



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

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



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

Calidad de vida relacionada a la salud asociado a enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026

Presentado por:

AQUIJE CONDEZO MARIEL ARACELLI

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **1%** por el cual se otorga el calificativo de:

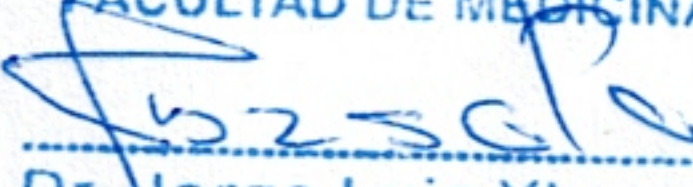
APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 30 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRIÓN



TESIS

Calidad de vida relacionada a la salud asociado a enfermedad renal
crónica en pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del
Hospital Regional de Ica, 2026

Línea de investigación

Salud Pública y Conservación Del Medio Ambiente

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. AQUIJE CONDEZO MARIEL ARACELLI

ASESOR:

DR. FRANCO SOTO MARIO LUIS

Ica – Perú

2026

Dedicatoria:

Dedico esta tesis a mis padres y hermanos por su constante apoyo y motivación durante este proceso. A mi abuelita Juana por su cariño tan grande que sé que continua desde el cielo.

Agradecimientos:

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida profesional, a mis padres por acompañarme en cada paso de la carrera, por ser guía y motivación año tras año. A mis hermanos Kenyiro y Natzumi por enseñarme a confiar en mis capacidades y alentarme a cumplir mis metas. Agradezco a mis maestros y tutores por su guía, paciencia y recomendaciones para realizar este trabajo. Finalmente, agradezco a mis mejores amigos de facultad que me acompañaron en cada momento de alegrías y tristezas, motivándome a superar cada obstáculo durante la carrera.

ÍNDICE

	Pág.
1. Portada	I
2. Dedicatoria	II
3. Agradecimientos	III
4. Índice de contenidos	IV
5. Índice de tablas	V
6. Índice de gráficos	VI
7. Resumen	VII
8. Abstract	VIII
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	29
III. RESULTADOS	33
IV. DISCUSIÓN	40
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
VIII. ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	33
Tabla 2. Nivel de calidad de vida en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	35
Tabla 3. Distribución de la calidad de vida relacionada a la salud según dimensión global, física y psicológica y grupo etario en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026	37
Tabla 4. Distribución de la calidad de vida relacionada a la salud según dimensión global, física y psicológica y sexo en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026	38
Tabla 5. Distribución porcentual de la calidad de vida relacionada a la salud según dimensión global, física y psicológica y estado civil en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución del sexo en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	33
Gráfico 2. Distribución de la edad en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	34
Gráfico 3. Distribución del estado civil en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	34
Gráfico 4. Distribución del bienestar físico en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	35
Gráfico 5. Distribución del bienestar psicológico en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	36
Gráfico 6. Distribución de la calidad de vida en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.	36

RESUMEN

Objetivo: Describir la asociación entre la calidad de vida relacionada a la salud y el diagnóstico de enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

Metodología: El estudio fue de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Incluyó una muestra de 108 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, a cuya muestra se les aplicó una encuesta validada para evaluar su calidad de vida en relación con su condición de salud y factores sociodemográficos, garantizando en todo momento el rigor estadístico, la confidencialidad de la información y el respeto de los principios éticos.

Resultados: Los resultados evidenciaron que la población presentó una mediana de edad de 65 años (RI: 14.75), con predominio del sexo femenino (52.8%) y mayor proporción de pacientes casados (40.7%); en cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel malo tanto a nivel global (58.3%) como en el bienestar físico (77.8%), mientras que el bienestar psicológico fue principalmente regular (57.4%). Asimismo, se describe una asociación significativa entre la enfermedad renal crónica y una peor calidad de vida ($p=0.000$), donde el 100.0% presentó mal bienestar físico, el 56.4% mal bienestar psicológico y el 80.8% mala calidad de vida global en pacientes con dicho diagnóstico.

Conclusiones: Se concluye que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis presentan, en su mayoría, una calidad de vida deteriorada, especialmente en el aspecto físico, evidenciándose además una relación significativa entre esta enfermedad y un mayor compromiso del bienestar general.

Palabras claves: Calidad de vida, Enfermedad renal crónica, hemodiálisis.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between health-related quality of life and chronic kidney disease in patients treated in the hemodialysis service of the Regional Hospital of Ica, 2026.

Methodology: The study will have a quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional approach. A representative sample of 108 participants selected through non- probability convenience sampling according to previously established inclusion and exclusion criteria, to which sample validated survey was applied to assess their quality of life in relation to their health condition and sociodemographic factors, ensuring at all times statistical rigor, confidentiality of information, and respect for ethical principles.

Results: The results showed that the population had a median age of 65 years (IQR: 14.75), with a predominance of females (52.8%) and a higher proportion of married patients (40.7%). Regarding quality of life, a poor level predominated both globally (58.3%) and in physical well-being (77.8%), while psychological well-being was mainly moderate (57.4%). Likewise, a significant association was found between chronic kidney disease and poorer quality of life ($p=0.000$), where 100.0% presented poor physical well-being, 56.4% poor psychological well-being, and 80.8% poor overall quality of life among patients with this diagnosis.

Conclusions: It is concluded that patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis mostly present a deteriorated quality of life, especially in the physical aspect, with a significant relationship between this disease and greater impairment of overall well-being.

Keywords: Quality of life, chronic kidney disease, hemodialysis.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se reconoce como una de las mayores amenazas para la salud pública global, por ser una condición progresiva, silenciosa y discapacitante que altera la vida de millones de personas (1). La ERC se entiende como la presencia de alteraciones del riñón que persisten por más de tres meses, con consecuencias para la salud y un deterioro lento, progresivo e irreversible de la estructura y de la función renal. Para su definición diagnóstica, se exige la confirmación de daño renal por más de tres meses o una tasa de filtrado glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m². A escala mundial, se ha documentado que cerca de 500 millones de personas adultas viven con ERC (2). Este escenario evidencia no solo el compromiso de la función renal, sino también el impacto sobre la calidad de vida en sus dimensiones física y psicológica (1).

Cuando la enfermedad alcanza fases avanzadas, y el filtrado glomerular cae por debajo de 15 mL/min/1,73 m², se vuelve imprescindible optar por el trasplante renal o iniciar una terapia sustitutiva de la función renal, como la hemodiálisis, para evitar la muerte (2). La pérdida irreversible de la función renal obliga a recurrir a la diálisis o al trasplante para sostener la vida. Quienes reciben hemodiálisis dependen de esta terapia para sobrevivir, con una carga financiera significativa para los pacientes, sus familias y los sistemas sanitarios. Además, la hemodiálisis no restablece por completo las funciones metabólicas y endocrinas, por lo que persisten la fatiga, la hipotensión, las restricciones dietéticas, el letargo, la ansiedad y la depresión que comprometen gravemente el bienestar general (3).

La ERC, por su alta prevalencia y su elevado costo para los sistemas de salud, tiene en el trasplante renal el tratamiento preferente en la fase terminal con el objetivo de mejorar la calidad de vida (4). Se calcula que entre el 10% y el 15% de la población mundial padece insuficiencia renal crónica y, sin una atención adecuada, puede resultar mortal (5). En América Latina, la prevalencia media de ERC alcanza el 10,2%, con la diabetes y la hipertensión como causas predominantes; la limitada accesibilidad a la atención médica agrava el problema, especialmente entre las poblaciones con menos recursos (6). Este panorama revela cómo las barreras estructurales y sociales amplifican las desigualdades en el acceso a la hemodiálisis y otras terapias.

En el Perú se estima que cerca del 11% de la población padece ERC, con la hipertensión arterial, la diabetes y las glomerulopatías primarias como causas principales de su desarrollo (5). Para 2015, la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud reportó 2 507 121 personas con ERC, de las cuales 19 197 estaban en etapa terminal (4). La atención recae principalmente en el SIS y ESSALUD; sin embargo, la saturación de los servicios y la insuficiente infraestructura dificultan la atención oportuna y afectan la calidad de vida (7). Asimismo, existen regiones donde no hay centros de diálisis ni suficientes nefrólogos para atender la demanda creciente (5).

En los últimos años ha crecido el interés por estudiar la calidad de vida, entendida como la percepción de la posición personal en la vida dentro de su contexto cultural y de valores, en

relación con metas, expectativas y estándares. En pacientes con ERC, evaluar la CVRS permite cuantificar el efecto de la enfermedad y de los tratamientos sobre el bienestar global (2). Las terapias sustitutivas, en especial la hemodiálisis, añaden retos como limitaciones de tiempo, restricciones dietéticas y cargas emocionales que deterioran la calidad de vida. Por ello, la CVRS debe abordarse con un enfoque integral que supere la dimensión clínica e incorpore el apoyo psicosocial (1).

La valoración de la calidad de vida ayuda a reconocer qué componentes físicos y psicológicos están más comprometidos y cómo los factores sociodemográficos moldean la percepción del bienestar. Entre estos, la edad, el género, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral y el nivel de ingresos influyen de manera significativa en la calidad de vida de quienes viven con ERC (1). Al mismo tiempo, condiciones sociales como la vivienda, la alimentación, el transporte y el acceso a servicios básicos inciden directamente en su bienestar (7). De ahí que sea esencial estudiar los factores que modifican la percepción de la CVRS en pacientes en hemodiálisis para comprender su bienestar y orientar estrategias de intervención efectivas (2).

En la zona sur del país, la situación adquiere rasgos propios. En la región Ica, el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional notificó 189 pacientes con diagnóstico de COVID-19 durante su tratamiento, de los cuales 42 fallecieron en la fase inicial de la pandemia. Este dato ilustra la vulnerabilidad de esta población ante crisis sanitarias. La ERC involucra múltiples dimensiones del bienestar física, emocional, social y económica, lo que torna imprescindible una evaluación integral. En consecuencia, la necesidad de investigar la calidad de vida de los pacientes con ERC en hemodiálisis surge de las afectaciones constatadas en su salud física, emocional y social (7). Con base en ello, el presente estudio busca aportar evidencia local sobre la relación entre la calidad de vida de los pacientes con ERC atendidos en el Hospital Regional de Ica.

1.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Hajomer H et al (8) publicaron en el 2025 en Sudán, su estudio cuyo objetivo fue analizar la CVRS y los factores que la condicionan en 150 pacientes con enfermedad renal en etapa terminal que recibían diálisis de mantenimiento. A través del cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), se evidenció que las puntuaciones del componente físico (40.17 ± 9.01) y del componente mental (47.10 ± 9.86) reflejaron un deterioro notable de la calidad de vida. Las áreas más afectadas fueron la carga de la enfermedad renal, con una puntuación media de 31.25 ± 38 , y el estado laboral, con 0.00 ± 50 , evidenciando un fuerte impacto funcional y social. Además, el componente físico del SF-12 mostró relación significativa con la condición laboral ($p < 0.001$) y con el acompañamiento durante la diálisis ($p = 0.011$), mientras que la presencia de diabetes influyó en el componente mental ($p = 0.017$). La frecuencia de hospitalización se asoció negativamente con el componente mental ($r = -0.249$), la carga de la enfermedad ($r = -0.330$), los efectos de la enfermedad ($r = -0.303$) y el resumen del componente

renal ($r = -0.247$). En el análisis de regresión múltiple, el único factor que mantuvo significancia estadística para el componente físico fue el grupo etario ($p = 0.023$). En conclusión, los pacientes con enfermedad renal avanzada presentan un deterioro profundo en su salud física y mental, siendo la carga de la enfermedad y la pérdida del rol laboral los factores que más disminuyen su bienestar general, lo que resalta la necesidad de intervenciones integrales que contemplen tanto el apoyo médico como el psicosocial.

Wazzi R et al (9) publicaron en el 2025 en India, su investigación cuyo objetivo fue describir la CVRS en pacientes adultos que recibían tratamiento de hemodiálisis en medio de un contexto de crisis económica y sanitaria. Se desarrolló un diseño transversal con 90 participantes que llevaban al menos tres meses en hemodiálisis, a quienes se les aplicó la Encuesta de Salud de 36 Ítems (SF-36). La edad promedio de los pacientes fue de 69.67 ± 12.80 años. En cuanto a los resultados, el componente físico (PCS) obtuvo un puntaje promedio de 48.55 ± 24.7 y el componente mental (MCS) de 58.62 ± 22.1 , evidenciando limitaciones tanto físicas como psicológicas. Las puntuaciones más elevadas se registraron en las dimensiones de bienestar emocional (66.65 ± 20.02) y funcionamiento social (66.53 ± 27.40), reflejando cierta capacidad de adaptación emocional a pesar de las dificultades. El análisis multivariado mostró asociaciones significativas entre los niveles de hormona paratiroidea (PTH) y la situación laboral con los puntajes del componente físico ($p = 0.007$ y $p = 0.03$, respectivamente). Asimismo, la edad de inicio del tratamiento dialítico, los niveles de PTH, la condición laboral, el estado civil y la infección por COVID-19 se relacionaron significativamente con el componente mental ($p = 0.04$, $p < 0.001$, $p = 0.003$, $p = 0.006$ y $p = 0.007$, respectivamente). En conjunto, los bajos valores promedio del PCS y del MCS reflejan una calidad de vida deteriorada en esta población, marcada por las condiciones médicas, económicas y emocionales.

Liu X et al (10) publicaron en el 2025 en China, su investigación cuyo objetivo fue determinar los factores que afectan la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, utilizando el cuestionario Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36) como herramienta principal. Se llevó a cabo un diseño transversal entre agosto de 2021 y agosto de 2024 con una muestra conformada por 74 pacientes, quienes además completaron la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD-24) y la Escala de Evaluación del Apoyo Social (SSRS). La edad media de los participantes fue de 57.59 ± 13.61 años, y la mediana del tiempo en diálisis fue de 36 meses (RIC = 12.0–76.5). Los resultados del KDQOL-36 reflejaron una mediana de 78.1 (RIC = 65.6–87.5) en la lista de síntomas o problemas, 59.4 (RIC = 43.8–71.9) en los efectos de la enfermedad renal y 43.8 (RIC = 31.3–62.5) en la carga de la enfermedad; mientras que el componente físico (PCS) obtuvo una media de 41.35 ± 8.49 y el componente mental (MCS) de 46.73 ± 11.66 . En conclusión se evidenció que factores como la edad, el tiempo bajo tratamiento dialítico, los niveles de hemoglobina, la intensidad de la depresión y el grado de apoyo social influyen significativamente en las distintas dimensiones de la calidad de vida.

Tasnim T et al (11) publicaron en el 2025 en Bangladesh, su estudio cuyo objetivo fue evaluar la CVRS y los factores que la predicen en personas con ERC. Para ello, se realizó un estudio transversal aplicando el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™-36) junto con su puntaje resumen específico (Kidney-targeted KDQOL-36 Summary Score, KSS). Participaron 430 pacientes, de los cuales el 77.9% se encontraba en etapas moderadas o avanzadas de la enfermedad. Se identificaron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la CVRS y variables como la edad, la ocupación, el nivel de ingresos, las comorbilidades (diabetes e hipertensión), el uso de medicamentos y los niveles de hemoglobina sérica. Los puntajes promedio de las subescalas del KDQOL-36 fueron: componente físico 37.19, componente mental (MCS) 45.94, carga de la enfermedad renal 31.49, efectos de la enfermedad renal 63.95 y síntomas o problemas de la enfermedad renal 73.35; mientras que el puntaje resumen (KSS) alcanzó 63.24. La etapa de la ERC se consolidó como el predictor más importante de la CVRS en todas las dimensiones del KDQOL-36 y del KSS, observándose además que los pacientes de mayor edad reportaron una menor calidad de vida en casi todas las áreas, excepto en la de síntomas y problemas. El análisis multivariado confirmó que la etapa de la enfermedad, la edad, la condición laboral y el uso de medicamentos influyen significativamente en el KSS. Asimismo, contar con mayor nivel educativo, estar casado y no presentar diabetes ni enfermedades cardíacas se asoció a un mejor componente mental (MCS), mientras que la jubilación, la corta duración de la enfermedad y el consumo de tres o más fármacos se relacionaron con una disminución del componente físico. En conjunto, los hallazgos evidencian que la progresión de la ERC y las condiciones sociodemográficas y clínicas del paciente determinan de manera crucial su bienestar físico y mental, subrayando la necesidad de un abordaje integral que atienda tanto los aspectos médicos como los psicosociales del tratamiento.

Saborit Oliva Y et al (12) publicaron en el 2021 en Cuba, su estudio cuyo objetivo fue evaluar la CVRS en adultos con ERC que reciben hemodiálisis como terapia de reemplazo renal. Se desarrolló un diseño observacional, analítico, prospectivo y transversal. Se analizaron variables demográficas, clínicas y sociales, empleando frecuencias absolutas y relativas, pruebas de Chi cuadrado y el coeficiente Gamma para establecer asociaciones. Los resultados mostraron que los dominios más comprometidos fueron el rol físico ($32,5 \pm 22,3$) y el rol emocional ($38,1 \pm 18,6$), reflejando una marcada afectación funcional y psicológica. Predominó el sexo masculino (64,5%) y la edad media fue de $55,2 \pm 12,1$ años, con una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,02$). La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente, presente en el 80,6% de los casos. Asimismo, el 61,3% de los pacientes realizaba actividad física, y este grupo mostró una mejora significativa en su calidad de vida ($p = 0,00$). Se concluye que la calidad de vida de los adultos con ERC se ve afectada por las modificaciones en su estilo de vida derivadas del tratamiento sustitutivo y sus complicaciones, generando deterioro en la salud general, el rol físico, la función y el estado emocional.

Antecedentes Nacionales

Rojas A et al (13) publicaron en el 2024 en Huancayo, su investigación cuyo objetivo fue analizar cuáles son aquellos factores alineados a la CVRS en aquellos pacientes con ERC que se encuentran en hemodiálisis en el HNRPP - ESSALUD en Huancayo. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal, a 88 participantes se les aplicó el SF-36, el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), el Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA-SF) y un cuestionario ad hoc. Los resultados evidenciaron que el 68,2% (n=60) eran hombres, el 80,7% (n=71) llevaba menos de 5 años en hemodiálisis, el 42,7% (n=35) reportó ingresos por debajo del mínimo vital, el 53,4% (n=47) dormía más de 6 horas y el 44,3% (n=39) tenía estudios superiores. Cuando se compararon grupos, la dimensión de vitalidad del SF-36 mostró diferencias significativas según nivel educativo ($p=0,011$) y sexo ($p=0,049$), y el rol emocional difirió de manera significativa según el estado nutricional ($p=0,038$). Ya en el modelo multivariado, se confirmó la asociación entre ingresos económicos y función social, así como entre estado nutricional y tres frentes clave: rol emocional, rol físico y dolor. En conclusión, la CVRS total se ubicó mayoritariamente entre baja y moderada (90,8%), dejando claro dónde están los focos para intervenir y subirle varias rayitas al bienestar de esta población.

Quispe Hanco FM (14) publicó en el 2024 en Puno, su estudio cuyo objetivo fue analizar la CVRS en pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis. Se llevó a cabo un diseño descriptivo y transversal con una muestra de 52 participantes, utilizando el cuestionario KDQOL-SF36 y una ficha de recolección de datos, los cuales fueron procesados en Microsoft Excel y analizados estadísticamente mediante SPSS para obtener frecuencias absolutas y relativas. Los resultados evidenciaron un predominio del sexo masculino (67,3%), personas mayores de 60 años (69,2%), en su mayoría casadas (63,5%), jubiladas (40,4%) y residentes en zonas urbanas (88,5%). La nefropatía diabética fue la causa principal de la ERC terminal en el 46,2% de los casos, mientras que las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, presentes en el 86,5% de los pacientes. Además, el 57,7% llevaba más de tres años en terapia de hemodiálisis y el tipo de acceso vascular más habitual fue la fístula arteriovenosa (59,6%). En cuanto a la CVRS, el 63,5% de los pacientes presentó una evaluación “mala”, destacando como dimensiones más comprometidas la salud física, la carga de la enfermedad renal y la salud mental, mientras que los síntomas y efectos derivados de la enfermedad mostraron menor impacto. En conclusión, se determinó que la mayoría de los pacientes renales crónicos en hemodiálisis presentan una calidad de vida deteriorada, principalmente en los aspectos físicos y emocionales, lo que refleja una alta carga de enfermedad y la necesidad de fortalecer las estrategias de acompañamiento integral para mejorar su bienestar general.

Malca J et al (15) publicaron en el 2023 en Chiclayo, su investigación cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de 40 personas con ERC en estadio V que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Centro de Diálisis María Auxiliadora, mediante una investigación cuantitativa, descriptiva,

no experimental y transversal con una muestra censal. Se empleó la técnica de encuesta utilizando el instrumento KDQOL-36, cuyos resultados revelaron que el 75% de los participantes presentó una calidad de vida regular y el 25% buena. En la dimensión de función y rol físico, el 52,5% obtuvo un nivel regular, el 32,5% bueno y el 15% malo; en dolor corporal, los datos fueron más críticos, con un 80% en nivel malo, 15% regular y solo 5% bueno. Respecto a salud general y vitalidad, el 67,5% mostró un nivel regular, 25% malo y 7,5% bueno; en la dimensión social, el 60% fue calificado como malo, el 32,5% regular y el 7,5% bueno; mientras que, en el ámbito mental, el 65% se ubicó en nivel malo, 27,5% regular y 7,5% bueno. En conclusión, se determinó que tres de cada cuatro pacientes presentan una calidad de vida regular, fuertemente influenciada por los aspectos físicos, la salud general y la vitalidad, mientras que las dimensiones de dolor corporal, función social y salud emocional se muestran más deterioradas, evidenciando la necesidad de fortalecer el acompañamiento integral en estos ámbitos.

Machaca Choque DM (16) publicó en el 2023 en Tacna, su estudio cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en la calidad de vida de pacientes con ERC que reciben hemodiálisis en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud y la Clínica del Riñón. Se desarrolló bajo un enfoque observacional, analítico y transversal, con una muestra de 207 pacientes. La evaluación se efectuó mediante el cuestionario SF-36, complementado con la revisión de historias clínicas, y los datos fueron procesados con Excel 2021 y SPSS v.28. Entre los participantes, el 53,1% era atendido en EsSalud y el 46,9% en la clínica privada; el 52,7% correspondía al sexo masculino, con una edad promedio de $60,8 \pm 13,16$ años; el 69,6% tenía pareja, el 69,1% no contaba con empleo, y el 75,4% no se autosustentaba económicamente. Además, el 94,7% residía en zonas urbanas y el 75,4% había cursado como máximo la educación secundaria. En cuanto a comorbilidades, el 71,5% padecía hipertensión arterial y el 44,4% diabetes tipo 2. Durante el tratamiento, todos recibían eritropoyetina y vitamina B12, mientras que el 69,6% recibía hierro y el 14% calcitriol. Respecto al acceso vascular, el 62,8% contaba con fístula arteriovenosa, con una mediana de 3,5 años en hemodiálisis, una frecuencia semanal media de 2,83 sesiones y una duración promedio de 3 horas por sesión. Los resultados del SF-36 mostraron que el 67,6% de los pacientes presentaba una calidad de vida desfavorable, con un puntaje promedio de $42,58 \pm 16,86$, siendo las dimensiones más afectadas el rol físico y el rol emocional. El análisis evidenció asociaciones entre la calidad de vida y factores como edad, sexo, nivel educativo, empleo, autonomía económica, presencia de ceguera y duración del tratamiento. En conclusión, el estudio determinó que el sexo masculino y el autosustento económico actúan como factores protectores frente a una baja calidad de vida, mientras que el diagnóstico de tuberculosis incrementa su deterioro, revelando la necesidad de fortalecer el abordaje integral de estos pacientes.

Antecedentes Locales

Mallqui D et al (17) publicaron en el 2021 en Ica, su estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en el centro de diálisis del Hospital

Regional de Ica durante diciembre del 2020. Se aplicó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal a una muestra de 70 personas, utilizando la técnica de encuesta con el instrumento SF-36 para medir la calidad de vida. Los resultados mostraron que el 65% de los participantes presentó una baja calidad de vida, mientras que solo el 36% alcanzó una valoración alta. Al analizar las dimensiones del cuestionario, se evidenció un deterioro marcado en función física (71%), rol físico (69%), dolor corporal (71%), salud general (71%), vitalidad (70%), función social (64%), rol emocional (70%) y salud mental (61%), reflejando un impacto global negativo en la mayoría de los aspectos evaluados. En síntesis, los hallazgos revelan que la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica es predominantemente baja, lo que subraya la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de atención integral orientadas a mejorar tanto su bienestar físico como emocional.

Gadea M et al (18) publicaron en el 2021 en Ica, su investigación cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de 87 pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica de agosto a diciembre del 2019, a través de un enfoque descriptivo y de corte transversal basado en encuestas aplicadas con el cuestionario de salud SF-36. Los resultados mostraron que, en el área de Estado Funcional, la mayoría de los participantes (63,7%) percibió su situación como de regular a mala; dentro de esta área, el 54,5% calificó la Función Física como mala o regular, el 59,1% valoró la Función Social también entre regular y mala, y el 86,3% consideró el Rol Físico dentro de esa misma categoría. En cuanto al Rol Emocional, el 54,5% lo calificó como regular y un 36,4% como excelente, reflejando cierta resiliencia emocional a pesar de las limitaciones físicas. Respecto al área de Bienestar, el 40,9% la evaluó como buena, lo que sugiere que, aunque los aspectos físicos presentan deterioro, aún existe una percepción positiva en algunos componentes psicológicos. La investigación concluye que, la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica se ve progresivamente comprometida, especialmente en las dimensiones físicas y sociales, lo que resalta la necesidad de intervenciones que fortalezcan tanto la salud emocional como el bienestar integral a lo largo del tratamiento.

1.2 Marco Teórico

Enfermedad Renal Crónica

Definición y carga clínica

La ERC se concibe como una alteración progresiva y permanente del funcionamiento de los riñones, en la cual estos órganos van perdiendo, de manera paulatina, su capacidad para cumplir adecuadamente sus funciones depurativas. Este trastorno suele detectarse clínicamente cuando la tasa de filtración glomerular (TFG) cae por debajo de los 60 ml/min, o cuando se demuestra la existencia de un daño renal continuo que se prolonga por más de tres meses (19). Desde una mirada fisiológica, esta enfermedad compromete la habilidad del cuerpo para eliminar desechos metabólicos, mantener el equilibrio de los electrolitos y regular la concentración urinaria, reflejando así un deterioro tanto estructural como funcional del sistema renal (20). Las consecuencias clínicas son amplias y graves, ya que la ERC se asocia con un aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares, anemia persistente, deterioro cognitivo progresivo y trastornos óseo-minerales que elevan la probabilidad de fracturas y limitaciones físicas (21). Según las recomendaciones establecidas por las guías KDOQI, el diagnóstico se confirma cuando la TFG permanece por debajo del valor de referencia durante al menos 90 días consecutivos, o cuando existen signos evidentes de lesión renal con repercusiones para la salud general del individuo (22).

Clasificación por estadios

El consenso KDIGO organiza la ERC en cinco estadios de gravedad; el último de ellos conocido como etapa terminal suele requerir terapias de sustitución renal, como diálisis o trasplante (19).

La gradación se sustenta en puntos de corte de TFG: 1 (≥ 90), 2 (89–60), 3 (59–45), 4 (30–15) y 5 (<15 ml/min/1,73 m²) (20).

A mayor estadio, menor eficacia depurativa y mayor severidad clínica; por ello, la intervención temprana y preventiva resulta estratégica en cada fase (21).

Etiología y fisiopatología

La ERC puede desarrollarse por causas primarias, cuando el daño se origina directamente en el tejido renal, o por causas secundarias, cuando el deterioro es consecuencia de trastornos sistémicos que repercuten en la función de los riñones. Entre las alteraciones más comunes se encuentran los trastornos metabólicos, vasculares e inmunológicos, los cuales comprometen estructuras clave como los glomérulos, el intersticio y la red vascular intrarrenal, provocando una pérdida progresiva de tejido funcional. En la actualidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial constituyen las causas predominantes de esta patología, concentrando la mayoría de los casos, seguidas por enfermedades glomerulares como la glomerulonefritis membranosa (19). Asimismo, se reconocen como factores desencadenantes del daño renal diversos procesos infecciosos, enfermedades autoinmunes, cálculos renales e incluso la misma hipertensión, todos ellos contribuyendo al deterioro paulatino de la función renal (22).

Desde un enfoque biológico, la ERC evoluciona como un proceso degenerativo continuo que afecta progresivamente la capacidad del riñón para cumplir sus funciones esenciales. El proceso suele iniciarse con la pérdida de nefronas, lo que obliga a las unidades restantes a trabajar en exceso para compensar la función perdida. Esta sobrecarga genera un aumento de la presión intraglomerular, la cual estimula la fibrosis y altera la estructura interna del órgano. Con el paso del tiempo, la inflamación crónica favorece la aparición de tejido cicatricial que distorsiona aún más la arquitectura renal, mientras que la activación constante del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) agrava el daño al inducir vasoconstricción, retención de líquidos y mayor producción de colágeno, favoreciendo procesos fibrogénicos. A medida que la función renal declina, el organismo experimenta desequilibrios electrolíticos y alteraciones en el pH sanguíneo, acompañadas de un aumento en los niveles de urea y creatinina, lo que crea un entorno propicio para la aparición de complicaciones cardiovasculares, consecuencia directa del desequilibrio en los mecanismos que regulan la salud vascular y cardíaca (19).

La pérdida progresiva de nefronas desencadena una respuesta adaptativa caracterizada por hipertensión glomerular e hipertrofia compensatoria, mediadas por el SRAA, el factor de crecimiento transformante (TGF) y el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), con el propósito de mantener la tasa de filtración glomerular global (21). No obstante, los podocitos (células especializadas en la filtración) poseen una capacidad limitada para adaptarse, y cuando se supera este umbral, la barrera de filtración se debilita, dando lugar a la proteinuria. Este exceso de proteínas, junto con otros factores de estrés celular, interfiere en la regeneración de podocitos por parte de las células epiteliales parietales, lo que culmina en glomeruloesclerosis segmentaria o global y atrofia nefronal. Además, la hiperfiltración sostenida y la sobrecarga proteica sobre los túbulos proximales promueven la liberación de mediadores proinflamatorios que perpetúan la inflamación intersticial, mientras que la isquemia y la reducción de la vascularización intensifican la fibrosis y la atrofia tubular, acelerando así la progresión del daño renal (22).

Evaluación y curso clínico

El grado de disfunción se estima con la TFG, la cual declina conforme se pierden nefronas y se deteriora el tejido renal (20). En la práctica, la creatinina sérica es el marcador endógeno más usado; valores por encima de 1,2 mg/dL sugieren compromiso de la función. La albúmina en suero opera como indicador pronóstico nutricional, con rangos de referencia entre 3,2 y 5,4 g%. La ecografía aporta signos morfológicos útiles: riñones pequeños y desestructurados son característicos de cronicidad (22). Clínicamente, los síntomas tienden a emerger cuando el aclaramiento de creatinina desciende por debajo de 30 ml/min, modulados por la velocidad de progresión y la masa renal residual. En personas mayores, el cuadro puede ser poco específico y detectarse por hallazgos incidentales de urea y creatinina elevadas (21).

Manejo y terapias de reemplazo renal

El tratamiento de la ERC tiene como propósito principal reemplazar la función renal deteriorada, aliviar los síntomas que acompañan la enfermedad, mantener la estabilidad del equilibrio metabólico y evitar la aparición de complicaciones adicionales. Entre las opciones terapéuticas más relevantes se encuentran el trasplante renal y las distintas modalidades de diálisis, como la peritoneal y la hemodiálisis (20). El trasplante se considera actualmente la alternativa más efectiva para prolongar la vida y mejorar el bienestar general del paciente, resultado de los importantes avances logrados en los tratamientos inmunosupresores, los cuales han incrementado la supervivencia y reducido el riesgo de rechazo (22). Por su parte, la hemodiálisis representa una terapia sustitutiva que, aunque no cura la enfermedad, permite disminuir los síntomas y ralentizar la progresión del daño renal, siempre que el tratamiento se complemente con un manejo integral que abarque una alimentación controlada, un seguimiento farmacológico riguroso y la regulación constante de la presión arterial y los niveles de glucosa (20).

Desde una perspectiva funcional, la hemodiálisis se lleva a cabo mediante un sistema extracorpóreo en el que la sangre del paciente circula por una membrana semipermeable artificial conectada a una fístula arteriovenosa o catéter vascular, que permite la eliminación de toxinas acumuladas (22). Durante el proceso, la sangre fluye hacia un dializador, donde los productos de desecho se difunden hacia un líquido de diálisis, mientras la sangre purificada retorna al organismo a través de una vía venosa (21). A diferencia de la diálisis peritoneal, este procedimiento no sustituye las funciones endocrinas ni metabólicas del riñón, limitándose únicamente a la depuración sanguínea (23). El esquema más habitual contempla tres sesiones semanales, con una duración promedio de cuatro horas por sesión, lo que demanda una organización constante y un acompañamiento clínico estrecho (20).

A pesar de sus beneficios, la hemodiálisis no está exenta de complicaciones. El uso de catéteres venosos centrales incrementa el riesgo de infecciones, sepsis y transmisión de patógenos, razón por la cual el cumplimiento estricto de protocolos de bioseguridad resulta indispensable. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la hipotensión inducida por ultrafiltración rápida, la sobrecarga de líquidos, la hipercalemia y las limitaciones físicas que afectan la calidad de vida del paciente (20). Además, los reportes hospitalarios muestran una incidencia considerable de peritonitis, infecciones en el acceso vascular y síndrome anémico, siendo las afecciones cardiovasculares e infecciosas las principales causas de mortalidad en este grupo (24). Los pacientes en diálisis requieren un monitoreo clínico constante y una preparación cuidadosa antes del inicio de la terapia sustitutiva (22). En cuanto al manejo farmacológico, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina II han demostrado gran efectividad en la protección de la función renal (23). Finalmente, el abordaje integral del paciente con ERC debe centrarse en preservar y mejorar su calidad de vida, promoviendo hábitos de autocuidado, entre ellos una dieta con restricción proteica moderada, el control adecuado de la presión arterial y el mantenimiento de un peso corporal saludable (22).

Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Conceptualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe la calidad de vida (CV) como una valoración personal que cada individuo realiza sobre su posición en el mundo, la cual está determinada por su entorno cultural, su sistema de valores, así como por las metas, aspiraciones y preocupaciones que guían su existencia (19). En consonancia con esta idea, la CVRS se enfoca en la percepción subjetiva que una persona tiene acerca de su bienestar, pero desde la perspectiva de cómo su salud física, mental y social influyen en dicha experiencia (22). Desde un enfoque operativo, la CV se entiende como una evaluación íntima y personal del individuo respecto a su vida, en la que pondera sus logros, valores y expectativas de futuro. Con el propósito de unificar criterios de medición, la OMS promovió la creación del grupo WHOQOL, que estableció la calidad de vida como una variable central para evaluar el impacto que tienen las enfermedades y sus tratamientos en la experiencia humana (23).

En el ámbito clínico, la CVRS se presenta como una herramienta esencial que sintetiza los resultados de salud y los efectos de las intervenciones médicas dentro de un marco que abarca las dimensiones física, emocional y social, reflejando la naturaleza compleja y multidimensional del bienestar humano (21). Según lo propuesto por Shumaker y Naughton, la CVRS constituye una apreciación subjetiva de cómo el estado de salud, la atención recibida y las acciones preventivas inciden en la capacidad de la persona para mantener un desempeño global que le permita realizar actividades significativas y satisfactorias (24). Por ello, evaluar la CVRS resulta imprescindible para valorar la eficacia de los tratamientos, identificar carencias en la atención y orientar decisiones terapéuticas centradas en la persona. Asimismo, considerar la calidad de vida dentro del marco de la salud pública representa una obligación ética, especialmente frente a enfermedades crónicas como la enfermedad renal, que alteran simultáneamente el equilibrio físico, psicológico y social del individuo (22).

Sobre la ERC, la calidad de vida se erige como un indicador esencial del bienestar integral de los pacientes que conviven con esta patología (19). Al ser una condición de evolución prolongada, la ERC transforma los hábitos cotidianos, interfiere con los roles familiares y sociales, y limita la posibilidad de llevar una vida plena y activa (23). Las complicaciones que acompañan su curso afectan directamente tanto la capacidad funcional como la estabilidad emocional, provocando un impacto profundo en la autonomía y el estado anímico del paciente (19). En este sentido, el abordaje de la ERC debe ser integral, combinando el tratamiento médico con intervenciones psicológicas y estrategias de apoyo social que atiendan no solo el componente fisiológico, sino también las necesidades humanas, afectivas y existenciales del paciente renal (20).

Pese a los avances terapéuticos que han logrado retardar la progresión de la ERC, muchas personas continúan enfrentando limitaciones físicas, emocionales, laborales, familiares y sociales que deterioran su calidad de vida. Analizar estos factores no solo permite optimizar la atención

médica, sino que también facilita el diseño de estrategias de acompañamiento que devuelvan al paciente su bienestar, autonomía y sentido de dignidad frente a una enfermedad crónica (20).

Dimensión física

El dominio físico abarca todos aquellos aspectos relacionados con el bienestar corporal y el estado global de salud de la persona (23). En quienes padecen ERC, los síntomas impactan de forma significativa en la rutina diaria, afectando funciones básicas como la visión, la audición, el descanso nocturno, la movilidad y el grado de independencia personal. La fatiga constante se presenta como uno de los signos más frecuentes, reduciendo la capacidad para realizar las tareas cotidianas; por ello, su manejo constituye un pilar esencial dentro del tratamiento enfocado en la calidad de vida (19). A esto se suma la disminución de la fuerza y la aparición de diversas complicaciones que limitan el movimiento, lo que repercute directamente en la participación física y social del paciente. En este sentido, las intervenciones que promueven la recuperación de la movilidad no solo restauran la funcionalidad, sino que también generan un efecto positivo notable en el bienestar integral (23). En la valoración clínica de este dominio, la función física permite identificar el grado de restricción en actividades que implican distintos niveles de esfuerzo, ya sean intensos, moderados o cotidianos; el dolor corporal mide la severidad del malestar y su influencia en el desempeño diario; y la salud general refleja la percepción subjetiva del individuo sobre su estado actual y las expectativas respecto a su evolución futura (20).

Dimensión psicológica

El dominio psicológico engloba los componentes cognitivos, emocionales y mentales que se ven comprometidos en quienes padecen ERC. Promover emociones positivas y mantener una sensación de satisfacción con la vida diaria constituye un factor determinante para mejorar de forma significativa la calidad de vida (CV) de los pacientes. En contraposición, la ansiedad y la depresión, que se presentan con frecuencia en esta población, generan un impacto negativo que deteriora tanto su estabilidad emocional como su percepción de bienestar general (19). Por ello, identificar y abordar oportunamente estas alteraciones resulta esencial dentro de un enfoque terapéutico integral. Asimismo, la autoestima suele verse afectada por los cambios físicos, las restricciones impuestas por la enfermedad y las limitaciones funcionales que conlleva el tratamiento; fortalecerla se vuelve indispensable para favorecer el equilibrio emocional y la adaptación psicológica del paciente (24).

En el proceso de evaluación, el rol físico permite determinar hasta qué punto el estado de salud condiciona el desempeño laboral o la ejecución de las actividades planificadas, mientras que la función social analiza las dificultades para establecer y mantener vínculos interpersonales como consecuencia de los problemas físicos o emocionales. Del mismo modo, el rol emocional examina cómo los estados afectivos interfieren en las tareas cotidianas, y la salud mental valora aspectos como la presencia de nerviosismo, tristeza, felicidad, motivación y síntomas depresivos (20). En síntesis, la CVRS se estructura mediante dimensiones como la función física, rol físico, dolor

corporal, salud general, función social, rol emocional y salud mental, las cuales permiten comprender de manera integral las limitaciones y el impacto que el estado de salud ejerce sobre la vida diaria y el bienestar global del paciente (21).

Factores sociodemográficos asociados a la ERC y a la CVRS

Edad

La edad se define como el lapso que transcurre desde el nacimiento de un individuo y constituye un factor determinante en la evolución de la función renal. En términos poblacionales, se calcula que alrededor del 6,8 % de las personas presentan una tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1,73 m²; sin embargo, esta proporción se eleva de manera significativa hasta un 20,6 % en los adultos mayores, lo que evidencia cómo el proceso natural de envejecimiento influye en el deterioro progresivo del riñón. Este fenómeno pone de manifiesto la importancia de una supervisión médica constante y de la implementación de estrategias preventivas personalizadas que garanticen un abordaje oportuno antes de iniciar terapias sustitutivas, especialmente en la población geriátrica que requiere tratamiento dialítico o manejo prediálisis (22).

Sexo

El sexo comprende rasgos biológicos que diferencian a hembras y machos en la especie y posibilitan la reproducción. En ERC terminal se documentan diferencias por sexo en frecuencia, curso clínico y pronóstico, con implicancias para la atención personalizada (22).

Estado civil

Bajo este enfoque, el estado civil actúa como un elemento que influye significativamente en cómo la persona enfrenta la ERC, pues afecta su sentido de control, su estabilidad emocional y su disposición para cuidarse (24). Aquellos pacientes que viven en pareja, ya sea en matrimonio o convivencia, suelen contar con un apoyo constante que les brinda acompañamiento emocional, ayuda en las responsabilidades diarias y estímulo para seguir sus tratamientos, lo que se traduce en mejores resultados tanto físicos como psicológicos (21). En contraste, quienes atraviesan la enfermedad sin una red afectiva cercana, ya sea por soledad, separación o pérdida de vínculos, tienden a mostrar mayor dificultad para mantener la adherencia al tratamiento, además de experimentar una disminución progresiva en su percepción de bienestar y calidad de vida (19).

Implicancias terapéuticas y calidad de vida en hemodiálisis

En el contexto de la hemodiálisis, la calidad de vida (CV) expresa cómo cada paciente logra adaptarse y sobrellevar el desafío de vivir con una enfermedad crónica, enfrentando aspectos como la dependencia funcional, las limitaciones físicas y sociales, la sensación de desesperanza y las secuelas emocionales y corporales derivadas del tratamiento continuo (20). Desde el punto de vista clínico, la meta primordial del manejo terapéutico en estos pacientes debe orientarse hacia la optimización del bienestar integral, buscando armonizar la estabilidad física con la salud emocional y la interacción social (23). Asimismo, fomentar una buena calidad de vida en este grupo no solo constituye un objetivo médico, sino también una prioridad en salud pública, dado

que las enfermedades renales impactan de forma profunda en la autonomía, la productividad y la integración social de las personas. En este sentido, evaluar y comprender la magnitud del deterioro en la calidad de vida adquiere un valor estratégico, pues permite dimensionar las consecuencias que la enfermedad genera en los ámbitos biológico, psicológico y socioeconómico, contribuyendo así a diseñar intervenciones más humanas y centradas en el paciente (22).

1.3 Marco Conceptual

Enfermedad Renal Crónica: La ERC se define como una alteración progresiva e irreversible de la función de los riñones, que con el tiempo limita su capacidad para eliminar los desechos del metabolismo y conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos en el organismo. Se diagnostica cuando la tasa de filtración glomerular permanece por debajo de 60 ml/min/1,73 m² durante un periodo superior a tres meses, lo que refleja un daño renal sostenido que afecta la homeostasis corporal (25).

Hemodiálisis: La hemodiálisis constituye una terapia sustitutiva mediante la cual la sangre del paciente se depura al pasar por una membrana artificial que actúa como filtro. Este procedimiento elimina toxinas y exceso de líquidos acumulados en el cuerpo, reemplazando parcialmente la función renal en etapas avanzadas de la enfermedad. Si bien mejora los síntomas y prolonga la supervivencia, también exige una adaptación constante del paciente a nuevas rutinas y puede influir en su bienestar físico y emocional (25).

Calidad de Vida (CV): El concepto de calidad de vida hace referencia a la percepción que tiene una persona sobre su propio bienestar físico, emocional y social, en relación con sus valores, creencias y metas personales. En quienes padecen ERC, la CV se convierte en un indicador fundamental de ajuste y satisfacción frente al proceso de la enfermedad y las exigencias del tratamiento, reflejando cómo cada individuo reconstruye su equilibrio cotidiano (26).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud: La CVRS se concibe como un enfoque multidimensional que analiza el impacto del estado de salud, los tratamientos médicos y los factores emocionales en la capacidad de las personas para mantener una vida funcional y significativa. En los pacientes sometidos a hemodiálisis, la CVRS permite identificar cómo el tratamiento influye en su bienestar físico, psicológico y social, convirtiéndose en una herramienta esencial para evaluar la efectividad terapéutica (26).

Dimensión Física de la CVRS: Esta dimensión abarca los aspectos corporales del bienestar, como el nivel de energía, la fuerza, la presencia de dolor, la movilidad y la posibilidad de realizar actividades cotidianas sin limitaciones. En la ERC, la fatiga persistente, la debilidad muscular y las restricciones funcionales derivadas de la terapia dialítica impactan directamente en la autonomía y calidad de vida del paciente (27).

Dimensión Psicológica de la CVRS: Incluye los componentes emocionales, mentales y motivacionales que determinan la estabilidad psicológica del individuo. En pacientes con ERC, es común la aparición de ansiedad, tristeza o sentimientos de desesperanza debido a la

dependencia del tratamiento. Por ello, promover el bienestar emocional, fortalecer la autoestima y fomentar estrategias de afrontamiento resulta esencial para conservar una vida equilibrada y plena (27).

Factores Sociodemográficos: Corresponden a las características personales y sociales como la edad, el sexo y el estado civil, que influyen en la forma en que los pacientes perciben y enfrentan la ERC. Estos factores condicionan tanto la adherencia al tratamiento como la percepción de bienestar, siendo determinantes en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis (28).

Edad: La edad representa el tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento y guarda una relación directa con la función renal. A medida que las personas envejecen, se produce una disminución natural en la tasa de filtración glomerular, aumentando el riesgo de desarrollar ERC. Por ello, los adultos mayores requieren controles clínicos continuos y estrategias de atención personalizadas que favorezcan la preservación de su función renal y su calidad de vida (28).

Sexo: Alude a las características biológicas que distinguen a hombres y mujeres, y desempeña un papel relevante en la evolución de la ERC. Diversas investigaciones evidencian que el sexo puede influir en la prevalencia, el ritmo de progresión y la respuesta al tratamiento, así como en la forma en que los pacientes perciben y experimentan su bienestar físico y emocional (29).

Estado Civil: Situación afectiva y social del individuo, ya sea soltero, casado, conviviente, viudo o divorciado. En el contexto de la ERC, contar con una pareja o una red de apoyo emocional estable puede favorecer la adherencia terapéutica, fortalecer la resiliencia y reducir el impacto psicológico del tratamiento. En contraste, la falta de soporte social o el aislamiento emocional pueden agravar el malestar y dificultar la adaptación al proceso de enfermedad (29).

1.4 Formulación del problema

Problema general

¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?

Problemas específicos

- ¿Cuál es la distribución del sexo en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?
- ¿Cuál es la distribución de la edad en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?
- ¿Cuál es la distribución del estado civil en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?
- ¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión física en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?

- ¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión psicológica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?

1.5 Justificación e importancia de la investigación

Justificación

A nivel global, la ERC representa una de las problemáticas sanitarias más críticas de la actualidad, afectando aproximadamente a 850 millones de personas y provocando alrededor de 2.4 millones de muertes cada año. Las proyecciones indican que, para el año 2040, esta enfermedad podría posicionarse como la quinta causa principal de mortalidad en el mundo (30). La ERC se describe como una alteración persistente del riñón durante un periodo mayor a tres meses, constituyendo un trastorno progresivo e irreversible que compromete la capacidad del órgano para filtrar y depurar los desechos del organismo. Este padecimiento genera retos clínicos adicionales, principalmente por la necesidad de tratamientos de alta complejidad, como la hemodiálisis, lo que hace indispensable un conocimiento profundo de su impacto, sus implicancias y los desafíos que representa tanto para el paciente como para los sistemas de salud (31).

Las enfermedades crónicas, entre ellas la ERC, trascienden el daño físico y se extienden a las esferas social, emocional y familiar, generando un deterioro progresivo de la calidad de vida (30). Las personas que viven con insuficiencia renal crónica enfrentan cambios psicológicos, sociales y espirituales que transforman su modo de vida y el de su entorno más cercano (32). Desde el punto de vista físico, síntomas como la fatiga constante, la debilidad muscular, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito limitan su capacidad funcional y reducen su bienestar general. En el plano psicológico, los cuadros de ansiedad, depresión y estrés son frecuentes, afectando la estabilidad emocional y disminuyendo la adherencia al tratamiento médico (30).

En el caso del Perú, la situación no es menos preocupante: alrededor del 10 % de la población padece algún grado de afectación renal, es decir, unos tres millones de personas, mientras que más de dos millones y medio son diagnosticadas con esta enfermedad cada año. De esa cifra, cerca de 16 000 pacientes se encuentran bajo tratamiento de diálisis, predominando el sexo masculino (60 %) sobre el femenino (40 %). Las principales causas de la ERC en el país son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, seguidas por trastornos hereditarios, autoinmunes y glomerulares (30). En este panorama, los factores sociodemográficos, como la edad, el sexo y el estado civil, adquieren relevancia, pues condicionan tanto la percepción de la calidad de vida como el acceso oportuno a la atención médica (32).

La hemodiálisis se consolida como el tratamiento de reemplazo renal más utilizado, al permitir la eliminación de toxinas y el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico (30). No obstante, este procedimiento demanda una disciplina terapéutica estricta y conlleva efectos secundarios como la fatiga, las restricciones alimentarias y la reducción de la movilidad, afectando profundamente la rutina diaria del paciente. A ello se añaden factores psicosociales como el bienestar emocional,

las relaciones interpersonales, el nivel educativo y la situación económica, que influyen de forma directa en la percepción de su calidad de vida. En este contexto, resulta fundamental analizar cómo los factores sociodemográficos, físicos y psicológicos interactúan en el bienestar de quienes dependen de la terapia dialítica (31).

Por ello, la presente investigación se sustenta en la necesidad de identificar los factores específicos que condicionan la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, considerando que la carencia de estudios actualizados y contextualizados en el ámbito nacional limita la capacidad de los profesionales para ofrecer cuidados individualizados y tratamientos centrados en la persona. Profundizar en esta problemática permitirá desarrollar estrategias de atención integrales y humanas, que no solo se enfoquen en prolongar la vida, sino también en preservar el bienestar físico, psicológico y social del paciente renal. En esa línea, este estudio pretende aportar evidencia científica que oriente futuras intervenciones clínicas y educativas destinadas a mejorar la CVRS en esta población vulnerable.

Importancia

Relevancia metodológica: Esta investigación adquiere especial relevancia al plantear un enfoque estructurado y riguroso para describir la CVRS en personas que padecen ERC y se encuentran bajo tratamiento de hemodiálisis. A través de la aplicación de herramientas científicas validadas y criterios técnicos sólidos, el estudio busca reconocer con claridad los factores físicos, psicológicos y sociodemográficos que condicionan el bienestar integral de los pacientes. Además, su diseño metodológico ofrece una propuesta replicable y adaptable a diferentes entornos hospitalarios, lo que contribuye a fortalecer la rigurosidad científica y la consistencia descriptiva dentro del campo de la investigación en salud pública y nefrología clínica.

Relevancia teórica: El trabajo representa un aporte valioso para el conocimiento científico al profundizar en la comprensión del vínculo entre la ERC y la calidad de vida, incorporando una visión integral que abarca las dimensiones física, emocional y social. Este enfoque permitirá ampliar los fundamentos conceptuales de la CVRS como una medida clave del impacto de las enfermedades crónicas, generando evidencia que respalde nuevas perspectivas para el abordaje clínico, psicológico y social de los pacientes renales. Asimismo, los resultados contribuirán a fortalecer la literatura académica nacional, donde aún son limitadas las investigaciones recientes que abordan esta problemática desde una mirada holística e interdisciplinaria.

Relevancia social: La investigación adquiere un valor especial al visibilizar la realidad de un grupo poblacional vulnerable que enfrenta profundas limitaciones derivadas del tratamiento dialítico. Analizar cómo comprender la percepción de la calidad de vida de manera más humana en el proceso de adaptación a la enfermedad, promoviendo políticas públicas y estrategias de apoyo social más inclusivas y empáticas. De igual manera, este estudio busca sensibilizar tanto a la comunidad como a los profesionales de la salud sobre la importancia de brindar un

acompañamiento que trascienda lo médico y abarque también los aspectos emocionales, familiares y comunitarios de la persona que vive con insuficiencia renal.

Relevancia práctica: Los hallazgos de esta investigación servirán como guía para el desarrollo de estrategias clínicas y psicoeducativas orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis. Los resultados permitirán optimizar los procesos de atención en el Hospital Regional de Ica, impulsando intervenciones más personalizadas, preventivas y centradas en el paciente. Asimismo, esta información podrá emplearse en la creación de protocolos institucionales y programas de formación dirigidos a pacientes y familiares, promoviendo el autocuidado, la adherencia terapéutica y el fortalecimiento del bienestar físico y emocional de quienes conviven con la ERC, consolidando así una atención verdaderamente integral y humana.

Viabilidad

La viabilidad del presente estudio se sustenta en las condiciones favorables que ofrece el contexto donde será ejecutado. El Hospital Regional de Ica cuenta con un servicio de hemodiálisis en funcionamiento continuo, que atiende a una población estable de pacientes con ERC, lo que permite realizar el trabajo de campo con una muestra accesible, confiable y clínicamente pertinente. Este entorno garantiza no solo la disponibilidad de los recursos humanos especializados, médicos, enfermeros y técnicos, sino también de los recursos tecnológicos, logísticos y administrativos indispensables para el desarrollo del proyecto. Asimismo, el equipo investigador posee la formación académica, la experiencia y el respaldo institucional necesarios para llevar a cabo el estudio de acuerdo con los principios éticos y metodológicos establecidos por la investigación científica. Los instrumentos que se aplicarán han sido previamente validados en contextos similares, asegurando la precisión, validez y relevancia de los datos obtenidos. Por ello, el proyecto se considera plenamente factible en cuanto a tiempo, recursos y factibilidad operativa, y se proyecta que sus resultados contribuyan de manera tangible al fortalecimiento del cuidado integral y la mejora de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

1.6 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Describir la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

Objetivos específicos

- Describir la distribución del sexo en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.
- Establecer la distribución de la edad en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

- Identificar la distribución del estado civil en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.
- Describir la calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión física en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.
- Describir la calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión psicológica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.
- Explorar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y la enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

1.7 Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

Hipótesis general

El presente estudio, al ser de tipo observacional, descriptivo y de serie de casos, no plantea hipótesis inferenciales, ya que su finalidad es describir las características y la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, sin establecer relaciones de causalidad. Sin embargo, se realizó un análisis exploratorio de la relación entre variables, con fines descriptivos.

Variables

Variable independiente

Calidad de vida relacionada a la salud

- Dimensión física
- Dimensión psicológica

Datos sociodemográficos

- Sexo
- Edad
- Estado civil

Variable dependiente

Enfermedad renal crónica

El presente estudio se desarrolló de la siguiente manera: CAPÍTULO I Introducción, CAPÍTULO II Estrategia metodológica, CAPÍTULO III Resultados, CAPÍTULO IV Discusión, CAPÍTULO V Conclusiones, CAPÍTULO VI Recomendaciones, CAPÍTULO VII Referencias Bibliográficas y CAPÍTULO VIII Anexos.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo y diseño de investigación

Observacional: Este tipo de estudio se orienta a contemplar la realidad tal como sucede, sin modificarla ni intervenir en ella. Su objetivo principal es comprender un fenómeno dentro de un grupo determinado de personas, describiendo con precisión sus comportamientos, condiciones y características naturales. El investigador actúa como un observador atento, recogiendo información que refleje con fidelidad lo que ocurre en el entorno, para luego interpretarlo con rigor científico. En esencia, este tipo de estudio busca entender antes que intervenir, ofreciendo una mirada auténtica y objetiva de la realidad estudiada (33). Este diseño se orienta a comparar características entre grupos de la población estudiada, identificando patrones y diferencias que enriquecen la descripción del fenómeno. A través del análisis descriptivo, se busca documentar diferencias estadísticamente significativas entre grupos, sin pretender establecer relaciones causales. Su valor radica en proporcionar una comprensión más detallada de la realidad, complementando el componente descriptivo con comparaciones entre subgrupos de interés (34).

Descriptivo: Este diseño busca caracterizar con precisión las variables de interés en la población estudiada, sin manipularlas ni intervenir sobre ellas. Su propósito es documentar la distribución de las características clínicas y sociodemográficas, así como describir el nivel de calidad de vida observado en los pacientes. Al tratarse de una serie de casos, los resultados tienen validez para la población evaluada y constituyen una descripción de la realidad observada (35).

Transversal: El estudio transversal busca capturar una imagen representativa de la realidad en un momento determinado, como si se tratara de una instantánea que muestra el estado de un fenómeno en un punto específico del tiempo. En este diseño se recopila información de diversas variables de manera simultánea, lo que permite describir su distribución y analizar cómo se relacionan entre sí. No requiere un seguimiento prolongado, pero ofrece una comprensión valiosa de la situación presente, funcionando como una herramienta clave para diagnosticar, comparar y entender la realidad actual de una población en un solo corte temporal (36).

Diseño: Cuantitativo, no experimental.

2.2 Población y muestra

Población: El presente estudio estuvo conformado por 150 pacientes diagnosticados con ERC que recibieron tratamiento regular en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica durante el año 2026. Este grupo representa a las personas que acuden de manera constante al servicio para mantener su tratamiento sustitutivo, enfrentando día a día las demandas físicas, emocionales y sociales que implica vivir con esta enfermedad. Su elección como población responde a la necesidad de comprender, desde una mirada humana y científica, cómo las condiciones de salud y el contexto sociodemográfico influyen en su CVRS, dentro de un entorno hospitalario que constituye el principal punto de atención renal en la región.

Muestra: Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia incluyendo a los pacientes accesibles que cumplieron los criterios de selección durante el periodo de estudio. Debido a la naturaleza no probabilística de muestreo, el tamaño muestral no se sustentó en una fórmula de estimación poblacional, sino en la disponibilidad de casos elegibles. A partir de esta población, se determinó una muestra representativa de 108 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con ERC que reciben tratamiento activo de hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica durante el año 2026.
- Pacientes en condiciones físicas y cognitivas adecuadas para responder los instrumentos aplicados.

Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedad renal aguda o con diagnósticos médicos distintos a la ERC, ya que su condición clínica no representa el objetivo del presente estudio.
- Personas que presenten deterioro cognitivo, trastornos mentales graves o alteraciones del estado de conciencia que limiten su capacidad para comprender y responder adecuadamente los cuestionarios aplicados.
- Pacientes que no asistan de manera continua al servicio de hemodiálisis o que se encuentren hospitalizados por complicaciones agudas durante el periodo de recolección de datos.

Muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

La técnica: Se utilizó la técnica de encuesta, la cual permitió recopilar información directa, confiable y actualizada de los pacientes con ERC que recibieron tratamiento en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica durante el año 2026. Esta técnica resultó adecuada para el tipo de estudio planteado, ya que posibilitó obtener datos cuantitativos que reflejan con precisión tanto las características clínicas como las percepciones personales de los participantes.

Instrumento: El instrumento central fue una ficha estructurada de recolección de datos (Anexo 1), elaborada exclusivamente para esta investigación. La ficha estuvo organizada de manera clara, con ítems precisos y adecuados al contexto clínico de los pacientes renales.

Dicha ficha estuvo compuesta por tres secciones principales:

Calidad de vida relacionada con la salud: percepción del bienestar en sus dimensiones física y psicológica, con énfasis en los aspectos que más inciden en la vida cotidiana del paciente en tratamiento dialítico.

Enfermedad renal crónica: diagnóstico confirmado, tiempo de tratamiento en hemodiálisis, estadio de la enfermedad y comorbilidades presentes.

Factores sociodemográficos: edad, sexo y estado civil.

El instrumento utilizado fue previamente sometido a un riguroso proceso de validación en el estudio realizado por Chávez (37). El resultado de dicha evaluación obtuvo un coeficiente de validez V de Aiken de 0.95, evidenciando una alta concordancia. Asimismo, su consistencia interna fue comprobada mediante el alfa de Cronbach de 0.93, lo que confirma que se trata de un instrumento altamente confiable y adecuado para su aplicación en contextos clínicos similares.

El instrumento utilizado estuvo formado por 12 preguntas distribuidas en dos aspectos fundamentales del bienestar humano: el bienestar físico, con 5 ítems, y el bienestar psicológico, con 7 ítems. Cada pregunta ofreció opciones de respuesta tipo Likert que permitieron al paciente expresar su percepción de salud. A cada opción se le asignó un puntaje entre 1 y 5: cuanto mejor expresó sentirse la persona, mayor fue su puntaje; cuanto más limitación o malestar refirió, menor fue la puntuación.

Las alternativas del primer ítem, donde la persona describió cómo percibió su salud en general, se puntuaron de 5 a 1: Excelente (5), Muy buena (4), Buena (3), Regular (2) y Mala (1). En los ítems 2 y 3, que exploraron si la salud física limitó la realización de actividades cotidianas, las respuestas se interpretaron así: No me limita nada (3), Sí, me limita un poco (2) y Sí, me limita mucho (1). Para las preguntas de frecuencia (ítems 4 al 7 y 9 al 12) se empleó una escala descendente: Nunca (5), Solo una vez (4), Algunas veces (3), Casi siempre (2) y Siempre (1). En el ítem 8, que indagó cuánto interfirió el dolor en la rutina, la puntuación fue: Nada (5), Un poco (4), Regular (3), Bastante (2) y Mucho (1).

La suma final de todas las respuestas permitió obtener un puntaje total entre 12 y 60 puntos. Este resultado se interpretó en tres niveles: calidad de vida Buena (44–60 puntos), Regular (28–43 puntos) y Mala (12–27 puntos). Estas categorías sirvieron para comprender el impacto de la enfermedad en la vida de cada paciente.

Cada dimensión se analizó por separado. En el bienestar físico (rango 5–25 puntos): Buena (19–25), Regular (12–18) y Mala (5–11). En el bienestar psicológico (rango 7–35 puntos): Buena (26–35), Regular (17–25) y Mala (7–16). Esta estructura permitió identificar qué áreas resultaron más afectadas en la población estudiada.

Antes de iniciar la recolección de información, se gestionó la autorización institucional ante la Dirección del Hospital Regional de Ica y la Jefatura del Servicio de Hemodiálisis, lo que permitió el uso de las instalaciones y el acceso a los pacientes durante el año 2026.

Con los permisos otorgados, se elaboró un cronograma de trabajo que especificó las fechas, horarios y responsables de la aplicación de las encuestas. El equipo investigador fue capacitado previamente para asegurar una aplicación uniforme, ética y respetuosa del instrumento.

Cada participante fue informado sobre el propósito del estudio, los beneficios de su participación y el manejo confidencial de los datos. Se solicitó su consentimiento informado por escrito, garantizando la participación voluntaria y el respeto absoluto a su decisión.

Para preservar la privacidad, las fichas fueron codificadas sin incluir nombres ni información personal identificable. Toda la base de datos fue almacenada de forma segura y solo el equipo de investigación tuvo acceso a ella.

2.4 Análisis e interpretación de los resultados

Los datos recolectados se registran y depuran en Microsoft Excel, para luego ser procesados mediante el software SPSS (versión vigente).

▪ Análisis descriptivo: Para las variables categóricas (sexo, estado civil, categorías de calidad de vida), se calcularán frecuencias absolutas y relativas (%), determinando las prevalencias correspondientes y sus intervalos de confianza al 95 %. Para las variables cuantitativas (edad, tiempo en hemodiálisis, puntajes de CVRS), se aplicarán medidas de tendencia central y dispersión —media, desviación estándar, mediana o rango intercuartílico— según la distribución de los datos, verificada mediante la prueba de Shapiro–Wilk.

A través de estos análisis se identificó la distribución de las variables estudiadas y se describieron las diferencias observadas en la calidad de vida (dimensiones física y psicológica) según el diagnóstico de enfermedad renal crónica, aportando evidencia descriptiva útil para orientar la atención integral de los pacientes.

2.5 Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló respetando los principios éticos universales de la investigación en salud, tales como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en concordancia con la Declaración de Helsinki y las normas nacionales vigentes.

La participación fue libre y voluntaria, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos recolectados, utilizados únicamente con fines científicos y académicos. Se solicitó la autorización institucional al Hospital Regional de Ica y la aprobación del comité de ética correspondiente, asegurando un proceso transparente, respetuoso y centrado en la dignidad y bienestar de cada participante.

III.RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

Categorías	n	%
Edad (Me $\pm$ RI)	65 $\pm$ 14.75	
Sexo		
Masculino	51	47.2
Femenino	57	52.8
Estado civil		
Soltero	6	5.6
Casado	44	40.7
Conviviente	9	8.3
Viudo	21	19.4
Divorciado	28	25.9

Me: Mediana, RI: Rango intercuartílico.

En la Tabla 1 se presentaron las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026. Los resultados evidenciaron que la edad presentó una mediana de 65 años con un rango intercuartílico de 14.75. Asimismo, respecto al sexo, el 52.8% correspondió al sexo femenino y el 47.2% al sexo masculino. En relación con el estado civil, el 40.7% fue casado, el 25.9% divorciado, el 19.4% viudo, el 8.3% conviviente y el 5.6% soltero.

Gráfico 1. Distribución del sexo en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

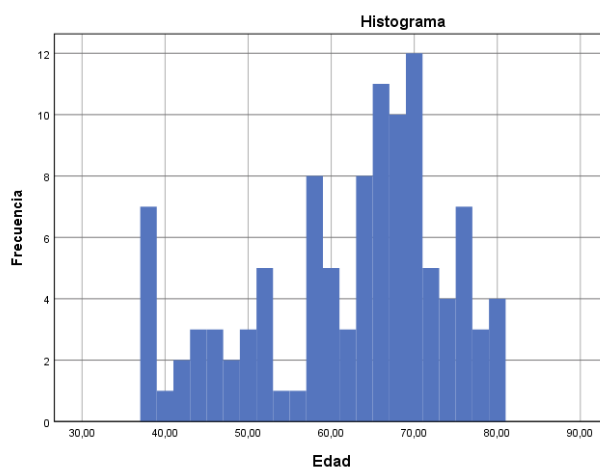


Gráfico 2. Distribución de la edad en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

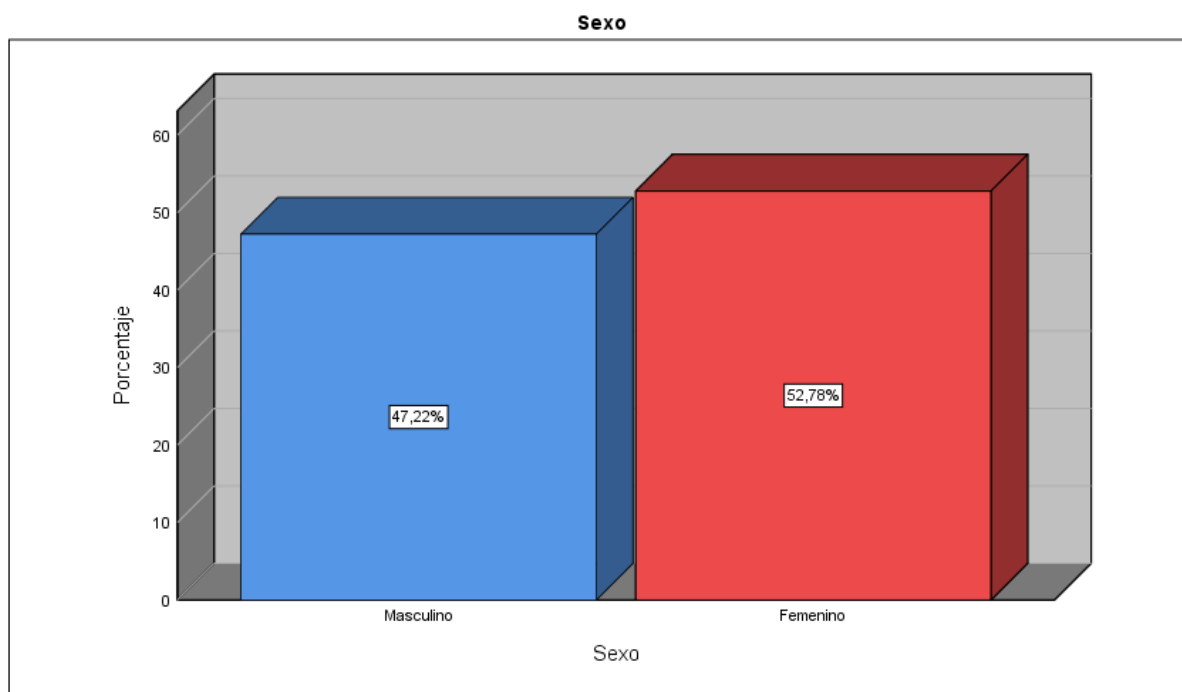


Gráfico 3. Distribución del estado civil en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

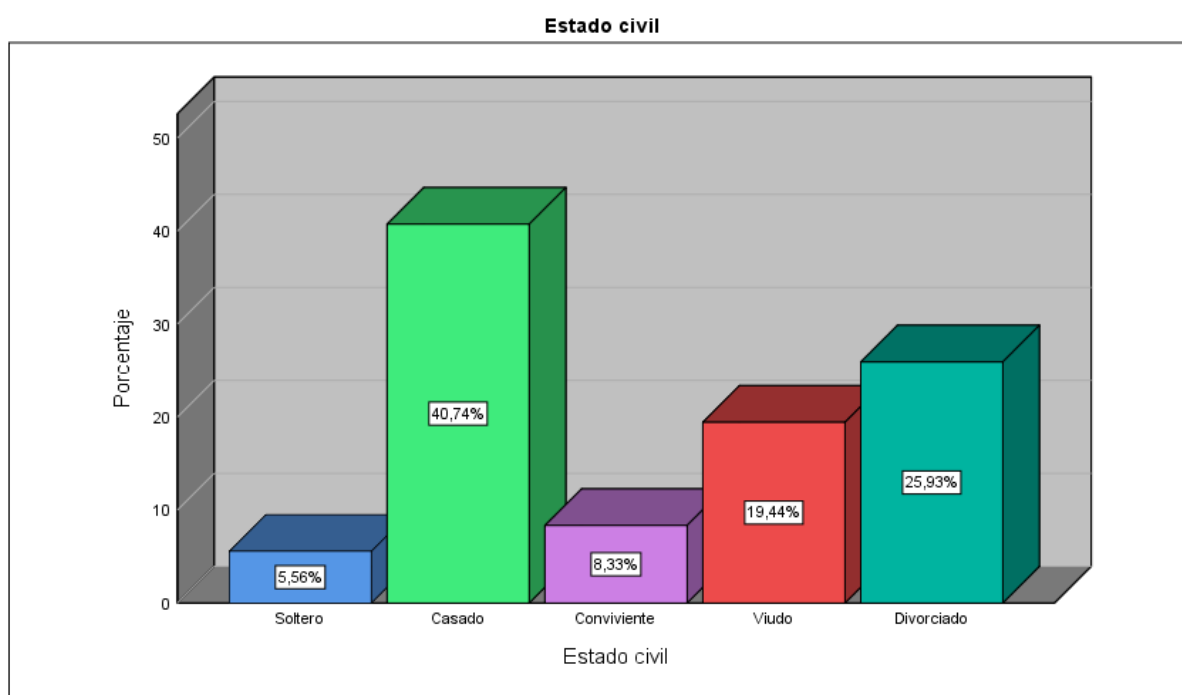


Tabla 2. Nivel de calidad de vida en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

Niveles	n	%
Bienestar físico		
Mala	84	77.8
Regular	24	22.2
Bienestar psicológico		
Mala	44	40.7
Regular	62	57.4
Buena	2	1.9
Calidad de vida		
Mala	63	58.3
Regular	45	41.7

En la Tabla 2 se presenta la calidad de vida en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026, considerando las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico y la calidad de vida global. En la dimensión de bienestar físico, el 77.8% de los pacientes presentó un nivel malo y el 22.2% un nivel regular. En la dimensión de bienestar psicológico, el 57.4% presentó un nivel regular, el 40.7% un nivel malo y el 1.9% un nivel bueno. Respecto a la calidad de vida global, el 58.3% presentó un nivel malo y el 41.7% un nivel regular.

Gráfico 4. Distribución del bienestar físico en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

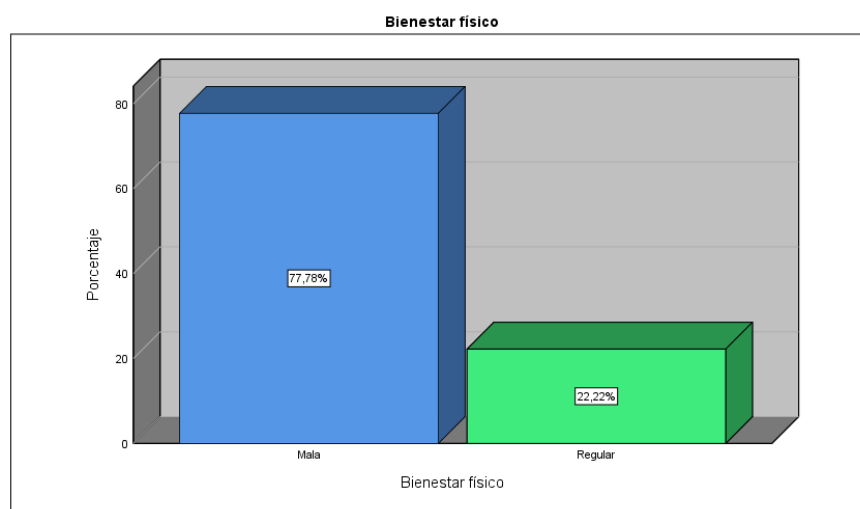


Gráfico 5. Distribución del bienestar psicológico en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

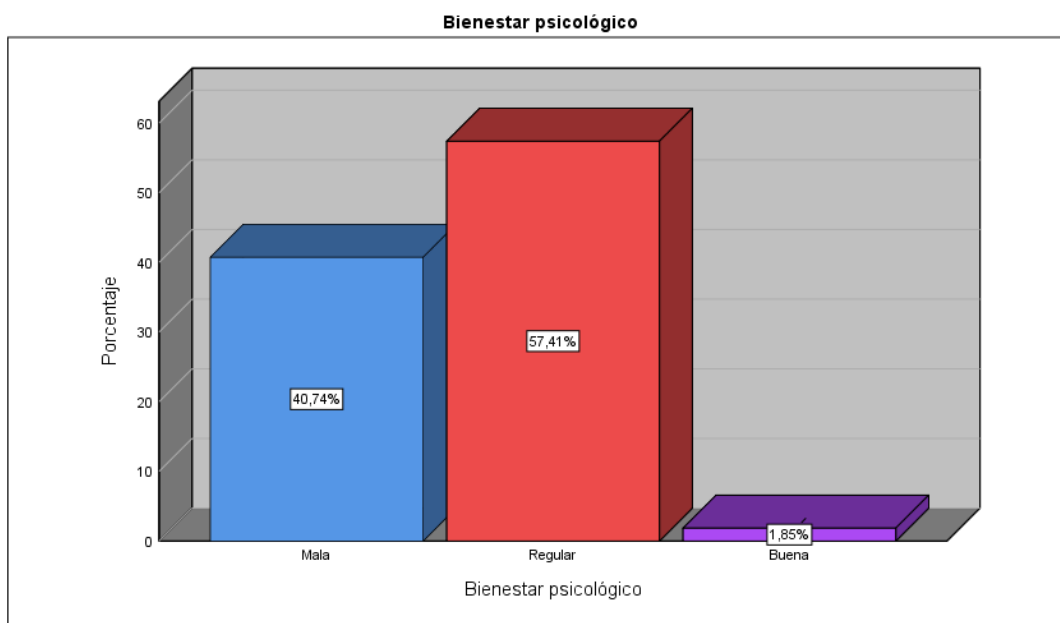


Gráfico 6. Distribución de la calidad de vida en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

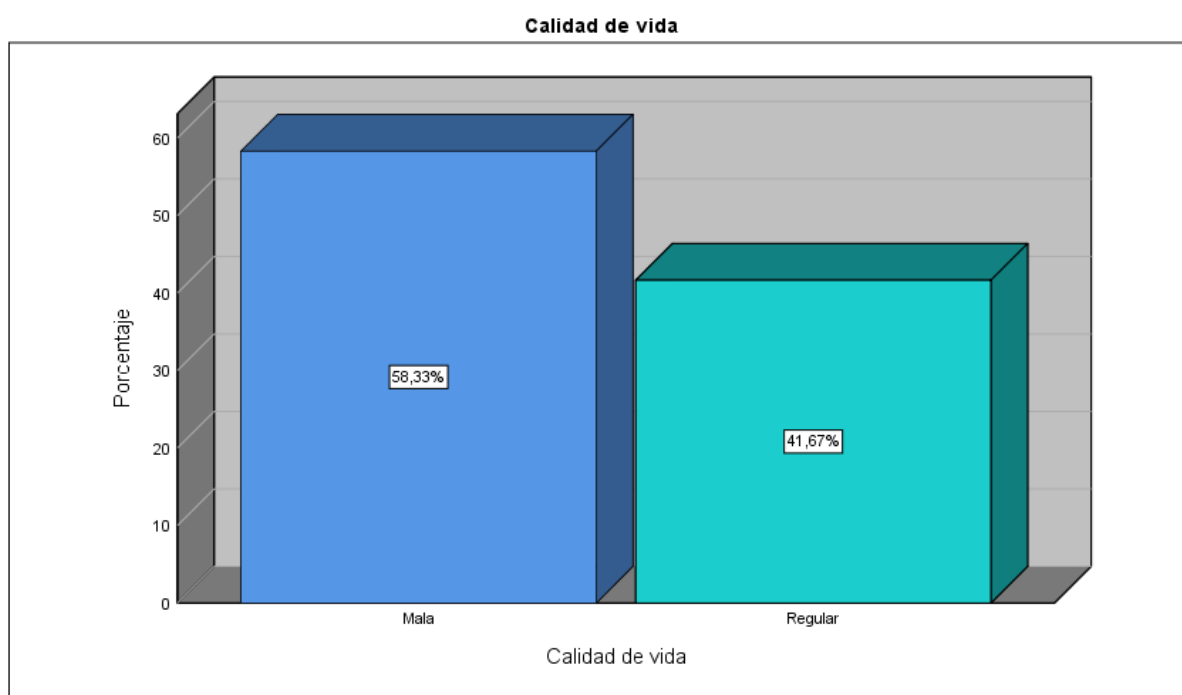


Tabla 3. Distribución de la calidad de vida relacionada a la salud según dimensión global, física y psicológica y grupo etario en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026

Dimensión / Nivel	< 60 años (n=39)	≥ 60 años (n=69)	Total (%)
Calidad de vida global			
Mala	4 (10.3%)	32 (46.4%)	33.3%
Regular	31 (79.5%)	37 (53.6%)	63.0%
Buena	4 (10.3%)	0 (0.0%)	3.7%
Dimensión física			
Mala	28 (71.8%)	56 (81.2%)	77.8%
Regular	11 (28.2%)	13 (18.8%)	22.2%
Buena	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.0%
Dimensión psicológica			
Mala	9 (23.1%)	19 (27.5%)	25.9%
Regular	22 (56.4%)	40 (58.0%)	57.4%
Buena	8 (20.5%)	10 (14.5%)	16.7%
Total	39 (100%)	69 (100%)	100%

En la tabla se observa la distribución de la calidad de vida según sus dimensiones y grupo etario. A nivel global, el nivel malo predominó en los pacientes de 60 años a más, mientras que en los menores de 60 años predominó el nivel regular. En la dimensión física, el nivel malo fue el más frecuente en ambos grupos, siendo más acentuado en los adultos mayores. En cuanto a la

dimensión psicológica, predominó el nivel regular en ambos grupos etarios, con una distribución más equilibrada en comparación con la dimensión física.

Tabla 4. Distribución de la calidad de vida relacionada a la salud según dimensión global, física y psicológica y sexo en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026

Dimensión / Nivel	Femenino (n=51)	Masculino (n=57)	Total (%)
Calidad de vida global			
Mala	15 (29.4%)	21 (36.8%)	33.3%
Regular	33 (64.7%)	35 (61.4%)	63.0%
Buena	3 (5.9%)	1 (1.8%)	3.7%
Dimensión física			
Mala	40 (78.4%)	44 (77.2%)	77.8%
Regular	11 (21.6%)	13 (22.8%)	22.2%
Buena	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.0%
Dimensión psicológica			
Mala	13 (25.5%)	15 (26.3%)	25.9%
Regular	30 (58.8%)	32 (56.1%)	57.4%
Buena	8 (15.7%)	10 (17.5%)	16.7%
Total	51 (100%)	57 (100%)	100%

En la tabla se observa la distribución de la calidad de vida según sus dimensiones y sexo. A nivel global, en ambos sexos predominó el nivel regular, seguido del nivel malo. En la dimensión física, el nivel malo fue el más frecuente tanto en mujeres como en varones, evidenciando un deterioro físico generalizado. En la dimensión psicológica, predominó el nivel regular en ambos sexos, con una distribución más equilibrada en comparación con la dimensión física.

Tabla 5. Distribución porcentual de la calidad de vida relacionada a la salud según dimensión global, física y psicológica y estado civil en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.

Dimensión / Nivel	Soltero	Casado	Conviviente	Viudo	Total (%)
Calidad de vida global					
Mala	6 (25.0%)	18 (40.0%)	8 (36.4%)	4 (23.5%)	33.3%
Regular	16 (66.7%)	25 (55.6%)	13 (59.1%)	14 (82.4%)	63.0%
Buena	2 (8.3%)	2 (4.4%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	3.7%
Dimensión física					
Mala	18 (75.0%)	36 (80.0%)	17 (77.3%)	13 (76.5%)	77.8%
Regular	6 (25.0%)	9 (20.0%)	5 (22.7%)	4 (23.5%)	22.2%
Buena	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.0%
Dimensión psicológica					
Mala	6 (25.0%)	12 (26.7%)	5 (22.7%)	5 (29.4%)	25.9%
Regular	14 (58.3%)	26 (57.8%)	13 (59.1%)	9 (52.9%)	57.4%
Buena	4 (16.7%)	7 (15.6%)	4 (18.2%)	3 (17.6%)	16.7%
Total	24 (100%)	45 (100%)	22 (100%)	17 (100%)	100%

En la tabla se observa la distribución porcentual de la calidad de vida según estado civil. A nivel global, predominó el nivel regular en todos los grupos, siendo más frecuente en los pacientes viudos (82.4%). En la dimensión física, el nivel malo fue el predominante en todos los estados civiles, especialmente en los pacientes casados (80.0%). En la dimensión psicológica, predominó el nivel regular en todos los grupos, con una distribución relativamente homogénea.

IV. DISCUSIÓN

Respecto al primer objetivo específico, los resultados evidenciaron que el 52,8% de los pacientes en hemodiálisis correspondió al sexo femenino y el 47,2% al sexo masculino, observándose además que el 56,4% de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentó un nivel malo de calidad de vida. Estos hallazgos indican que, en la población evaluada, el deterioro de la calidad de vida no se limita a un solo sexo, sino que afecta de manera importante a ambos, lo que sugiere que la carga de la enfermedad trasciende las diferencias biológicas y se vincula principalmente con la progresión clínica y las limitaciones funcionales propias del tratamiento dialítico.

Estos resultados difieren de lo reportado por Saborit (12), quien encontró un predominio del sexo masculino con 64,5%, así como de Quispe (14) y Rojas (13), quienes también reportaron mayor proporción de hombres en tratamiento dialítico (67,3% y 68,2%, respectivamente). Sin embargo, Machaca (16) describió una distribución más equilibrada, similar a la encontrada en el presente estudio, lo que sugiere que las diferencias en la distribución por sexo pueden estar influenciadas por factores sociodemográficos y por la accesibilidad a los servicios de salud en cada contexto.

En cuanto al segundo objetivo específico, en relación con la edad, se evidenció una mediana de 65 años con un rango intercuartílico de 14,75, lo que confirma que la ERC en fase terminal afecta predominantemente a adultos mayores. Este hallazgo es coherente con el comportamiento epidemiológico de la enfermedad, considerando que el envejecimiento se asocia a una disminución progresiva de la tasa de filtración glomerular y a una mayor prevalencia de comorbilidades crónicas que favorecen la progresión de la insuficiencia renal.

Resultados similares fueron descritos por Wazzi (9), quien reportó una edad promedio de $69,67 \pm 12,80$ años, y por Tasnim (11), quien evidenció que los pacientes de mayor edad presentaban peor calidad de vida en la mayoría de las dimensiones evaluadas. Asimismo, Liu (10) encontró una edad media de $57,59 \pm 13,61$ años, lo que, aunque ligeramente menor, sigue mostrando que la ERC es más frecuente en etapas avanzadas de la vida. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la edad como un factor determinante tanto en la aparición de la enfermedad como en el deterioro de la calidad de vida.

En el marco del tercer objetivo específico, respecto al estado civil, el 40,7% de los pacientes era casado, seguido de un 25,9% divorciado y un 19,4% viudo, lo que evidencia que una proporción considerable de pacientes contaba con una red de apoyo familiar potencial. Este aspecto es relevante, ya que el soporte emocional y social influye directamente en la adherencia al tratamiento, la percepción de la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud.

En concordancia, Tasnim (11) encontró que estar casado se asoció significativamente con mejores puntuaciones en el componente mental de la calidad de vida ($p < 0,05$), mientras que Machaca (16) reportó que el 69,6% de los pacientes tenía pareja, lo cual se relacionó con mejores niveles de apoyo social y menor percepción de carga emocional. Estos resultados respaldan la hipótesis de

que el estado civil y la presencia de una red de apoyo influyen positivamente en el bienestar psicológico de los pacientes en hemodiálisis.

En relación con el cuarto objetivo específico, en la dimensión física, el presente estudio evidenció que el 100% de los pacientes con diagnóstico de ERC presentó un nivel malo de bienestar físico, mientras que el 77,8% del total de la muestra también se ubicó en esta categoría. Estos resultados reflejan el impacto directo de la hemodiálisis en la funcionalidad, la capacidad de realizar actividades cotidianas y la percepción de salud general de los pacientes.

Hallazgos similares fueron reportados por Hajomer (8), quien identificó puntuaciones bajas en el componente físico del SF-12, con asociación significativa con la edad ($p=0,023$), así como por Liu (10), quien encontró un puntaje promedio de $41,35 \pm 8,49$ en el componente físico, indicando limitaciones funcionales importantes. De igual forma, Mallqui (17) y Gadea (18) describieron que más del 60% de los pacientes presentaba deterioro en función física y rol físico, lo que confirma que esta dimensión es una de las más afectadas en la ERC.

Respecto con el quinto objetivo específico, en cuanto al bienestar psicológico, el 57,4% de los pacientes presentó un nivel regular y el 40,7% un nivel malo. Esto sugiere que, aunque la ERC impacta negativamente en la esfera emocional, los pacientes pueden desarrollar mecanismos de adaptación que amortiguan parcialmente el deterioro psicológico.

Resultados comparables fueron reportados por Wazzi (9), quien encontró un puntaje promedio de $58,62 \pm 22,1$ en el componente mental, superior al componente físico, lo que evidencia una relativa preservación de la esfera emocional. Asimismo, Gadea (18) describió que el 40,9% de los pacientes percibía su bienestar psicológico como bueno, a pesar de presentar limitaciones físicas, lo que refleja la presencia de resiliencia emocional en esta población.

De manera global, el estudio evidenció que el 80,8% de los pacientes con ERC presentó una mala calidad de vida y el 19,2% una calidad de vida regular. Estos resultados confirman que la ERC en etapa terminal y el tratamiento dialítico constituyen factores determinantes en el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, afectando de forma integral las dimensiones física, emocional y social.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Quispe (14), quien encontró que el 63,5% de los pacientes presentaba una calidad de vida mala, y por Machaca (16), quien evidenció que el 67,6% presentaba calidad de vida desfavorable. De igual manera, Malca (15) y Mallqui (17) reportaron que más del 60% de los pacientes en hemodiálisis presentaba deterioro en múltiples dimensiones del SF-36. En conjunto, estos resultados confirman que la ERC constituye una enfermedad de alto impacto biopsicosocial, cuyo abordaje requiere no solo tratamiento sustitutivo renal, sino también intervenciones integrales orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente.

V. CONCLUSIONES

1. Se concluye que los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica presentaron una calidad de vida global más deteriorada en comparación con aquellos sin dicho diagnóstico. Dado el diseño descriptivo del estudio, estos resultados describen la realidad observada en la población evaluada y tienen validez para este grupo específico de pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica durante el año 2026.
2. Respecto a la distribución por sexo, se concluye que en la población estudiada existió un ligero predominio del sexo femenino entre los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. No obstante, esta diferencia no representó una variación marcada, lo que indica que la enfermedad afecta de manera importante a ambos sexos, confirmando que la insuficiencia renal crónica constituye un problema de salud que no discrimina género y que requiere estrategias de atención equitativas.
3. En relación con la edad, se determinó que los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis presentaron una mediana de edad correspondiente al grupo de adultos mayores, lo que evidencia que la enfermedad renal crónica es más frecuente en etapas avanzadas de la vida. Esto sugiere que el envejecimiento, junto con la presencia de enfermedades crónicas asociadas, incrementa la vulnerabilidad renal y condiciona una mayor necesidad de terapias sustitutivas como la hemodiálisis.
4. En cuanto al estado civil, se identificó que la mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica se encontraban casados, lo cual resalta la importancia del soporte familiar en el proceso de enfermedad y tratamiento. La presencia de una pareja o red de apoyo cercana puede influir positivamente en la adherencia al tratamiento, en el afrontamiento emocional y en la percepción de la calidad de vida, elementos fundamentales en pacientes sometidos a terapias crónicas como la hemodiálisis.
5. Se concluye que la dimensión física de la calidad de vida fue la más afectada en los pacientes con enfermedad renal crónica, evidenciándose niveles predominantemente malos de bienestar físico. Esto refleja que las limitaciones funcionales, la fatiga, el dolor y las restricciones propias del tratamiento dialítico impactan de manera directa en la capacidad de los pacientes para realizar sus actividades cotidianas, disminuyendo su autonomía y su sensación de bienestar corporal.
6. Finalmente, respecto a la dimensión psicológica, se concluye que los pacientes presentaron en su mayoría niveles regulares a malos de bienestar emocional, lo que demuestra que la enfermedad renal crónica y la dependencia de la hemodiálisis generan una carga psicológica significativa. La incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad, las limitaciones sociales y la dependencia del tratamiento contribuyen a la aparición de ansiedad, tristeza y estrés, afectando la estabilidad emocional y la calidad de vida global de los pacientes.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el personal de salud del servicio de hemodiálisis implemente evaluaciones periódicas de la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes con enfermedad renal crónica, utilizando instrumentos validados que permitan identificar oportunamente las áreas más afectadas. Esta información facilitará la planificación de intervenciones integrales orientadas no solo al control clínico de la enfermedad, sino también a mejorar el bienestar físico, emocional y social de los pacientes.
2. Se sugiere desarrollar estrategias de atención y programas educativos dirigidos tanto a hombres como a mujeres, considerando que la enfermedad renal crónica afecta de manera significativa a ambos sexos. Las intervenciones deben ser inclusivas y adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo, promoviendo el acceso equitativo a la información, al tratamiento oportuno y al acompañamiento durante el proceso de hemodiálisis.
3. Se recomienda fortalecer las acciones de prevención y detección temprana de la enfermedad renal crónica en la población adulta y adulta mayor, especialmente en aquellos con factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus y antecedentes familiares de enfermedad renal. La identificación precoz de la enfermedad permitirá retrasar su progresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes antes de que requieran terapias sustitutivas renales.
4. Se aconseja promover la participación activa de los familiares y cuidadores en el proceso terapéutico de los pacientes en hemodiálisis, mediante sesiones educativas y consejería que fortalezcan el soporte emocional y social. El acompañamiento familiar puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir el impacto psicológico de la enfermedad y favorecer una mejor adaptación del paciente a su nueva condición de salud.
5. Se recomienda implementar programas de rehabilitación física y educación en autocuidado dentro del servicio de hemodiálisis, orientados a mejorar la capacidad funcional, reducir la fatiga y promover hábitos saludables. Actividades como ejercicios supervisados, orientación nutricional y manejo adecuado del dolor pueden contribuir significativamente a mejorar el bienestar físico y la autonomía de los pacientes.
6. Se sugiere incorporar apoyo psicológico continuo dentro del manejo integral de los pacientes con enfermedad renal crónica, mediante la presencia de profesionales de salud mental que brinden consejería, terapia individual o grupal y estrategias de afrontamiento emocional. Este acompañamiento permitirá reducir los niveles de ansiedad, depresión y estrés asociados al tratamiento dialítico, favoreciendo una mejor calidad de vida y una mayor adherencia terapéutica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles Zaldivar Y, Palacios IMN. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença renal crônica terminal [Internet]. SciELO Preprints. 2024 [citado 6º de agosto de 2025]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/7881>
2. Marcillo Carvajal CP, Palma Chávez DJ, García Macías SA, Farfán Moncada JJ. Calidad de vida asociada a la enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes e hipertensión. Polo del Conocimiento. 2025 Mar;10(3):2451-73. doi:10.23857/pc.v10i3.9198
3. Alqalah, T.A.H.; Alrubaiee, G.G.; Alkubati, S.A. Factors Associated with the Quality of Life and Needs of Hemodialysis Patients in Saudi Arabia: A Basis for Improved Care. Medicina 2025, 61, 180. <https://doi.org/10.3390/medicina61020180>
4. Zegarra Quispe MC. Insuficiencia renal crónica y percepción de la calidad de vida de pacientes atendidos en la clínica médica nefrológica, Trujillo 2024 [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://repositorio.uct.edu.pe/handle/123456789/5199>
5. Naira Ventura KZ. Factores de riesgo y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de un hospital público de Tingo María, 2024 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/12872>
6. Carbonel Ramirez HH. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis durante la COVID-19 en el Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica, durante el año 2021 [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4252>
7. Carbonel Ramirez HH. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis durante la COVID-19 en el Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica, durante el año 2021 [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4252>
8. Hajomer HAE, Elkhidir OA, Elawad S, Ahmed ABM, Elawad SOM, Elbadawi MH, Elhassan WAF, Mohamed RAG, Ali KM, Mahmoud TA, Kheir SM. Exploring the quality of life of end-stage kidney disease patients in Khartoum State, Sudan: a multicenter cross-sectional study. BMC Nephrol. 2025 Jul 1;26(1):336. doi: 10.1186/s12882-025-04257-2. PMID: 40597838; PMCID: PMC12218816
9. Wazzi Mkahal R, Razzouk R, Aouad K, Fares N, Hage V. Exploration de la qualité de vie des patients en hémodialyse chronique: analyse de l'impact cumulatif des crises [Exploring quality of life among chronic hemodialysis patients: Navigating the cumulative impact of multiple

- crises]. *Nephrol Ther.* 2025 Jun 27;21(3):153-160. French. doi: 10.1684/ndt.2025.123. PMID: 40495769
10. Liu X, Meng J, Zhang S. Analysis of factors influencing quality of life in hemodialysis patients based on KDQOL-36: A cross-sectional study. *Int J Artif Organs.* 2025 May;48(5):318-324. doi: 10.1177/03913988251337882. Epub 2025 Jun 3. PMID: 40459011
 11. Tasnim T, Karim KMR, Rahman T, Rashid H-U. Health-related quality of life and its predictors among chronic kidney disease patients: A hospital-based cross-sectional study. *PLoS One.* 2025;20(2):e0319100. doi:10.1371/journal.pone.0319100
 12. Saborit Oliva Y, Zaldívar Suárez N, Collejo Rosabal Y, Saborit Oliva E, Robles Ortiz J, Tamayo Núñez JL. Calidad de vida en adultos con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis [Internet]. Bayamo (CU): Hospital Provincial Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”; 2021 [citado 10 oct 2025]. Disponible en: <file:///C:/Users/karen/OneDrive/Escritorio/PROYECTO%20Y%20TESIS/AUTORES/MARIEL%20AQUIJE/REFERENCIAS%20INTERNACIONALES/16%20-%20cfr203a.pdf>
 13. Rojas Aliaga AI, Rojas Peña YD. Factores de riesgo asociados a la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica de un hospital nacional, Perú 2022 [Tesis de licenciatura]. Huancayo: Universidad Continental; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12394/14097>
 14. Quispe Hanco FM. Calidad de vida relacionada a la salud de pacientes renales crónicos en hemodiálisis. Hospital Base III Essalud-Puno, 2023 [Tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/21744>
 15. Malca Chilon JP. Calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de una Clínica Nefrológica - Chiclayo [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2023 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/18453>
 16. Machaca Choque DM. Factores asociados con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en centros de hemodiálisis del departamento de Tacna enero – junio 2023 [Tesis de licenciatura]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2023 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12969/3058>
 17. Mallqui Zarate DJ, Terrones Ramirez ME. Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en el centro de diálisis del Hospital Regional de Ica, diciembre – 2020 [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/982>
 18. Gadea Peralta M, Campos-Buleje C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto – diciembre 2019. *Rev méd panacea.* 2021;9(2): 98-103.DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.327>

19. Manchego Liñan AV. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en una clínica de hemodiálisis, Lima 2024 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/13231>
20. Alcantara Cuellar CB. Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de hemodiálisis Inversiones Médicas Victoria S.A.C [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/9884>
21. Parillo Coila M. Factores asociados a la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica, en el Centro de Hemodiálisis Sermedial S.A.C. Puno-2022 [Tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Privada San Carlos; 2023 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/526>
22. Cuevas Guevara OJA. Características influyentes en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con enfermedad renal crónica terminal del Hospital Carlos Monge Medrano 2019-2020 [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/57849>
23. Lacomba Trejo L, Mateu-Mollá J, Carbajo Álvarez E, Poves Gómez M, Galán Serrano M. Calidad de vida relacionada con la salud y percepción de amenaza de la enfermedad en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Rev. Colomb. Nefrol.* 2021, 8(3), e393. <https://doi.org/10.22265/acnef.8.3.393>
24. Aldabbour B, Elhissi AJH, Abuwarda M, Alsady M, Alghariz H, Abdalhadialmqadma M, Mezied N, Alhaytham J, Aliwaiti M, Abokhater A, Al-Dadah M, Alhalabi M. Quality of life and access to healthcare among hemodialysis patients during wartime: cross-sectional insights from Gaza. *BMC Nephrol.* 2025 Jul 9;26(1):367. doi: 10.1186/s12882-025-04322-w. PMID: 40634837; PMCID: PMC12239272.
25. Gambin DJ, Dallepiane FG, Saraiva L, Führ MCS, Piovesan F, Mirek C, De Carli JP, Trentin MS. Self-perception of health and quality of life in patients on renal replacement therapy undergoing hemodialysis: a case-control study. *Sao Paulo Med J.* 2025 Jul 14;143(4):e2024144. doi: 10.1590/1516-3180.2024.0144.R1.14042025. PMID: 40667934; PMCID: PMC12263087.
26. Alfano G, Albinelli A, Ferri C, Romaniello R, Giuseppe O, Cancelli Y, Ligabue G, Giovanella S, Morisi N, Fontana F, Magistroni R, Donati G. Migrants on hemodialysis (HD): clinical characteristics, outcome and quality of life. *J Nephrol.* 2025 Apr;38(3):1057-1067. doi: 10.1007/s40620-025-02281-x. Epub 2025 May 6. PMID: 40325337; PMCID: PMC12166013.
27. Kobayashi D, Ganse M, Shinoda T, Hamada C, Hara S, Aikawa A, Iino Y, Komatsu Y. A survey on the association between patient activation and quality of life among patients with

- chronic kidney disease in Japan. *J Nephrol*. 2025 Jun;38(5):1427-1436. doi: 10.1007/s40620-025-02235-3. Epub 2025 Feb 24. PMID: 39994167
28. Nakamura H, Okubo R, Kumagai M, Anayama M, Makino Y, Tamura K, Nagasawa M, Okada H, Maruyama S, Hoshino J, Wada T, Narita I, Yamagata K. Exploring factors associated with Kidney Disease Quality of Life in patients with advanced chronic kidney disease: the Reach-J CKD cohort study. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Jun;29(6):765-776. doi: 10.1007/s10157-025-02628-5. Epub 2025 Jan 27. PMID: 39870981.
 29. Wulandari W, Zakiyah N, Rahayu C, Puspitasari IM, Suwantika AA. Health-related quality of life in hypertensive patients with chronic kidney disease in low and middle-income countries. *BMC Nephrol*. 2025 Jan 21;26(1):34. doi: 10.1186/s12882-025-03957-z. PMID: 39838338; PMCID: PMC11749374.
 30. Arrunategui Diaz AS. Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/15947>
 31. Garavito Perez PA. Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en un centro de hemodiálisis del norte del país [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/157395>
 32. Guerrero Suarez PV, Meneses Soto AC. Calidad de vida y conocimiento de enfermedad renal crónica en pacientes del servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2020 [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1344>
 33. Arias Galicia F. El proyecto de investigación. 6ª ed. Caracas: Episteme; 2021.
 34. Arias GJ, Holgado J, Tafur T, Vásquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para hacer el proyecto de tesis. Quito: Editorial INUDI; 2021.
 35. Velasco A. Metodología de la investigación. [Internet]. ResearchGate; 2024. Available from: <https://www.researchgate.net>
 36. Maldonado Reyes F, Álvarez Ochoa RI, Maldonado Córdova PA, Cordero Cordero G, Capote Llanares MA. Metodología de la investigación: De la teoría a la práctica. Pisco: Puerto Madero Editorial Académica; 2023.
 37. Chávez Marín JD. Nivel de autocuidado y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento en el servicio de diálisis y hemodiálisis del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao – 2023 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2024 [citado 2025 ago 6]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/11497>

VIII. ANEXOS

1. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
● Problema General: ¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026? ● Problemas Específicos: 1. ¿Cuál es la distribución del sexo en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026? 2. ¿Cuál es la distribución de	● Objetivo General: Describir la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026. ● Objetivos Específicos: 1. Describir la distribución del sexo en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026. 2. Establecer la distribución de la	● Hipótesis El presente estudio, al ser de tipo observacional, descriptivo y de serie de casos, no plantea hipótesis inferenciales, ya que su finalidad es describir las características y la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, sin establecer relaciones de causalidad.	● Variable Dependiente: Enfermedad renal crónica ● Variable Independiente: Calidad de vida relacionada a la salud ● Dimensión física ● Dimensión psicológica Factores sociodemográficos ● Sexo ● Edad ● Estado civil	● Tipo de Investigación: Observacional ● Nivel de Investigación: Descriptivo ● Diseño de Investigación: Transversal Cuantitativo No experimental ● Población: Esta conformada por 150 pacientes diagnosticados con ERC que reciben tratamiento regular en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica durante el año 2026. ● Muestra: Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia incluyendo a los pacientes accesibles que cumplieron los

la edad en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?	edad en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.			criterios de selección durante el periodo de estudio. ● Técnicas de Recolección de datos: 1. Elaboración del proyecto. 2. Obtención del permiso del Hospital Regional de Ica. 3. Descripción y procesamiento de la base de datos. ● Instrumentos de Recolección de datos: Los datos se recopilaron a través de un instrumento de ficha estructurada de recolección de datos (ANEXO 1).
3. ¿Cuál es la distribución del estado civil en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?	3. Identificar la distribución del estado civil en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.			
4. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión física en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?	4. Describir la calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión física en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.			
5. ¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la	5. Describir la calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión psicológica en pacientes con enfermedad renal			

salud según su dimensión psicológica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026?	crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026. 6. Explorar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y la enfermedad renal crónica en pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, 2026.			
---	---	--	--	--

2. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Enfermedad Renal Crónica	Alteración progresiva e irreversible de la función renal que se caracteriza por una disminución sostenida de la tasa de filtración glomerular (TFG) o por daño estructural del riñón durante un periodo igual o mayor a tres meses. Su evolución requiere terapias sustitutivas como la hemodiálisis para mantener la vida y controlar los síntomas.	Presencia de ERC en los pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, registrando el estadio clínico de la enfermedad, el tiempo en tratamiento y la existencia de comorbilidades (según historia clínica).	Ordinal	- Sí - No
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	Percepción subjetiva que tiene la persona sobre su bienestar general, considerando el impacto físico, psicológico y social de su estado de salud y de los tratamientos que recibe. Evalúa cómo la enfermedad afecta su capacidad para disfrutar la vida, mantener autonomía y conservar equilibrio emocional.	Se medirá mediante una ficha estructurada aplicada a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, que incluirá ítems enfocados en dos dimensiones: física y psicológica. Los puntajes se obtendrán a través de una escala tipo Likert, donde	Ordinal	Dimensión física: - Actividades regulares - Higiene y Vestido - Nutrición Dimensión psicológica: - Afectación emocional - Expectativa de vida - Estado emocional - Satisfacción

		valores más altos indican mejor calidad de vida.		
Factores demográficos	Características personales que permiten describir y diferenciar a los individuos dentro de una población, influyendo directamente en su calidad de vida y en la forma como enfrentan la enfermedad.	Se obtendrán mediante encuesta directa aplicada a los pacientes del servicio de hemodiálisis, registrando los datos personales básicos de cada participante.	Nominal / Ordinal	- Edad: años cumplidos (numérica continua) - Sexo: masculino / femenino - Estado civil: soltero, casado, conviviente, viudo o divorciado

3. Ficha de recolección de datos.

**ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS DE LOS PACIENTES DE ESTUDIO**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026**

AUTOR: Aquije Condezo Mariel Aracelli

Ahora, escriba con un aspa (X) los siguientes enunciados.

Sexo: F () M ()

Edad: _____ años

Estado civil:

() Soltero(a)

() Casado(a)

() Conviviente

() Viudo(a)

() Divorciado(a)

Padece de Enfermedad Renal Crónica:

() Sí

() No

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

Por favor marque una sola respuesta:

Dimensión bienestar físico

1.- En general, usted diría que su salud es:

O Excelente

O Muy buena

O Buena

O Regular

O Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que podría hacer en un día normal.

2.- ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de una hora?

O Si, me limita mucho

- ☐ Si, me limita un poco
- ☐ No, no me limita nada

3.- ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?

- ☐ Si, me limita mucho
- ☐ Si, me limita un poco
- ☐ No, no me limita nada

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

4.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

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

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

Dimensión bienestar psicológico

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

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

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

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

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

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)?

- ☐ Nada
- ☐ Un poco
- ☐ Regular
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

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.

9.- ¿Con que frecuencia se sintió calmado y tranquilo?

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

10.- ¿Con que frecuencia tuvo mucha energía?

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

11.- ¿Con que frecuencia se sintió desanimado y deprimido?

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

12.- 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)?

- ☐ Siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Solo una vez
- ☐ Nunca

4. Consentimiento informado.

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026**

Estimado(a) paciente:

Mi nombre es Aquije Condezo Mariel Aracelli, bachiller de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Me encuentro desarrollando un estudio que busca comprender, con la mayor sensibilidad y respeto posible, cómo la enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis influyen en la calidad de vida de quienes, como usted, enfrentan este proceso con valentía.

El objetivo de esta investigación será conocer cómo se siente usted en distintos aspectos de su vida mientras recibe hemodiálisis. Esta información permitirá que, en un futuro cercano, se puedan fortalecer las estrategias de atención y acompañamiento para pacientes que viven la misma condición. Su experiencia y percepción serán piezas valiosas para generar mejoras reales y humanas en el cuidado de la salud.

Para participar, se le invitará a responder un pequeño cuestionario que recoge su sentir, sus limitaciones, sus energías y las dificultades que pueda experimentar. Completarlo tomará aproximadamente 10 a 15 minutos, y siempre se realizará en un espacio tranquilo, sin interrupciones y respetando plenamente su comodidad.

Quiero expresarle que su participación será totalmente voluntaria. Si en algún momento desea dejar de responder o prefiere no continuar, podrá hacerlo sin ninguna consecuencia y sin afectar de ningún modo la atención que recibe en el hospital. Su bienestar siempre será lo más importante. Toda la información que usted comparta será manejada con estricta confidencialidad y anonimato.

No se registrará ningún dato que permita identificarlo(a) de forma personal. Sus respuestas serán utilizadas únicamente con fines académicos y científicos, garantizando un manejo ético y responsable de cada dato.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro haber leído y comprendido de manera clara y sencilla la información brindada sobre este estudio. He recibido las explicaciones necesarias acerca de sus objetivos, su propósito y la forma en que se desarrollará. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que ello afecte mi atención médica.

Doy mi consentimiento libre y voluntario para participar en esta investigación, confiando en que toda la información que proporcione será tratada con respeto, discreción y total responsabilidad.

Nombre del/de la participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / 2026

Nombre de la investigadora: Aquije Condezo Mariel Aracelli

Firma: _____

5. Validación por juicio de expertos.



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- A. **APELLIDOS Y NOMBRES:** José Ríos, Moisés del Rosario
 B. **GRADO ACADÉMICO:** Bollicher
 C. **CARGO E INSTITUCIÓN QUE LABORA:**
Medico Asistencial - Hospital Regional
de ICA - Servicio Nefrología
 D. **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026
 E. **AUTOR DEL INSTRUMENTO:** MARIEL ARACELLI AQUIJE CONDEZO
 F. **NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** Ficha estructurada de recolección de datos

II. ASPECTOS A EVALUAR:

Indicadores	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
		(01-05)	(06-10)	(11-12)	(13-16)	(17-20)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					18
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					18
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					19
4. ORGANIZACIÓN	existe organización y lógica					18
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					18
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de estudio					19
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio					19
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones indicadores e ítems					18

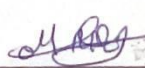


UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRION



9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					18
10.CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					18
SUBTOTAL						83
TOTAL						83

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.5) 40.5 PROMEDIO DE VALORACIÓN: 40.5
Deficiente (0-20%) b.Regular (21-40%) c.Bueno(41-60%) d.Muy bueno (61-80%)
e.Excelente (81-100%)
VALORACIÓN CUALITATIVA: El instrumento de la investigación es excelente ya que
alcanza un puntaje alto , que corresponde al 83/.
OPINIÓN DE LA APLICABILIDAD: El instrumento es Aplicable en la investigación.
LUGAR Y FECHA: 07 / 03 /2026.


DNI: 21562037
Colegio Médico: 43040



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- A. **APELLIDOS Y NOMBRES:** Pavel Estacio Echeandía
B. **GRADO ACADÉMICO:** Médico especialista en medicina interna
C. **CARGO E INSTITUCIÓN QUE LABORA:** Médico asistencial - Hospital Regional de Ica
D. **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026
E. **AUTOR DEL INSTRUMENTO:** MARIEL ARACELLI AQUÍJE CONDEZO
F. **NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** Ficha estructurada de recolección de datos

II. ASPECTOS A EVALUAR:

Indicadores	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
		(01-05)	(06-10)	(11-12)	(13-16)	(17-20)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					19
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					19
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					19
4. ORGANIZACIÓN	existe organización y lógica					19
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					20
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de estudio					20
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio					19
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones indicadores e ítems					19



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRION



9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					20
10.CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					20
SUBTOTAL						
TOTAL						98%

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.5) ____ PROMEDIO DE VALORACIÓN: 98%
Deficiente (0-20%) b.Regular (21-40%) c.Bueno(41-60%) d.Muy bueno (61-80%)
e.Excelente (81-100%)

VALORACIÓN CUALITATIVA: El instrumento de la investigación es ____ ya que alcanza un puntaje alto , que corresponde al 98%.

OPINIÓN DE LA APLICABILIDAD: El instrumento es Aplicable en la investigación.

LUGAR Y FECHA: 6103/2026.

Dr. Pavel Estacio Echazanda
MEDICINA INTERNA
CNP. 74755 - RNE 44497

DNI: 42280798

Colegio Médico: 74755



**FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS**

I. DATOS GENERALES

- A. **APELLIDOS Y NOMBRES:** Liliana Choque Gutierrez
B. **GRADO ACADÉMICO:** Especialista en medicina interna
C. **CARGO E INSTITUCIÓN QUE LABORA:** Medico asistencial - Hospital Regional de Ica
D. **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026
E. **AUTOR DEL INSTRUMENTO:** MARIEL ARACELLI AQUÍJE CONDEZO
F. **NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** Ficha estructurada de recolección de datos

II. ASPECTOS A EVALUAR:

Indicadores	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
		(01 -05)	(06-10)	(11-12)	(13-16)	(17-20)
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					19
2.OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					19
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					19
4.ORGANIZACIÓN	existe organización y lógica					19
5.SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					19
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de estudio					19
7.CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio					19
8.COHERENCIA	Entre variables ,dimensiones indicadores e ítems					19



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRION



9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					20
10.CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					20
SUBTOTAL						92
TOTAL						92

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.5) ____ PROMEDIO DE VALORACIÓN: 46
Deficiente (0-20%) b.Regular (21-40%) c.Bueno(41-60%) d.Muy bueno (61-80%)
e.Excelente (81-100%)
VALORACIÓN CUALITATIVA: El instrumento de la investigación es excelente ya que
alcanza un puntaje alto , que corresponde al 92.
OPINIÓN DE LA APLICABILIDAD: El instrumento es Aplicable en la investigación.
LUGAR Y FECHA: 07/03/2026.


Dra. Liliana Choque Gutiérrez
ESPECIALISTA EN MEDICINA
CMP: 37218 - RNE

DNI: 21553717

Colegio Médico: 37218



**FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS**

I. DATOS GENERALES

- A. **APELLIDOS Y NOMBRES:** Espejo Espinoza Luisa
B. **GRADO ACADÉMICO:** Especialista en Medicina Interna
C. **CARGO E INSTITUCIÓN QUE LABORA:** Médico asistencial - Hospital Regional de Ica
D. **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026
E. **AUTOR DEL INSTRUMENTO:** MARIEL ARACELI AQUIJE CONDEZO
F. **NOMBRE DEL INSTRUMENTO:** Ficha estructurada de recolección de datos

II. ASPECTOS A EVALUAR:

Indicadores	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
		(01 -05)	(06-10)	(11-12)	(13-16)	(17-20)
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					19
2.OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					19
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					19
4.ORGANIZACIÓN	existe organización y lógica					20
5.SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					19
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos de estudio					19
7.CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio					19
8.COHERENCIA	Entre variables ,dimensiones indicadores e ítems					19



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRION



9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					20
10.CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					19
SUBTOTAL						92
TOTAL						92

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.5) 46 PROMEDIO DE VALORACIÓN: 46
Deficiente (0-20%) b.Regular (21-40%) c.Bueno(41-60%) d.Muy bueno (61-80%)
e.Excelente (81-100%)
VALORACIÓN CUALITATIVA: El instrumento de la investigación es excelente ya que
alcanza un puntaje alto , que corresponde al 92/.
OPINIÓN DE LA APLICABILIDAD: El instrumento es Aplicable en la investigación.
LUGAR Y FECHA: 07 / 03 /2026.


Dra. Luisa K. Espino Espinoza
MEDICINA INTERNA
CMP: 43724 NVE: 36571

DNI: 22102511

Colegio Médico: 93721

6. Constancia del comité de ética del Hospital Regional de Ica.


GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 126 -2026-HRI/DE.



Resolución Directoral

Ica, 18 de Febrero del 2026

VISTO:

El Expediente N° 26-003828-001, que contiene el Memorando N° 152-2026-HRI/DE, de fecha 10 de febrero del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 058-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 058-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 10 de febrero del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutivo de aprobación del proyecto de tesis, titulado: "**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A EMFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026**", presentado por la Investigadora: **AQUIJE CONDEZO MARIEL ARACELLI**, alumna de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 10 de febrero del año 2026.

Que, con Memorando N° 152-2026-HRI/DE, de fecha 10 de febrero del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 058-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del
.....///

\\\\...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.



SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:



N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ASOCIADO A EMFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2026"	- AQUIJE CONDEZO MARIEL ARACELLI

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes. _____

Regístrese y Comuníquese,

GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. CARLOS NAVEA MENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
CMP 059270

CENM/DE
JEFC/D.E.ADM.
YUMM/J.O.RRH.
MANM/J.A.J

7. Evidencias del proceso de recolección de datos.

















