



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Tema:

Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento con Hemodiálisis
en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025

Monográfico sometido como requisito para optar por el título de:

Doctor en Medicina

Sustentantes:

María Yubilett Núñez Herrera

Adalberto Vásquez Nolasco

Roman Junior Mejía Otañez

Asesora:

Dra. Nelly García

San Francisco de Macorís, Rep. Dom.

Enero, 2026

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN
TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DUARTE, PERIODO
OCTUBRE-DICIEMBRE, 2025**

Índice

Agradecimientos	I
Resumen Ejecutivo	VII
Capítulo I: Introducción y Trasfondo	
Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del Problema	10
Justificación	13
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
Variables e Indicadores.....	15
Definición de Términos	19
Capítulo II: Revisión de Literatura	
Introducción	22
Marco conceptual o teórico.....	22
Capítulo III: Metodología	
Introducción	42
Tipo y Diseño	42
Población y Muestra	42
Criterios de Inclusión.....	43
Criterios de Exclusión	43
Descripción del Instrumento de Investigación.....	43
Validación y Confiabilidad del Instrumento.....	43
Procedimiento de Recolección de Datos	44
Análisis de Datos.....	44

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción	46
Presentación de los Resultados	46

Capítulo V: Discusión

Introducción	61
Análisis de los Resultados	61
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias Bibliográficas	68
Anexos	72

Agradecimientos

Agradezco primeramente a **Dios**, por darme la sabiduría y la fortaleza necesarias por siempre estar y permitirme llegar hasta esta etapa tan importante para mí . Por ser mi guía constante y brindarme la paciencia y perseverancia para superar cada dificultad presentada en este proceso. cuando el cansancio y la incertidumbre se hicieron presentes. Gracias, Dios mío, por guiar cada uno de mis pasos, por abrir caminos donde parecía no haberlos y por recordarme, día tras día, que con fe, esfuerzo y perseverancia todo es posible. por iluminar mi mente en los momentos de duda y por sostenerme con tu amor infinito. por darme fuerzas en los momentos difíciles y por permitir que este logro sea una realidad en mi vida.

A Mi madre **Maria Yuberky Herrera** muchas gracias por siempre estar dispuesta a ayudarme incondicionalmente acompañarme en esta carrera y etapa y en todo gracias por tu esfuerzo y dedicación nada de lo que hoy presento habría sido posible sin Tu presencia constante ,tu amor y tu fuerza gracias por ser mi apoyo en cada momento de este camino incluso en los momentos más difíciles tu fe en mí fue muchas veces mayor que la mía y eso me sostuvo cuando el cansancio el miedo o la incertidumbre intentaron vencerme gracias por cada sacrificio que hiciste sin pedí nada cambio , por cada por cada palabra de ánimo , por tu paciencia y por enseñarme , con tu ejemplo el valor del esfuerzo, la perseverancia y la responsabilidad en los días difíciles, fuiste refugio en los días de logro, fuiste celebración sincera tu amor a sido el motor que me impulsa a continuar cuando parecía imposible esto es el reflejo de todo lo que me enseñaste a no rendirme a luchar por mis sueños y a crecer como persona gracias por ser mi guía cada página lleva implícito tu esfuerzo tu dedicación y tu entrega Este logro es para Ti y tuyo también , porque sin tu dirección y Tu presencia constante, nada habría sido posible.

A mi padrastro **Gustavo De La Cruz** gracias por su disposición constante para ayudarme y por estar presente cada vez que necesitaba algo su colaboración y buena voluntad fueron de gran ayuda para que pudiera continuar y cumplir con este proceso .

A mi hermana **Diosmari Yubilexi De la Cruz Herrera** supo regalarme palabras de aliento, sonrisas y momentos de risa cuando más los necesitaba. Su alegría hizo más llevadero este camino y fue un impulso silencioso para seguir adelante.

A la **Licenciada Virgen Paula** por ser instrumento que Dios utilizo para ayuda y colaboración de esta meta .

A mis abuelos **Demetrio Herrera Y Mercedes Herrera** Gracias por su compañía, su apoyo y ayuda por responder cuando fue necesario y por el cuidado constante.

A mis primos **Carlos Wando Herrera y Joselin Herrera** Gracias por estar presentes cuando fue necesario y por brindarme su ayuda en momentos importantes. Su forma de acompañarme y responder marcó una diferencia en este camino.

A mis compañeras de teams **Sayelin paulino y Luz Gonzales** por su disposición, la ayuda brindada y los momentos compartidos que hicieron este proceso más llevadero y los consejos compartidos el trato recibido durante este proceso dejaron una bonita impresión y marcaron positivamente esta etapa.

A una persona muy importante y especial Por su presencia constante por haber estado en cada momento gracias por siempre haber estado dispuesto a ayudarme y acompañarme por su apoyo por el ánimo constante y por siempre creer en mí .

María Yubilett Núñez Herrera

A mis familiares

Agradezco de manera especial a mi padre, Alberto Vásquez, y a mi madre, Adalgisa Nolasco, por ser el pilar fundamental de mi formación personal y profesional. Su apoyo incondicional, sacrificio constante y palabras de aliento han sido esenciales para alcanzar cada una de mis metas.

A mi hermana, Fabierlin Vásquez, por su compañía, comprensión y apoyo en cada etapa de este proceso. A mi madrina, Melva Nolasco, por su respaldo y confianza en mí desde siempre. A mi abuela, Sobeida María, por su amor, consejos y fortaleza, que han sido una fuente constante de inspiración.

De igual manera, agradezco a mi amiga Dulce Milagros por su amistad sincera y apoyo constante. A Yaldiri Rivera, uno de mis apoyos más grandes, por estar presente cuando más lo necesitaba. Y muy especialmente a mi gran amiga Arisbel Rodríguez, por su disposición permanente, por estar siempre pendiente y por nunca dudar en ayudarme cuando lo requería. A todos ellos, mi más profundo agradecimiento por creer en mí y acompañarme en este camino.

A mis compañeros de internado

Expreso mi más sincero agradecimiento a mis compañeros de internado, quienes han sido parte fundamental de esta etapa tan exigente y significativa. A aquellos que iniciaron este camino conmigo y partieron primero, dejando recuerdos hermosos y momentos llenos de alegría y aprendizaje: Isaura Ureña, Fabio López, Luis Gutiérrez y Scarlet Rosario.

A quienes me han acompañado durante este duro trayecto y a quienes considero mis hermanos de carrera: Juan Burgos, Saily Wilmont, Genly Duarte, Laura Reinoso, Thaianna Espinal, Yokairy Trinidad, Román Mejía y Richeli Lora, gracias por el apoyo mutuo, la solidaridad y la fortaleza compartida en cada desafío.

Finalmente, pero no menos importante, agradezco a aquellos que llegaron en el transcurso del camino y que se han ganado mi más sincero cariño y aprecio: Yokairi Sánchez, Nanyeli de León, Camil

Olivares y Génesis Suárez. Desde el fondo de mi corazón, gracias por los buenos momentos, las risas, el compañerismo y por vivir juntos esta gran experiencia que quedará para siempre en nuestra memoria.

Adalberto Vásquez Nolasco

A mis familiares, amigos y seres queridos.

Expreso mi más profundo agradecimiento a mi madrina **Clara Montes Corripio**, quien ha sido un pilar fundamental en mi vida y en mi formación. Gracias a su confianza, apoyo incondicional y amor constante, tuve la oportunidad de estudiar en esta universidad y dar los primeros pasos en mi camino como médico y futuro profesional. Su presencia ha sido permanente en cada etapa de este proceso, guiándome, aconsejándome y acompañándome siempre como una segunda madre.

Agradezco de corazón a mi madre **Adria Susana Angélica Otañez**, por ser mi mayor apoyo, mi compañera y amiga. Su fortaleza, comprensión y respaldo emocional fueron esenciales durante toda mi formación en la carrera de medicina. Gracias a ella también pude conocer a mi madrina, y por ello hoy estoy aquí cumpliendo este sueño.

A mi padre **Román Mejía Jiménez**, gracias por creer en mí, por sus consejos constantes y por formarme con valores que hoy guían mi vida personal y profesional. Su apoyo y presencia han sido fundamentales incluso en los momentos más difíciles.

A mi tía **Lizette Otañez**, quien ha sido como una madre para mí desde siempre, gracias por acompañarme en cada etapa de mi vida, por su cuidado, atención y apoyo incondicional, especialmente cuando más lo necesitaba.

A mi primo **Deylin Steven Coronado Otañez**, gracias por compartir conmigo la infancia y enseñarme el verdadero significado de la hermandad. Y a mi hermano **Roangel Mejía Otañez**, mi bendición más grande, gracias por llenar mi vida de amor y motivación; espero ser siempre un ejemplo para ti y que te sientas orgulloso del hermano que tienes.

A mis compañeros de internado.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mis compañeros de internado, quienes formaron parte esencial de mi crecimiento personal y académico, y que más que compañeros fueron una mano amiga en cada etapa de este proceso. Agradezco a **Adalberto Vásquez, Luis Alfredo Concepción, Laura Reinoso, Juan Francisco Suero, Luis Peralta, Elizabeth Pichardo y Alba Rodríguez**, por el apoyo, el compañerismo y las experiencias compartidas.

A mi círculo social principal.

Agradezco profundamente a mi círculo social principal, quienes me enseñaron lo que es una amistad verdadera, basada en la lealtad, el apoyo sincero y la energía positiva. Han sido parte esencial de mi crecimiento como persona y de las mejores experiencias de mi vida.

Con mucho cariño, agradezco a **Fabio Sánchez, Luz Elena, Ricardo Santos, Héctor, Genoris, Andrielis, Chaianny, Radaelis, Risvel, Ramilka** y a todos aquellos amigos que han dejado una huella especial en mi corazón.

Roman Junior Mejía Otañez

Resumen Ejecutivo

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un problema de salud pública global debido a su naturaleza progresiva e irreversible, que en etapas avanzadas exige el uso de la hemodiálisis. El presente estudio evaluó la calidad de vida de pacientes adultos bajo este tratamiento en la Provincia Duarte durante el periodo de octubre a diciembre de 2025. Esta investigación analizó el impacto de las restricciones físicas, emocionales y sociales en el bienestar integral de quienes la padecen.

Metodológicamente, el trabajo fue descriptivo, transversal y cuantitativo, analizando a 21 pacientes adultos con insuficiencia renal crónica. Para recolectar los datos, se aplicó un instrumento de 16 preguntas cerradas sobre dimensiones sociodemográficas, clínicas y de percepción de salud.

Los resultados revelaron que la mayoría pertenece al grupo de 51 a 60 años (38.1%) y son hombres (66.7%). Prevalció la educación primaria (66.7%) y el 57.1% no trabaja actualmente, lo que sugiere un perfil con limitada inserción laboral. En el aspecto clínico, el 66.7% de la muestra lleva menos de un año recibiendo tratamiento de hemodiálisis. Un 90.5% presenta comorbilidades asociadas, principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus, lo que complica su funcionalidad diaria. Respecto a la calidad de vida, la dimensión física es de las más afectadas: el 57.1% no puede realizar sus actividades físicas habituales y el 57.1% reporta afectación emocional y de estrés. Sin embargo, el dolor físico no es un factor predominante para el 42.9% de los encuestados. El estudio concluye que la calidad de vida se deteriora en los dominios físicos y emocionales debido a la edad, el desempleo y las patologías asociadas. Se recomienda la creación de unidades multidisciplinarias hospitalarias que integren apoyo psicológico y rehabilitación física para mejorar el bienestar de esta población.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN Y TRASFONDO

Capítulo I: Introducción y Trasfondo

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología progresiva e irreversible que representa un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia, morbilidad y costos sanitarios. En estadios avanzados, la pérdida significativa de la función renal hace necesario el uso de terapias de reemplazo renal, siendo la hemodiálisis la más utilizada. Según Jha et al. (2022), aunque este tratamiento permite prolongar la vida, impone una dependencia terapéutica continua, cambios en el estilo de vida y múltiples restricciones que afectan de forma directa el bienestar físico, emocional y social de los pacientes.

En este contexto, la calidad de vida relacionada con la salud se ha consolidado como un indicador esencial para evaluar el impacto de la hemodiálisis en los pacientes con ERC. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su estado de salud dentro de su entorno cultural y social. Diversos estudios han evidenciado que los pacientes en hemodiálisis presentan una disminución significativa en los dominios físicos y emocionales, asociada a síntomas como fatiga, dolor y alteraciones psicológicas, lo que resalta la importancia de evaluar esta variable para orientar intervenciones integrales y mejorar la atención centrada en la persona (Costa et al., 2023).

En el primer capítulo se detallan los siguientes aspectos: antecedentes, marco contextual, planteamiento del problema, justificación, objetivos tanto el general como los específicos, variables e indicadores y definición de términos para un mayor entendimiento del tema.

Antecedentes

Un estudio desarrollado por Goya et al. (2017), sobre enfermedad renal crónica: calidad de vida, funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en la Provincia de El Oro, Ecuador, conto con una metodología analítica donde se estableció la relación entre la calidad de vida y funcionalidad familiar con la adherencia terapéutica de las personas que se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal (hemodiálisis) que viven en el Cantón Pasaje de la provincia de El Oro durante el período comprendido entre enero a septiembre del 2016. Dentro de los resultados se encontró que la edad media de los participantes fue 59,8 años $\pm$ 14 – desviación típica- años, siendo el sexo hombre el más frecuente con un porcentaje de 54,2%, 66,7% pertenecen al área urbana, predominó el estado civil casado con un 50%, referente al nivel de escolaridad se evidenció que el 43,8% tenían bachillerato incompleto. Por otro lado, únicamente, el 10,4% tenían menos de un año en tratamiento dialítico y el 81,3%, presentaban tanto diabetes como hipertensión arterial como comorbilidades. Además, ningún encuestado refirió tener familias moderadamente funcionales, el 50% perciben tener familias funcionales, el 52,1% de los pacientes sometidos a hemodiálisis residentes del cantón Pasaje perciben tener mala calidad de vida relacionada con la salud y el 47,9% restante refieren buena calidad de vida y existe mayor prevalencia de pacientes incumplidores o no adherentes (54,2%) al tratamiento en el grupo de estudio.

Por su parte, Rivera et al. (2018) realizaron en México un estudio acerca de la autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. La investigación fue de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo y transversal, e incluyó a 60 pacientes atendidos en un hospital de segundo nivel en Ciudad Victoria. Para la recolección de los datos se empleó el instrumento Kidney Disease Quality of Life en su versión

abreviada (KDQOL-SFT™). Los hallazgos mostraron que el 40,7% de los participantes presentó una baja calidad de vida, siendo las dimensiones más afectadas la física (48,3%) y la social (41,6%). No obstante, la dimensión psicológica evidenció mejores puntuaciones, ya que los pacientes manifestaron sentimientos de tranquilidad asociados a la percepción de que la hemodiálisis contribuye a mejorar su estado de salud. En conclusión, el estudio determinó que la calidad de vida de los pacientes renales crónicos es generalmente baja, con un impacto significativo en los aspectos físicos y sociales.

Romero, et al., (2018), realizaron un estudio titulado “Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica”, en Cartagena, Colombia, tuvo como objetivo analizar la calidad de vida y el nivel de sobrecarga percibida en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diálisis peritoneal. La investigación fue de tipo descriptivo y contó con la participación de 135 cuidadores familiares. Para la recolección de los datos se aplicaron la escala de calidad de vida de Ferrell et al. (1997) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Los resultados evidenciaron un predominio del sexo femenino entre los cuidadores (75,6%), con una edad promedio de 40 ± 4 años, siendo más frecuente el grupo etario de 36 a 59 años (55,6%). En relación con las características sociodemográficas y del cuidado, se observó que en el 45,2% de los casos el paciente era mayor que su cuidador. Respecto al nivel educativo, el 37,8% de los participantes se encontraba cursando estudios de nivel técnico y el 47,4% se dedicaba a las labores del hogar. Asimismo, el 77% asumió el rol de cuidador desde el momento del diagnóstico y el 39,3% llevaba más de 37 meses desempeñando esta función. En cuanto al tiempo dedicado al cuidado, el 36,3% refirió invertir entre 7 y 12 horas diarias, y el 51,1% manifestó ser el único cuidador. Finalmente, los cónyuges e hijos representaron el mismo porcentaje como cuidadores principales

(34,8%), lo que evidencia la elevada carga asumida por el entorno familiar en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica. También, en relación con la calidad de vida de cuidadores se encontró que: en relación con la sobrecarga, el 39,3 % (53) de los encuestados declara tener sobrecarga ligera, concluyendo que se identificaron cuidadores con alta afectación del bienestar psicológico y baja afectación de los bienestar físico, social y espiritual, elementos indispensables para el desarrollo del individuo. Percibieron presencia de ligera sobrecarga ante la experiencia de cuidar.

Una investigación realizada por Sánchez, et al., (2019), sobre Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: influencia de los parámetros analíticos y socioclínicos en Madrid, España; fue de tipo transversal, encontrando los siguientes resultados: los dominios de la calidad de vida peor valorados por los pacientes son la salud general, estrés por la enfermedad y rol físico; en cambio, los mejor valorados son el dolor corporal y la salud mental. También se halló mayor repercusión sobre algunos dominios de la calidad de vida si el paciente está en tratamiento con hemodiálisis, si dispone de fístula arteriovenosa como acceso, y cuanto más tiempo lleve en tratamiento renal sustitutivo, e incluso, si están alterados ciertos parámetros analíticos como el Ky/V , urea, potasio o hemoglobina.

Una investigación realizada por Pinillos, et al., (2019), acerca de la actividad física y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica en Colombia, consistió en un estudio de corte transversal en pacientes adultos con ERC que asisten a una institución prestadora de servicio (IPS) de tercer nivel de la ciudad de Barranquilla, Colombia, dentro de los resultados se encontraron que: el 56,9% (74/130) de los participantes fueron mujeres. En las características clínicas se evidencia que 37,7% (49/130) tenía entre 7 y 18 meses de diagnóstico y 61,5% (80/130) seguía un tratamiento sustitutivo, existieron muestra diferencias significativas ($p \leq$

0,003) entre los minutos de la combinación de AFMV realizados semanalmente y si los pacientes recibían o no tratamiento sustitutivo; fue mayor la práctica de AF en personas que recibían tratamiento sustitutivo y en quienes tenían de 0 a 6 meses de diagnóstico de ERC, con medias de $51,4 \pm 12,5$ min y $34,6 \pm 8,1$ min. Quienes no recibían tratamiento sustitutivo tenían puntajes promedios más altos en la dimensión carga de la enfermedad renal, representado en $78,8 \pm 14,1$.

Un estudio realizado por Valdez (2020), sobre insuficiencia renal en pacientes que asisten a la unidad de diálisis, en el hospital Regional Taiwán 2019 de Marzo, Azua, 2020, resaltó las siguientes informaciones: en el 34.1% de los casos el rango de edad fue de 50-59 años, siendo el 66% masculinos, el 78.8% de los usuarios son de procedencia urbana, siendo la ocupación desempleado en el 44.6%, en torno a los hábitos tóxicos se encontró que el 63.8% es café y 35.1% alcohol, sobre los antecedentes médicos el 60.6% padece hipertensión arterial, 24.5% diabetes mellitus, el 94.7% de los usuarios en estudio asisten a tres sesiones de hemodiálisis a la semana, siendo las horas de cada sesión de 4 horas en el 97.9% de los casos, en el 67% el tipo de tratamiento sustitutivo es la hemodiálisis.

Hinojosa, et al., (2020), realizaron un estudio de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en un hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo de tipo descriptivo, transversal con una muestra de 68 adultos con diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC), La media para edad fue de 50 años (DE = 17.68). Se encontró la hipertensión arterial como enfermedad agregada más prevalente (51.5 %). Respecto a calidad de vida, la percepción de los participantes en cuanto a ¿cómo califican su calidad de vida?, el 60.3% refirió “ni bien ni mal”, en satisfacción con la salud, el 44.1% reportó estar insatisfecho. El dominio de mayor afectación fue el físico con una media de 46.41 (DE=20.95), y el más preservado fue el psicológico con una media de 62.08 (DE=16.24). concluyendo que, la calidad de vida se ve afectada tanto por la

enfermedad como por su tratamiento lo que deteriora principalmente el dominio físico, que incluye dolor, pérdida de energía y de habilidad para realizar actividades de la vida diaria.

Ledo (2020), realizó un estudio sobre Depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en México, el cual fue de tipo descriptivo, correlacional, con una población de 72 pacientes con IRC de 18 a 65 años en hemodiálisis a través de un muestreo por conveniencia. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck (1988) y cuestionario WHOKOL-BREF. Dentro de los resultados se resaltó que el 61% de la población fueron hombres con una edad de entre 34 a 49 años (50%). Existe relación negativa y significativa entre la depresión y calidad de vida. Concluyendo que, la presencia de depresión en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis presenta alteraciones en relaciones sociales y salud física, en donde a mayor depresión menor calidad de vida.

De Loayza y Esquen (2021), realizaron un estudio sobre Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio terminal por diabetes mellitus tipo 2 en terapia de reemplazo renal atendidos en un hospital de Essalud en el año 2018-2019, cuyos resultados fueron que: en hemodiálisis (HD) se incluyeron a 35 pacientes, de los cuales, 21 refieren una mejor calidad de vida global. En el grupo de diálisis peritoneal (DP), 14 de los 24 pacientes mostraron una peor calidad de vida global. En el nivel socioeconómico no se registraron pacientes en las categorías alto y medio; sin embargo, el mayor porcentaje de la población se encontró en la categoría bajo inferior para ambos grupos. Según el sexo, 39 pacientes son varones. De los 20 varones en HD, 16 perciben una mejor calidad de vida global. Podemos observar también, que de 19 varones en diálisis peritoneal, 10 refieren una peor calidad de vida global. Concluyendo que, la mayor cantidad de pacientes en hemodiálisis perciben una mejor calidad de vida en las dimensiones salud general, función social, salud mental y global SF-36, por

otro lado, la mayoría de los pacientes en diálisis peritoneal perciben una peor calidad de vida global. Además se observa que la mayor parte de los pacientes entrevistados tienen un nivel socioeconómico bajo inferior.

Un estudio relacionado con el tema es el de Duran, Orbe y Martínez (2022), acerca de la Calidad de Vida del Paciente Adulto con Enfermedad Renal Crónica que se Somete a Hemodiálisis en el Centro Médico Siglo 21, SFM, período mayo-agosto, 2022 en San Francisco de Macorís, República Dominicana, fue un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuantitativo y no experimental, que contó con una población de 30 pacientes en hemodiálisis del Siglo 21. Siendo los resultados más relevantes los siguientes: 43% pertenecen al rango de edad de 51-60 años, siendo el 60% masculinos con una escolaridad de secundaria en el 43% de los casos. En torno al tiempo de duración que tiene con la enfermedad el 33% es meses, con un periodo de tiempo de tratamiento de 0-12 meses en el 60% de los casos, el 93% posee una patología asociada y el 47% de los pacientes consideran su salud como regular. Concluyendo que, la calidad de vida del paciente adulto con enfermedad renal crónica se ve afectada en algún grado donde los pacientes consideran actualmente su propia salud como regular. Sin embargo la califican mucho mejor ahora que hace 1 año.

Sencia (2022), realizó una investigación sobre Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal, Hospital EsSalud Cusco, 2022 en Cusco, Perú; la cual fue de tipo transversal-descriptivo, en una población de 68 pacientes atendidos en los programas de hemodiálisis (34) y diálisis peritoneal (34), mayores de 18 años. Los principales resultados fueron los siguientes: El 82.35% del total de los pacientes tiene una mala calidad de vida y el 17.65% tiene una regular calidad de vida. En hemodiálisis se obtuvo un puntaje correspondiente a mala calidad de vida en un 91.18% y en diálisis peritoneal se

obtuvo un puntaje correspondiente a mala calidad de vida en un 73.53%. En la dimensión salud mental, los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal obtuvieron un puntaje de mala calidad en un 97.06% y 91.18%; en la dimensión salud física obtuvieron una categoría de mala calidad el 100% de ambos grupos; en la dimensión carga de la enfermedad tuvieron mala calidad en hemodiálisis en un 97.06% y diálisis peritoneal en un 91.18%; en la dimensión de signos y síntomas en hemodiálisis tuvieron regular calidad en un 64.70% y diálisis peritoneal tuvieron regular calidad en un 47.06% y en la dimensión efectos de la enfermedad en hemodiálisis tuvieron regular calidad en un 58.82% y en diálisis peritoneal tuvieron mala calidad en un 50%.

Ayele et al. (2023) llevaron a cabo el estudio titulado “Health-related quality of life among end-stage kidney disease patients on hemodialysis” en Etiopía. El objetivo principal fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y los factores asociados en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal. La metodología correspondió a un estudio transversal analítico, con una muestra de pacientes en tratamiento regular de hemodiálisis, utilizando el cuestionario KDQOL-36. Los hallazgos revelaron puntuaciones bajas en los dominios físicos y de carga de la enfermedad renal, asociadas significativamente con la duración del tratamiento, bajo nivel educativo y presencia de comorbilidades. Los autores concluyeron que la calidad de vida de estos pacientes es deficiente y está influenciada por factores clínicos y sociodemográficos, recomendando intervenciones multidisciplinarias para mejorar los resultados en salud.

Costa et al. (2023) realizaron el estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis”, llevado a cabo en Brasil. El objetivo principal fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos sometidos a tratamiento crónico con hemodiálisis. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño

descriptivo y transversal, y utilizó el instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Entre los principales hallazgos se evidenció que los dominios más afectados fueron el componente físico y el estado emocional, especialmente en pacientes con mayor tiempo en tratamiento y presencia de comorbilidades. Los resultados mostraron puntuaciones bajas en energía y capacidad funcional, lo que reflejó una percepción negativa de la calidad de vida. Se concluyó que la hemodiálisis impacta de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes, por lo que se recomienda un abordaje integral que incluya apoyo psicológico y social.

Morales-Bedolla (2024) desarrolló el estudio “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis” en México. La investigación tuvo como objetivo analizar la percepción de la calidad de vida en pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo renal. Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado en una unidad hospitalaria de segundo nivel, aplicando el instrumento KDQOL-36. Los resultados indicaron que más del 40% de los pacientes presentaron baja calidad de vida, siendo los dominios físicos y sociales los más comprometidos, mientras que el dominio psicológico presentó mejores puntuaciones. Se concluyó que, aunque la hemodiálisis permite la supervivencia, existen limitaciones importantes que afectan el bienestar general del paciente, lo que hace necesario fortalecer estrategias de atención centradas en la persona.

Marco Contextual

La Provincia Duarte, ubicada en la región nordeste de la República Dominicana, es una de las demarcaciones más importantes de la zona, con San Francisco de Macorís como su cabecera provincial. Según datos del Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2022), la provincia cuenta con una población aproximada de 300,000 habitantes, caracterizada por un perfil demográfico mixto, con predominio de población adulta y jóvenes en edad laboral. La actividad económica principal

se centra en la agricultura, el comercio y los servicios, lo que influye en el acceso y cobertura de los servicios de salud en la región.

En términos de infraestructura sanitaria, la provincia cuenta con centros de atención primaria y hospitales de referencia regional, incluyendo clínicas privadas y el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, además del Centro Médico Siglo 21, donde se desarrollan tratamientos especializados como la hemodiálisis para pacientes con enfermedad renal crónica. A pesar de la disponibilidad de estos servicios, diversos estudios indican que la cobertura, calidad y accesibilidad de la atención médica especializada pueden ser limitadas, especialmente para pacientes de bajos recursos o residentes en áreas rurales de la provincia (Paredes et al., 2021).

En este contexto, la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica se ve influida no solo por la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis, sino también por factores socioeconómicos, geográficos y de acceso a la atención médica. La necesidad de acudir de manera frecuente a los centros de diálisis, la disponibilidad limitada de personal especializado y la carga económica del tratamiento constituyen determinantes importantes que afectan el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes de la Provincia Duarte (Gómez & Ramírez, 2020). Por ello, el análisis de la calidad de vida en esta población requiere considerar el contexto local, incluyendo la infraestructura sanitaria, el entorno social y la estructura familiar de los pacientes.

Planteamiento del Problema

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad progresiva no transmisible que afecta a millones de personas en todo el mundo y se caracteriza por la pérdida gradual de la función renal, lo que eventualmente puede derivar en la necesidad de terapias sustitutivas como la hemodiálisis (Global Burden of Disease [GBD], 2023). La IRC se encuentra entre las principales

causas de morbilidad y mortalidad a nivel global, con una prevalencia estimada de entre el 9 % y el 13 % de la población adulta, afectando severamente la capacidad de los pacientes para realizar actividades cotidianas sin asistencia médica constante (GBD, 2023).

La hemodiálisis, aunque prolonga la vida de las personas con enfermedad renal terminal, es un tratamiento que requiere múltiples sesiones semanales y largas horas conectadas a máquinas de filtración renal, lo cual puede limitar la movilidad, ocasionar fatiga crónica, dolor físico, alteraciones emocionales y una disminución general de la calidad de vida (Labrassi, Fadili, Oussaih, Chettati, & Laouad, 2021; Salem et al., 2021). Investigaciones internacionales utilizando instrumentos como el KDQOL-36 o SF-36 han evidenciado consistentemente que los pacientes en terapia de hemodiálisis presentan puntajes más bajos en dominios de salud física, mental y social en comparación con personas sin enfermedad renal (Salem et al., 2021).

En la República Dominicana, la insuficiencia renal crónica representa un reto significativo para el sistema de salud. La prevalencia de enfermedad renal terminal es significativa y la diabetes mellitus tipo 2, una de las principales causas de IRC, representa un porcentaje importante de comorbilidades en estos pacientes, lo que agrava la carga clínica y social de la enfermedad (Jiménez Ramírez et al., 2022). Aunque los estudios específicos en el país son todavía limitados, los datos regionales señalan que el impacto de la hemodiálisis en la calidad de vida de pacientes con IRC es comparable al observado en otros países latinoamericanos, donde factores como la edad avanzada, presencia de comorbilidades y la duración del tratamiento se han asociado con menores puntuaciones de calidad de vida (Jiménez Ramírez et al., 2022).

Es posible que las características sociodemográficas de los pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en la Provincia Duarte influyan significativamente en

su calidad de vida. Quizás la edad avanzada se asocia con un mayor deterioro físico y limitaciones funcionales, mientras que la juventud podría permitir una mejor adaptación al tratamiento. Tal vez el sexo también sea un factor determinante, donde las mujeres presenten mayores niveles de ansiedad o depresión y los hombres enfrenten retos distintos relacionados con la actividad laboral. Además, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación podrían repercutir en la percepción de apoyo social y en la capacidad para gestionar las demandas del tratamiento, afectando indirectamente el bienestar general de los pacientes.

Los aspectos clínicos de la enfermedad renal crónica, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el tiempo acumulado en hemodiálisis y la presencia de comorbilidades, podrían tener un impacto directo en la experiencia de los pacientes. Quienes llevan más tiempo en tratamiento podrían experimentar mayor fatiga, dolor y limitaciones físicas, mientras que los pacientes con comorbilidades como diabetes o hipertensión probablemente sufran un deterioro más marcado en su salud general. El manejo de múltiples enfermedades simultáneas podría generar estrés emocional adicional y afectar la adherencia al tratamiento, repercutiendo en la percepción global de calidad de vida.

El nivel de calidad de vida relacionada con la salud se podría manifestar de manera heterogénea entre los pacientes de la Provincia Duarte, dependiendo de factores individuales y contextuales. Probablemente la dimensión física sea la más afectada debido a la fatiga, el dolor y las restricciones impuestas por la hemodiálisis. La dimensión psicológica podría verse comprometida por la ansiedad, la depresión y el temor al progreso de la enfermedad. Del mismo modo, las relaciones sociales y la interacción con la comunidad podrían verse limitadas por el tiempo dedicado al tratamiento, mientras que el entorno ambiental, incluyendo acceso a servicios médicos y apoyo familiar, probablemente modula el bienestar general de los pacientes.

Existen factores específicos que podrían modular la calidad de vida de los pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Es posible que los síntomas físicos como dolor, fatiga y limitación funcional influyan de manera significativa, mientras que el impacto emocional y la percepción de apoyo social podrían determinar la capacidad de adaptación al tratamiento. Además, la integración de los pacientes en su vida familiar y laboral, así como la disponibilidad de recursos médicos y psicosociales, probablemente contribuya a que algunos individuos perciban un mejor bienestar, mientras que otros experimenten un deterioro considerable en su calidad de vida.

Es por ello que se plantean las siguientes interrogantes a indagar:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en la Provincia Duarte?
2. ¿Cuáles son las características clínicas vinculadas a la enfermedad renal crónica en los pacientes que se someten a hemodiálisis?
3. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con insuficiencia renal crónica, considerando sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental?
4. ¿Qué factores específicos influyen en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis?

Justificación

La realización de este estudio sobre la calidad de vida en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en la Provincia Duarte es relevante, ya que permite generar información actualizada y específica sobre cómo la enfermedad y su tratamiento afectan distintos aspectos de la vida de los pacientes. La importancia de esta investigación radica en que,

a pesar de la alta prevalencia de la enfermedad renal crónica, existe limitada evidencia local sobre la percepción de bienestar físico, emocional, social y ambiental de los pacientes sometidos a hemodiálisis, lo que dificulta la planificación de intervenciones adecuadas y oportunas.

Desde el punto de vista social, este estudio contribuye a visibilizar las necesidades de una población vulnerable, promoviendo estrategias de atención más humanizadas y centradas en el paciente, que no solo busquen mejorar la supervivencia, sino también el bienestar integral. Su relevancia radica en que los resultados permitirán a profesionales de la salud, familiares y responsables de políticas sanitarias comprender los factores que más afectan la calidad de vida, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas y la formulación de programas de apoyo psicosocial y comunitario.

El propósito de la investigación es identificar los factores sociodemográficos, clínicos y específicos que influyen en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, con el fin de proponer estrategias que favorezcan su bienestar integral. Entre los beneficios de realizar el estudio se incluyen la generación de evidencia científica local que pueda orientar intervenciones de salud más efectivas, la mejora de la atención y seguimiento de los pacientes y la posibilidad de optimizar recursos en los servicios de hemodiálisis.

Se beneficiarán directamente los pacientes adultos con insuficiencia renal crónica que se someten a hemodiálisis, al recibir una atención más personalizada y orientada a mejorar su calidad de vida. De manera indirecta, los familiares y cuidadores de estos pacientes podrán acceder a recomendaciones que faciliten su acompañamiento y apoyo. Además, los profesionales de la salud y los gestores del sistema sanitario podrán utilizar los resultados para diseñar políticas, protocolos y programas que impacten positivamente en la atención y bienestar de esta población en la Provincia Duarte.

Objetivo General

Evaluar la calidad de vida de pacientes adultos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en la Provincia Duarte durante el período octubre-diciembre de 2025.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en la Provincia Duarte.
2. Conocer las características vinculadas a la enfermedad renal crónica en pacientes que se somete a hemodiálisis.
3. Identificar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes estudiados, en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental.
4. Especificar los factores específicos influyen en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Variables e Indicadores

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Escala
Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad renal crónica.	Edad	Tiempo que ha vivido un individuo desde su nacimiento, medido en años.	Años	Menor de 30 años 30-40 años 41-50 años 51-60 años Mayor de 60 años

	Sexo	Características biológicas que distinguen a una persona en femenino o masculino.	Género	Femenino Masculino
	Escolaridad	Conjunto de cursos que una persona ha completado en un establecimiento o educativo.	Nivel académico	Primaria Secundaria Técnico Universitario
	Procedencia	Lugar de residencia de la persona.	Zona geográfica	Rural Urbana
	Estado civil	Condición de la persona en el orden social.	Vínculo familiar	Soltero Casado Separado/Divorciado Viudo Unión libre

	Ocupación	Actividad laboral o dedicación de la persona.	Trabajo actual	Ama de casa Empleado público Empleado privado No labora
Identificar las características vinculadas a la enfermedad renal crónica en pacientes que se someten a hemodiálisis.	Tiempo desde el diagnóstico	Tiempo transcurrido desde que se identificó la enfermedad renal.	Meses/Años	1-2 años 3-4 años Más de 4 años
	Tiempo en hemodiálisis	Duración del tratamiento sustitutivo renal.	Meses	0-12 13-24 25-36 37-48 Mayor de 48
	Patologías asociadas	Enfermedades concomitantes al diagnóstico renal.	Presencia de comorbilidades	Sí No

Verificar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica.	Calidad de vida	Estado de bienestar general, incluyendo aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales.	Salud general	Excelente Muy buena Buena Regular Mala
	Funcionamiento físico	Limitaciones en actividades cotidianas.	Nivel de limitación	Sí, me limita mucho Sí, me limita poco No, no me limita nada
	Desempeño físico	Capacidad para realizar tareas físicas.	Realiza actividades	Sí No
	Desempeño emocional	Capacidad para manejar emociones y estrés.	Afectación emocional	Sí No
	Dolor físico	Intensidad del dolor que	Grado de dolor	Ningún dolor Muy poco

		afecta la vida diaria.		Poco Moderado Severo Muy severo
Determinar los factores específicos que influyen en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica.	Factores específicos	Elementos que contribuyen a la calidad de vida en pacientes renales crónicos.	Síntomas y problemas	Nada Un poco Regular Mucho Muchísimo
	Efectos de la enfermedad en la vida diaria	Impacto de la enfermedad en actividades diarias.	Grado de afectación	Nada Un poco Regular Mucho Muchísimo

Definición de Términos

Calidad de vida: Es un conjunto de factores que da bienestar a una persona, tanto en el aspecto material como en el emocional. (Westreicher, 2020).

Calidad: Satisfacción de las necesidades, perspectivas y expectativas del paciente. (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Cumplimiento: El verbo cumplir, por su parte, refiere a ejecutar algo; remediar a alguien y proveerle de aquello que le falta; hacer algo que se debe; convenir; o ser el día en que termina un plazo o una obligación. (Pérez y Gardey, 2014).

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (Real Academia Española, 2020).

Estado civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (Diccionario Panhispánico del español Jurídico, 2020).

Factor asociado: Característica o acontecimiento que se ha asociado a una mayor tasa de una enfermedad que ocurre a continuación. (Novak, 2012).

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Procedencia: Origen, principio de donde nace o se deriva algo. (Real Academia Española, 2020).

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (Real Academia Española, 2020).

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LITERATURA

Capítulo II: Revisión de Literatura

Introducción

En este capítulo se desarrollan de manera detallada las variables e indicadores correspondientes al tema de investigación, tomando como base la revisión de fuentes bibliográficas y el aporte de diversos autores. La definición y análisis de estos elementos permiten delimitar el objeto de estudio, facilitar la interpretación de los datos recolectados y asegurar la coherencia metodológica del trabajo.

Marco conceptual o teórico

Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del riñón que persisten durante un período mayor a tres meses, evidenciadas por una disminución de la tasa de filtración glomerular o por la presencia de marcadores de daño renal, como la albuminuria. Esta condición representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, ya que se asocia con un incremento de la morbilidad, mortalidad prematura y una elevada carga para los sistemas sanitarios, especialmente cuando progresa a estadios avanzados que requieren terapias de reemplazo renal (Levey et al., 2020).

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ sin otros signos de enfermedad renal. Las guías KDIGO han introducido a los pacientes trasplantados renales, independientemente del grado de fallo renal que presenten. (Sellares y Rodríguez, 2022).

De acuerdo con los autores mencionados se consideran marcadores de daño renal: proteinuria elevada, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular, alteraciones estructurales histológicas y alteraciones estructurales en pruebas de imagen.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad compleja en la que se encuentra comprometida la vida y se asocia con la calidad de esta, ingresos hospitalarios y alta mortalidad. A nivel mundial, existe un alarmante y progresivo aumento del número de pacientes con esta enfermedad. En México, se estima una incidencia anual de pacientes con IRC de 377 casos por millón de habitantes, para el 2025, se proyecta un incremento importante principalmente por las condiciones desfavorables de bajo acceso al tratamiento de la diabetes y la hipertensión, principales enfermedades causantes de la IRC. (Rivera y Rojas, 2017).

Desde una perspectiva epidemiológica, la ERC ha mostrado un crecimiento sostenido en su prevalencia global durante las últimas décadas. Datos del Global Burden of Disease indican que la enfermedad renal crónica se encuentra entre las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad, con un impacto más marcado en poblaciones envejecidas y en países de ingresos bajos y medianos. Este aumento se atribuye, en gran medida, al crecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles y a la detección tardía de la enfermedad (Luyckx et al., 2025).

Entre los principales factores de riesgo asociados a la ERC se destacan la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad, los cuales contribuyen de manera significativa al deterioro progresivo de la función renal. La coexistencia de estas condiciones incrementa la probabilidad de complicaciones cardiovasculares y acelera la progresión hacia la insuficiencia

renal terminal, lo que subraya la necesidad de intervenciones preventivas y de un control clínico integral en los pacientes con factores de riesgo (Hill et al., 2023).

En cuanto al manejo clínico, las estrategias terapéuticas actuales se orientan no solo a ralentizar la progresión de la enfermedad, sino también a mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad asociada. Las guías internacionales recomiendan un abordaje multidisciplinario que incluya el control estricto de la presión arterial, la reducción de la proteinuria y el uso de nuevas terapias farmacológicas, como los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, los cuales han demostrado beneficios renales y cardiovasculares significativos (Bakris et al., 2024).

La gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 categorías o grados en función del FG y 3 categorías de albuminuria. Esto es debido a que la proteinuria destaca como el factor pronóstico modificable más potente de progresión de ERC, el deterioro del FG es lo característico de los grados 3-5, no siendo necesaria la presencia de otros signos de daño renal. Sin embargo, en las categorías 1 y 2 se requiere la presencia de otros signos de daño renal. Se trata de una clasificación dinámica y en constante revisión. Esta clasificación, que va sufriendo ligeros cambios sutiles con el tiempo, tiene la ventaja de unificar el lenguaje a la hora de referirnos a la definición y magnitud del problema, definido previamente como ERC. Por todo ello la metodología para la medición del FG y la determinación de la proteinuria, son herramientas claves para el diagnóstico y manejo de la ERC. (Sellares y Rodríguez, 2022).

Proteinuria: Los adultos sanos eliminan menos de 150 mg de proteínas y menos de 30 mg de albúmina en la orina cada día. Determinadas situaciones, como la presencia de fiebre, estrés, ingesta elevada de proteínas, insuficiencia cardíaca o la realización de ejercicio físico intenso

previo a su obtención, pueden producir elevación de la proteinuria que se resuelve después de la desaparición del factor causante. (Sellares y Rodríguez, 2022).

Además, los autores resaltan que la magnitud de la proteinuria es el principal factor modificable que influye decisivamente en el pronóstico y en la toma de decisiones clínicas, siendo asimismo un factor independiente de riesgo cardiovascular. Tiene un efecto tóxico renal directo, induce inflamación y fibrosis tubulointersticial, y contribuye a la pérdida de la masa nefronal.

El rango de excreción de albúmina que se extiende entre 30 y 300 mg/24 horas (20-200 ug/min) se conoce clásicamente como microalbuminuria, siendo sustituido más recientemente por "albuminuria moderadamente elevada". Estos límites comprenden el rango que va desde el nivel superior de la excreción urinaria normal hasta el nivel de detectabilidad inequívoca de las tiras detectoras de proteinuria. Este rango de albuminuria persistente durante >3 meses es un factor de riesgo de deterioro renal progresivo, así como de eventos cardiovasculares adversos. Debe considerarse una manifestación de daño endotelial difuso, siendo una indicación de prácticas renoprotectoras y de modificación de factores de riesgo cardiovascular. En todo caso, la albuminuria deberá considerarse como tal en ausencia de factores que puedan aumentarla circunstancialmente, como infecciones urinarias, ejercicio físico, fiebre o insuficiencia cardíaca. (Sellares y Rodríguez, 2022).

Hiperfiltración glomerular: Dentro de los mecanismos fisiopatológicos implicados en el desarrollo y progresión de la ERC, la hiperfiltración glomerular es objeto de intenso estudio desde que fuera descrito por Brenner B en 1996. El aumento patológico de FG explicaría la progresión de la insuficiencia renal y el daño estructural glomerular en pacientes con reducción

del número de nefronas funcionantes. Datos experimentales han demostrado que estados con masa renal reducida conducen a una esclerosis glomerular de las nefronas funcionantes. Este fenómeno se puede acelerar mediante dietas hiperproteicas. La reducción en el número de nefronas condiciona una hiperfiltración en las nefronas intactas, con una disminución de la resistencia en arteriolas aferentes y eferentes (menor en estas) glomerulares y aumento del flujo y FG. De todo ello resultan cambios funcionales y estructurales en el endotelio, el epitelio y las células mesangiales, que provocan microtrombosis, microaneurismas, expansión del mesangio glomerular y posterior esclerosis glomerular. La obesidad y la diabetes son situaciones de hiperfiltración con masa renal normal. (Sellares y Rodríguez, 2022).

La insuficiencia renal aguda (IRA), enfermedad que ha cobrado gran relevancia durante esta pandemia, ha sido descrita como una complicación frecuente en pacientes con COVID-19, y su aparición es un potencial indicador de disfunción multiorgánica y gravedad de la enfermedad. (Sociedad Uruguaya de Nefrología, 2020).

Con respecto a la pandemia actual, los primeros informes indican una incidencia de IRA del 3% al 9%, sin embargo, informes más recientes sugieren una mayor incidencia. Las anomalías renales notificadas incluyeron proteinuria (34 %), hematuria (26,7 %) el día del ingreso, proteinuria durante la hospitalización en el 63 % de los pacientes y nitrógeno ureico en sangre elevado en el 27 % de los casos y en 2/3 de los pacientes que fallecieron; la creatinina sérica fue elevada en un 15,5%, y la TC renal mostró disminución de la densidad asociada con inflamación y edema. (Sociedad Chilena de Nefrología, 2020).

Al principio, la infección parecía preferir a las personas mayores de 50 años, pero hemos demostrado que la infección afecta a todas las edades, desde recién nacidos hasta ancianos. Ante

esta urgencia, la evidencia que tenemos disponible proviene de pequeños estudios epidemiológicos observacionales con corte diversidad y variabilidad, y con poco rigor en revisión rápida. (Jiménez, et al. 2020).

Los síntomas principales pueden ser leves, similares al síndrome gripal, con fiebre (98 %), tos (76 %), mialgia (18 %), fatiga (18 %), leucopenia (25 %) y linfopenia (63 %). Del 16% al 20% de los casos se clasificaron como casos graves que requirieron cuidados intensivos y se observaron niveles más altos de interleucina (IL) 2, IL 6, IL 7, IL 10, factor de necrosis tumoral en estos pacientes. Marcadores inmunológicos. El diagnóstico se basa principalmente en el historial de exposición, los hallazgos clínicos, de laboratorio y de imagen. (Ministerio de Salud de Argentina, 2020).

La afectación renal ya es evidente y, al igual que otras causas de insuficiencia renal aguda por sepsis, su presencia constituye un factor de riesgo independiente de muerte. La tasa de mortalidad informada para pacientes en estado crítico es del 49%. (Sociedad Uruguaya de Nefrología, 2020).

García Fernández (2022), expuso que la insuficiencia renal crónica consiste en el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Además, Cuando el filtrado glomerular - filtrado de la sangre en el riñón- cae por debajo del 25 al 35% empiezan a aumentar la urea y la creatinina, pudiendo estar los pacientes relativamente asintomáticos o bien presentando anemia, hipertensión arterial, poliuria y nicturia. Cuando el filtrado glomerular cae por debajo del 15% aproximadamente empiezan a aparecer los signos del síndrome urémico.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad renal crónica (ERC) varían según el estadio de la enfermedad y el grado de deterioro de la función renal. En las fases iniciales, la ERC suele cursar de manera asintomática, lo que dificulta su detección temprana. A medida que la tasa de filtración glomerular disminuye, comienzan a aparecer signos y síntomas inespecíficos como fatiga, debilidad general, disminución del apetito y alteraciones del sueño, los cuales pueden ser erróneamente atribuidos a otras condiciones médicas o al envejecimiento (Levey et al., 2020).

En estadios más avanzados, los pacientes con ERC pueden presentar manifestaciones clínicas sistémicas derivadas de la acumulación de productos nitrogenados y desequilibrios hidroelectrolíticos. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran náuseas, vómitos, prurito, edema periférico y dificultad respiratoria secundaria a la sobrecarga de líquidos. Asimismo, la retención de sodio y agua favorece la aparición o el agravamiento de la hipertensión arterial, considerada tanto una causa como una consecuencia de la progresión de la enfermedad renal (KDIGO, 2024).

Las alteraciones hematológicas y óseas constituyen otra expresión clínica relevante de la ERC. La disminución en la producción de eritropoyetina conduce al desarrollo de anemia, manifestándose clínicamente con palidez, intolerancia al ejercicio y deterioro de la capacidad funcional. De igual manera, los trastornos del metabolismo del calcio y fósforo contribuyen a la aparición de la enfermedad mineral ósea asociada a la ERC, caracterizada por dolor óseo, debilidad muscular y mayor riesgo de fracturas, lo que impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes (Moe & Drüeke, 2023).

En etapas terminales, cuando la función renal es insuficiente para mantener la homeostasis, las manifestaciones clínicas se intensifican y comprometen múltiples sistemas. Los pacientes pueden experimentar deterioro cognitivo, alteraciones neurológicas, arritmias cardíacas y un marcado empeoramiento del bienestar físico y emocional. En este contexto, la necesidad de terapias de reemplazo renal, como la hemodiálisis, se convierte en una intervención indispensable para la supervivencia, aunque con un impacto significativo en la vida diaria y la percepción de salud de los pacientes (Bakris et al., 2024).

De acuerdo con García (2022), las manifestaciones clínicas son las siguientes:

Alteraciones electrolíticas: se producen anomalías en los niveles de diferentes electrolitos como el potasio y el bicarbonato.

Manifestaciones cardiovasculares: hipertensión arterial, que se encuentra hasta en el 80% de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Alteraciones gastrointestinales: anorexia, náuseas y vómitos. Un signo característico es el fétor urémico, olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva.

Alteraciones hematológicas: un signo precoz en la evolución de una insuficiencia renal crónica es la anemia.

Alteraciones neurológicas: es típica la aparición de la encefalopatía urémica, que se manifiesta como una alteración cognitiva que va desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo. También puede aparecer una polineuropatía que al principio es sensitiva pero que, si avanza, se hace también motora.

Alteraciones osteomusculares (osteodistrofia renal): se manifiesta por dolores óseos, deformidades (reabsorción de falanges distales en dedos), fracturas y retraso del crecimiento en niños.

Alteraciones dermatológicas: el signo característico es el color pajizo de la piel, producido por la anemia y por el acúmulo de urocromos. El prurito (picor) es también muy frecuente y molesto.

Alteraciones hormonales: en el hombre provoca fundamentalmente impotencia y oligospermia (disminución en la producción de espermatozoides). En la mujer provoca alteraciones en ciclo menstrual y frecuentemente amenorrea (falta de menstruaciones).

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad renal crónica (ERC) se basa fundamentalmente en la identificación de alteraciones persistentes en la estructura o función renal durante un período igual o mayor a tres meses. De acuerdo con las guías internacionales, la ERC se diagnostica cuando existe una disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) por debajo de 60 ml/min/1.73 m² o cuando se evidencian marcadores de daño renal, como albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, anomalías electrolíticas o cambios estructurales detectados mediante estudios de imagen (KDIGO, 2024).

La estimación de la tasa de filtración glomerular constituye una herramienta clave para el diagnóstico y la clasificación de la ERC. Esta se calcula a partir de la creatinina sérica utilizando ecuaciones validadas, como CKD-EPI, que consideran variables como edad, sexo y características antropométricas. La disminución progresiva de la TFG permite establecer el

estadio de la enfermedad, lo cual resulta esencial para evaluar la severidad, orientar el tratamiento y estimar el pronóstico del paciente (Levey et al., 2020).

Otro componente esencial del diagnóstico es la evaluación de la albuminuria, considerada un marcador temprano de daño renal y un fuerte predictor de progresión y riesgo cardiovascular. La medición del cociente albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina es el método recomendado por su practicidad y confiabilidad. Valores elevados y persistentes de albuminuria indican un mayor grado de lesión glomerular, incluso en pacientes con tasas de filtración glomerular aparentemente conservadas (Webster et al., 2017).

De manera complementaria, los estudios de laboratorio e imagenológicos aportan información relevante para identificar la etiología y las complicaciones de la ERC. Las pruebas sanguíneas permiten detectar alteraciones como anemia, desequilibrios electrolíticos y trastornos del metabolismo óseo-mineral, mientras que estudios como la ecografía renal facilitan la identificación de cambios estructurales, tamaño renal disminuido u obstrucciones del tracto urinario. Un diagnóstico oportuno y preciso resulta fundamental para retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Chen et al., 2019).

El diagnóstico de la insuficiencia renal crónica se basa en las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, así como en las alteraciones que se pueden apreciar la analítica. Cuando se sospecha esta enfermedad, debe realizarse un análisis de sangre y orina. Las alteraciones que pueden aparecer son: disminución del volumen de orina (menos de 500 mililitros), aumento en sangre de la urea y creatinina y electrolitos elevados como el potasio. (García, 2022).

Mecanismo fisiopatológico

Se desconoce la fisiopatología exacta de la afectación renal, pero la fisiopatología más aceptable es un síndrome similar a la sepsis causado por niveles elevados de citocinas circulantes (la llamada tormenta de citocinas) o daño celular directo causado por un virus. El virus se une a receptores como la enzima convertidora de angiotensina 2, que están presentes en las células epiteliales del pulmón, intestino delgado, colon, vías biliares y riñón, y su presentación clínica implica inicialmente afectación pulmonar (aunque no es la regla), además de daño renal y hepático y disfunción de muchos órganos. (Sociedad Española de Nefrología, 2020).

Las células epiteliales tubulares renales, las células mesangiales y los podocitos expresan este receptor en su superficie y son dianas de la COVID-19. Además, CD147 se expresa en la membrana basolateral de las células tubulares distales y proximales. Parece que CD147 puede representar un receptor clave para la afectación renal viral en ausencia de orina viral o filtración glomerular viral (70-90 nm de tamaño). (Jiménez, et al. 2020).

No se sabe si el virus daña directamente las células renales, o si el daño renal es principalmente secundario al síndrome de tormenta de citoquinas; es probable que la interacción de estos dos procesos sea responsable, y que las células previamente infectadas puedan ser responsables de los efectos de las citoquinas. Los ambientes dañinos son más sensibles. Evidencia morfológica e inmunohistoquímica de infección por SARS-CoV-2 en podocitos y células tubulares renales; los informes de autopsia de pacientes con Covid-19 con insuficiencia renal sugieren que el coronavirus infecta directamente las células tubulares renales, lo que resulta en un daño tubular agudo. 12 Además, se ha demostrado la infiltración de macrófagos CD68 y depósitos de complemento C5b-9; la microscopía electrónica reveló grupos de partículas de

coronavirus en epitelio tubular y podocitos, además de tinción de nucleoproteína anti-SARS-CoV de túbulo renales, lesión microvascular mediada por complemento, lesión renal asociada con rabdomiólisis y glomerulopatía colapsante asociada con apolipoproteína L1. (Sociedad Española de Nefrología, 2020).

Hemodiálisis

La hemodiálisis es una de las principales terapias de reemplazo renal utilizadas en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio terminal, cuando la función renal es insuficiente para mantener el equilibrio metabólico y la homeostasis del organismo. Este procedimiento consiste en la depuración extracorpórea de la sangre mediante un dializador o “riñón artificial”, que permite la eliminación de productos nitrogenados, exceso de líquidos y electrolitos, cumpliendo de forma parcial las funciones del riñón sano (Daugirdas et al., 2018).

El proceso de hemodiálisis se basa en principios físicos como la difusión, la ultrafiltración y la convección, los cuales facilitan el intercambio de solutos entre la sangre del paciente y el líquido dializante a través de una membrana semipermeable. Generalmente, el tratamiento se realiza tres veces por semana, con sesiones que oscilan entre tres y cuatro horas, dependiendo del estado clínico del paciente y de su volumen corporal. Aunque esta terapia resulta indispensable para la supervivencia, no reemplaza completamente todas las funciones renales, especialmente las endocrinas (National Kidney Foundation, 2023).

Desde el punto de vista clínico, la hemodiálisis se asocia tanto a beneficios como a limitaciones. Entre sus ventajas se incluyen la corrección de la uremia, el control del balance hídrico y la reducción de complicaciones metabólicas graves. Sin embargo, también puede generar efectos adversos como hipotensión intradialítica, calambres musculares, fatiga, cefalea y

alteraciones cardiovasculares, lo que repercute de manera directa en el bienestar físico y emocional de los pacientes (Chen et al., 2019).

En términos de calidad de vida, la hemodiálisis representa un tratamiento altamente demandante que impacta significativamente las dimensiones física, psicológica, social y ambiental del paciente. La dependencia de un centro especializado, la restricción de horarios, las limitaciones laborales y sociales, así como la adaptación a un régimen terapéutico prolongado, pueden generar ansiedad, depresión y deterioro del funcionamiento social. Por ello, la evaluación integral de la calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis constituye un componente esencial para optimizar la atención y el abordaje multidisciplinario de la enfermedad renal crónica (KDIGO, 2024).

La insuficiencia renal aguda (IRA) se define como un síndrome clínico causado por una pérdida súbita de la función renal que es reversible en la fase inicial si se elimina el origen del daño. Su diagnóstico se centra en un aumento de la creatinina sérica $> 0,3$ mg/dl en 48 horas o una diuresis inferior a 0,5 ml/kg/hora en 6 horas. (Jiménez, et al., 2020).

Clasificación de KDIGO para fracaso renal agudo

La Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) define el fracaso renal agudo, también conocido como lesión renal aguda (LRA), como una disminución súbita de la función renal que ocurre en un corto período de tiempo, generalmente en horas o días. Esta condición se manifiesta por un aumento de la creatinina sérica, una reducción del volumen urinario o la combinación de ambos parámetros. La clasificación KDIGO fue desarrollada con el propósito de unificar criterios diagnósticos previos y facilitar la identificación temprana, estratificación de la

gravedad y manejo oportuno del daño renal agudo en diferentes contextos clínicos (KDIGO, 2012).

Según la guía KDIGO, la lesión renal aguda se clasifica en tres estadios progresivos de severidad. El estadio 1 corresponde a la forma más leve y se caracteriza por un incremento mínimo de la creatinina sérica, igual o mayor a 0.3 mg/dl en 48 horas o entre 1.5 y 1.9 veces el valor basal, o por una disminución del gasto urinario menor de 0.5 ml/kg/h durante un período de 6 a 12 horas. Aunque este estadio puede ser reversible, su identificación temprana es crucial para evitar la progresión del daño renal.

El estadio 2 representa un compromiso renal de moderada gravedad y se define por un aumento de la creatinina sérica entre 2.0 y 2.9 veces el valor basal, acompañado o no de una reducción del volumen urinario menor de 0.5 ml/kg/h durante al menos 12 horas. En esta fase, el deterioro de la función renal es más evidente y se asocia con un mayor riesgo de complicaciones metabólicas, prolongación de la estancia hospitalaria y progresión a estadios más avanzados si no se instaure un tratamiento adecuado.

El estadio 3, considerado el más grave, se diagnostica cuando la creatinina sérica se incrementa tres veces por encima del valor basal, alcanza valores iguales o superiores a 4.0 mg/dl, o cuando el paciente requiere el inicio de terapia de reemplazo renal, como la hemodiálisis. También se incluye en este estadio la disminución severa de la diuresis, definida como un volumen urinario menor de 0.3 ml/kg/h durante 24 horas o la presencia de anuria por 12 horas o más. Este estadio se asocia con una elevada morbilidad y un alto riesgo de evolución hacia enfermedad renal crónica o dependencia permanente de diálisis (Kellum et al., 2021).

La clasificación KDIGO es actualmente el sistema de referencia internacional para el diagnóstico y seguimiento del fracaso renal agudo, tanto en pacientes hospitalizados como en unidades de cuidados intensivos. Su aplicación sistemática permite una mejor comunicación entre profesionales de la salud, facilita la toma de decisiones clínicas y contribuye al desarrollo de estrategias preventivas orientadas a reducir el impacto del daño renal agudo sobre la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes.

Estadio 1: aumento de la creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dl en 48 horas, o de 1,5 a 1,9 veces el valor inicial durante los últimos 7 días. Producción de orina: $< 0,5$ ml/kg/hora durante 6 - 12 horas.

Estadio 2: Incremento de Creatinina sérica 2 –2.9 veces el basal Gasto urinario: < 0.5 ml/kg/hora por ≥ 12 horas.

Estadio 3: Aumento de la creatinina sérica ≥ 3 veces el valor inicial, o ≥ 4 mg/dL, o requiere TRS Diuresis: $< 0,3$ ml/kg/h durante ≥ 24 horas o anuria durante ≥ 12 horas. (Jiménez, et al. 2020).

Calidad de vida

Los cuidados, son acciones positivas y cotidianas que cada persona realiza para sí misma, para sus allegados o para los demás. Cuando se pierde la autonomía para el cuidado la persona necesita que se suplan las necesidades de cuidado, siendo los profesionales de enfermería los que brindan los cuidado formales, pero principalmente reciben esos cuidados de las personas más cercanas, es decir de familiares, amigos, vecinos, etc. (Flores, et al., 2012).

El cuidador familiar, es uno de los principales encargados en suplir esas necesidades de cuidado, el cual dedica gran parte de su tiempo al paciente, descuidando en la mayoría de los casos su propia salud, por lo que tienden a sufrir afectación en su contexto biopsicosocial, generando en él una sobrecarga y así afligiendo su calidad de vida, entendiéndose esta como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. (Guerra, et al., 2015).

La calidad de vida comprende tres dimensiones que son: dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda de que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad, dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, y dimensión social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (Romero, et al., 2018).

La calidad de vida del cuidador va de la mano con la sobrecarga, entendiendo esta carga como el impacto o la gran responsabilidad que este adquiere cuando se compromete con la persona a cuidar, y que esas responsabilidades adquiridas traen consigo cambios no solo en su vida personal, sino que también en su vida social. En palabras de George LK: esta carga del cuidador es definida como “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social

o económico que pueden experimentar los cuidadores de gente mayor incapacitada”. (Romero, et al., 2018).

Una de las enfermedades que más genera carga tanto en los pacientes como en los cuidadores es la enfermedad renal, esta se caracteriza por ser una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renal, se estima que el 10% padece esta enfermedad, además del deterioro físico, psíquico y social del paciente, también compromete directamente a la familia repercutiendo en su desempeño, social y económico, pues genera un mayor consumo de servicios sociales y de salud de alto costo. La persona que asume la tarea de cuidado, en el transcurso del tiempo, puede presentar alteraciones en diferentes dimensiones como son: físicas, sociales, económicas, emocionales y espirituales y como resultante pueden llevar al cuidador a presentar sentimientos de tristeza, agotamiento, impotencia, entre otros. (Romero, et al., 2018).

La insuficiencia renal crónica terminal es un proceso no curable, cuyo manejo se basa en diferentes modalidades de tratamiento sustitutivo. El ingreso al tratamiento de hemodiálisis desencadena una situación de crisis, en el que el paciente debe hacer un esfuerzo por adaptarse y rediseñar su vida en función de las limitaciones de su enfermedad. (Rivera y Rojas, 2017).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en el caso de los pacientes crónicos es un tema que ha tomado mucha importancia, ya que mide el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo está afectada por la enfermedad desde el punto de vista del paciente. Abarca tres dimensiones importantes como son la dimensión física, la psicológica y la social. En el caso del paciente con insuficiencia renal crónica, la dimensión física se relaciona a la sensación de debilidad, síntomas asociados a la enfermedad entre otros, en tanto que la dimensión psicológica abarca pensamientos y sentimientos de afrontamiento a la situación actual, mientras que la dimensión social incluye la percepción de las relaciones consigo mismo y con su

entorno. Por lo tanto, la rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica avanzada, donde los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa. En esta nueva situación, lo más importante para los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida. (Rivera y Rojas, 2017).

El enfermero (a) que brinda cuidados a pacientes con enfermedad renal crónica que reciben hemodiálisis debe valorar frecuentemente los parámetros de capacidad funcional y de conocimientos frente a la enfermedad que padece a fin de realizar intervenciones de acuerdo con las características y situación de vida por la que está atravesando cada paciente y contribuir a que el cuidado de enfermería se centre en ayudar a los pacientes a satisfacer más plenamente sus necesidades para que estos incrementen su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud. Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente, porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida. Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas, por lo que se recomienda abordar los dominios físico, psicológico y social. En el primero, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico, se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y, en el tercer dominio, se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. (Rivera y Rojas, 2017).

Por otra parte, evaluar la calidad de vida en salud permite también conocer cómo los individuos y grupos enfrentan los factores que amenazan su salud, y cómo responden a los tratamientos para restablecerla, así como implica expectativas de éxito en las acciones emprendidas, las cuales difieren entre individuos, aun cuando se encuentren bajo las mismas circunstancias. Al respecto, algunos estudios indican que el dominio más afectado en los pacientes renales crónicos es el físico y el mejor conservado es el dominio social, lo cual determina que la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis sea regular, al aplicar el test WHOQOL-BREF para evaluar los puntajes promedio y la calidad de vida de los pacientes se encontró una mayoría de hombres usuarios de hemodiálisis, que perciben una calidad de vida regular en el 44,2% de los casos, ya que, a pesar de mantener la vida, aliviar síntomas y prevenir complicaciones, la hemodiálisis no impide la evolución de la enfermedad. Interfiere en la calidad de vida, repercute negativamente en la situación de trabajo, función física y emocional. (Rivera y Rojas, 2017).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Capítulo III: Metodología

Introducción

En este capítulo se presenta el diseño metodológico de la investigación: “Evaluar la calidad de vida de pacientes adultos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en la Provincia Duarte, período octubre-diciembre 2025”. Se describen el tipo y diseño del estudio, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento de recolección de datos, así como el procedimiento para la obtención y análisis de la información, garantizando la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

Tipo y Diseño

El estudio es de tipo descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo, cuyo objetivo principal es evaluar la calidad de vida de pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Provincia Duarte durante el periodo establecido.

Según García (2011), la investigación descriptiva permite identificar atributos, características y perfiles de personas o fenómenos específicos, mientras que los estudios transversales analizan un fenómeno en un punto determinado del tiempo, por lo que son apropiados para evaluar la calidad de vida en un periodo definido.

Población y Muestra

La población estuvo compuesta por 21 pacientes adultos diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Provincia Duarte durante el período octubre-diciembre 2025. Al tratarse de una población limitada, se aplicó muestreo por conveniencia no probabilístico, incluyendo a la totalidad de los pacientes disponibles y que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

Se incluyen en el estudio:

- Pacientes adultos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis durante el período de estudio.
- Pacientes que acepten voluntariamente participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Se excluyen:

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal o que no estén en hemodiálisis durante el período de estudio.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación.

Descripción del Instrumento de Investigación

El instrumento consta de 16 preguntas cerradas, con opciones múltiples y dicotómicas, abordando aspectos de edad, sexo, escolaridad, características clínicas de la enfermedad, tiempo en hemodiálisis, comorbilidades, calidad de vida en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental, así como factores específicos que afectan el bienestar del paciente.

Validación y Confiabilidad del Instrumento

Previo a su aplicación, el cuestionario fue revisado y validado por el asesor del trabajo. Para evaluar la confiabilidad, se realizó un piloto con 2 pacientes con características similares a la población de estudio, ajustando preguntas según la comprensión y pertinencia para garantizar que se cumplieran los objetivos de la investigación.

Procedimiento de Recolección de Datos

Se obtuvo autorización de las autoridades sanitarias locales para aplicar el instrumento a los pacientes seleccionados. Antes de la aplicación, se explicó a cada paciente la finalidad del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó el cuestionario de forma individual, y los datos recolectados fueron ingresados a una base digital para su tabulación y análisis.

Análisis de Datos

Los datos fueron organizados y tabulados utilizando Microsoft Excel y Word 2019, elaborando tablas de frecuencia y porcentaje para cada variable. Se empleó el método de conteo manual (“Método de Palotes”) como referencia inicial y posteriormente se analizaron estadísticamente los resultados para evaluar tendencias y proporciones.

Los hallazgos fueron comparados con estudios similares a nivel nacional e internacional, discutiendo los resultados y elaborando conclusiones y recomendaciones basadas en la evidencia obtenida. Finalmente, los resultados fueron compilados en el reporte final de investigación para su presentación y evaluación por las autoridades de la Escuela de Medicina de la UCNE.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción

Este capítulo presenta los resultados obtenidos sobre las características sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, durante el periodo octubre-diciembre 2025.

Presentación de los Resultados

Tabla 1
Distribución en torno al rango de edad

Rango de edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menor de 30 años	1	4.8
30-40 años	2	9.5
41-50 años	5	23.8
51-60 años	8	38.1
Mayor de 60 años	5	23.8
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

El grupo etario más numeroso corresponde a los pacientes de 51-60 años, representando el 38.1%. Le sigue el grupo de 41-50 años con un 23.8% y el de mayores de 60 años con igual porcentaje, 23.8%. Los pacientes de 30-40 años constituyen un 9.5%, mientras que los menores de 30 años representan un 4.8%.

Tabla 2*Distribución en torno al sexo*

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	7	33.3
Masculino	14	66.7
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

Predomina el sexo masculino, con un 66.7%, mientras que el sexo femenino representa un 33.3%.

Tabla 3*Distribución en torno al nivel de escolaridad*

Nivel de escolaridad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primaria	14	66.7
Secundaria	6	28.6
Técnico	1	4.8
Universitario	0	0
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

La mayoría de los pacientes posee educación primaria, con un 66.7%. Un 28.6% alcanzó educación secundaria y solo un 4.8% tiene educación técnica. Ninguno cursó estudios universitarios.

Tabla 4*Distribución en torno a la procedencia*

Procedencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Rural	10	47.6
Urbana	11	52.4
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

La procedencia urbana es ligeramente superior, con un 52.4%, mientras que los pacientes procedentes de áreas rurales representan un 47.6%.

Tabla 5*Distribución en torno al estado civil*

Estado civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltero(a)	7	33.3
Casado(a)	6	28.6
Separado(a)/Divorciado(a)	0	0
Viudo(a)	2	9.5
Unión libre	6	28.6
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

La mayor proporción de pacientes es soltera, con un 33.3%. Los pacientes casados y los que viven en unión libre constituyen cada grupo un 28.6%. Los viudos representan el 9.5% y no se reportan pacientes separados o divorciados.

Tabla 6*Distribución en torno a la ocupación*

Ocupación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ama de casa	5	23.8
Empleado público	1	4.8
Empleado privado	3	14.3
No labora	12	57.1
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

El grupo más numeroso corresponde a pacientes que no laboran, con un 57.1%. Las amas de casa representan un 23.8%, los empleados privados un 14.3% y los empleados públicos un 4.8%.

Tabla 7*Distribución en torno al tiempo desde el diagnóstico*

Tiempo desde el diagnóstico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1-2 años	13	61.9
3-4 años	2	9.5
Más de 4 años	6	28.6
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

La mayoría de los pacientes tiene un tiempo desde el diagnóstico de 1-2 años, representando un 61.9%. Los pacientes con más de 4 años desde el diagnóstico constituyen un 28.6% y aquellos con 3-4 años representan un 9.5%.

Tabla 8*Distribución en torno al tiempo en hemodiálisis*

Tiempo en hemodiálisis	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0-12 meses	14	66.7
13-24 meses	3	14.3
25-36 meses	0	0
37-48 meses	2	9.5
Más de 48 meses	2	9.5
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

El mayor grupo corresponde a pacientes con 0-12 meses en hemodiálisis, con un 66.7%.

Los que llevan 13-24 meses representan un 14.3%. Los pacientes con 37-48 meses o más de 48 meses constituyen cada grupo un 9.5%, y no hay pacientes en el rango de 25-36 meses.

Tabla 9

Distribución en torno a la presencia de patologías asociadas (comorbilidades)

Comorbilidades	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	19	90.5
No	2	9.5
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

La mayoría de los pacientes presenta comorbilidades, con un 90.5%, mientras que un 9.5% no reporta enfermedades asociadas.

Tabla 10

Distribución en torno a como considera su estado de salud general actualmente

Estado de salud general	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Excelente	5	23.8
Muy buena	5	23.8
Buena	4	19.0
Regular	5	23.8
Mala	2	9.5
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

Los pacientes que perciben su salud como excelente o muy buena representan un 23.8% cada grupo. El 19.0% considera su salud buena, un 23.8% la percibe regular y el 9.5% la califica como mala.

Tabla 11

Distribución en torno a la limitación de las actividades diarias por su enfermedad

Limitación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si, me limita mucho	3	14.3
Si, me limita poco	11	52.4
No, no me limita nada	7	33.3
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

La mayoría de los pacientes indica que la enfermedad los limita poco, con un 52.4%. Los que no presentan limitación representan un 33.3% y los que se sienten muy limitados constituyen un 14.3%.

Tabla 12

Distribución en torno al desempeño físico

¿Puede realizar sus actividades físicas habituales?	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	9	42.9
No	12	57.1
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

La mayoría de los pacientes no puede realizar sus actividades físicas habituales, con un 57.1%, mientras que un 42.9% sí puede realizarlas.

Tabla 13*Distribución en torno al desempeño emocional*

¿Su enfermedad afecta su capacidad para manejar emociones y estrés?		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	12	57.1
No	9	42.9
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

El 57.1% considera que la enfermedad afecta su capacidad para manejar emociones y estrés, mientras que un 42.9% no percibe afectación en este aspecto.

Tabla 14*Distribución en torno al dolor físico*

¿Cómo calificaría la intensidad del dolor que experimenta?	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ningún dolor	9	42.9
Muy poco	6	28.6
Poco	3	14.3
Moderado	3	14.3
Severo	0	0
Muy severo	0	0
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

El 42.9% no presenta dolor, mientras que un 28.6% reporta sentir muy poco dolor. Los pacientes con poco o moderado dolor representan cada grupo un 14.3%, y no se reporta dolor severo ni muy severo.

Tabla 15

Distribución en torno a los síntomas y problemas asociados a la enfermedad

¿Cómo afectan los síntomas y problemas relacionados con su enfermedad su calidad de vida?	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nada	7	33.3
Un poco	5	23.8
Regular	8	38.1
Mucho	1	4.8
Muchísimo	0	0
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

El 38.1% considera que los síntomas afectan su calidad de vida de manera regular. Un 33.3% indica que no los afectan, mientras que un 23.8% reporta afectación leve. Solo un 4.8% señala que los síntomas afectan mucho su calidad de vida y ninguno reporta afectación máxima.

Tabla 16

Distribución en torno a cuanto impacta la enfermedad en su rutina y actividades diarias

¿Cuánto impacta la enfermedad en su rutina y actividades diarias?	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nada	8	38.1
Un poco	5	23.8
Regular	5	23.8
Mucho	3	14.3
Muchísimo	0	0
Total	21	100

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la Provincia Duarte, periodo octubre-diciembre, 2025.

El 38.1% considera que la enfermedad no impacta su rutina, mientras que un 23.8% indica un impacto leve o regular. Un 14.3% reporta que la enfermedad impacta mucho su rutina, y ningún paciente señala impacto máximo.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

Capítulo V: Discusión

Introducción

En el presente capítulo se presenta el análisis de los datos arrojados por la aplicación de la encuesta con los distintos estudios expuestos en el primer capítulo, además de las conclusiones y recomendaciones de lugar.

Análisis de los Resultados

Luego de la aplicación de la encuesta a las participantes se encontraron las siguientes informaciones:

En cuanto al rango de edad, el grupo etario más numeroso corresponde a los pacientes de 51 a 60 años, representando un 38.1% del total de la muestra. Este hallazgo coincide con los resultados reportados por Duran, Orbe y Martínez (2022) en San Francisco de Macorís, República Dominicana, donde el 43% de los pacientes se encontraba en el rango de 51-60 años, así como con Valdez (2020) en Azua, quien reportó un 34.1% en el rango de 50-59 años. De manera similar, Goya et al. (2017) encontraron una edad media de 59.8 ± 14 años en pacientes en tratamiento sustitutivo renal en Ecuador.

Respecto al sexo, predominan los pacientes masculinos, quienes constituyen un 66.7% de la población estudiada. Este resultado es coherente con los estudios de Valdez (2020) y Ledo (2020), quienes reportaron un 66% y 61% de hombres, respectivamente, en sus muestras de pacientes en hemodiálisis, así como con Goya et al. (2017) donde el sexo masculino fue el más frecuente (54.2%).

En relación con el nivel de escolaridad, la mayoría de los pacientes posee educación primaria, alcanzando un 66.7%. Este hallazgo refleja menor nivel educativo que el reportado por

Goya et al. (2017) en Ecuador, donde el 43.8% tenían bachillerato incompleto, y se asemeja a los resultados de Duran, Orbe y Martínez (2022) donde predominó escolaridad baja entre los pacientes de hemodiálisis.

Sobre la procedencia, la mayoría de los pacientes proviene de zonas urbanas, con un 52.4%, coincidiendo con Goya et al. (2017) y Valdez (2020), quienes reportaron 66.7% y 78.8% de pacientes de procedencia urbana, respectivamente, evidenciando tendencia a concentración urbana en pacientes en hemodiálisis.

En cuanto al estado civil, la mayor proporción de pacientes es soltera, representando un 33.3%. Este resultado difiere de Goya et al. (2017), quienes encontraron predominio de pacientes casados (50%), aunque se aproxima parcialmente a los hallazgos de Duran, Orbe y Martínez (2022) donde se reportaron proporciones mixtas de estado civil entre los pacientes.

Respecto a la ocupación, la mayoría de los pacientes no labora, constituyendo un 57.1%, similar a los hallazgos de Valdez (2020), donde el 44.6% de los pacientes eran desempleados, y Romero et al. (2018), quienes reportaron que el 47.4% de los cuidadores asumía responsabilidades del hogar, mostrando relación entre dependencia laboral y cuidados en pacientes con ERC.

En relación con el tiempo desde el diagnóstico, la mayoría de los pacientes presenta un período de 1 a 2 años desde el diagnóstico, representando un 61.9%. Esto se asemeja a los hallazgos de Pinillos et al. (2019), quienes reportaron que el 37.7% de sus participantes tenía entre 7 y 18 meses de diagnóstico, evidenciando concentración de pacientes en los primeros años de seguimiento dialítico.

En cuanto al tiempo en hemodiálisis, la mayor proporción de pacientes se encuentra en el rango de 0 a 12 meses, con un 66.7%, similar a lo reportado por Duran, Orbe y Martínez (2022) donde el 60% de los pacientes tenía 0-12 meses en tratamiento, y Pinillos et al. (2019) con mayor práctica de actividad física en quienes llevaban menos de 6 meses en hemodiálisis.

Respecto a la presencia de comorbilidades, la mayoría de los pacientes presenta enfermedades asociadas, alcanzando un 90.5%. Este resultado es consistente con Goya et al. (2017) donde el 81.3% presentaba diabetes o hipertensión, y Costa et al. (2023) quienes señalaron que la presencia de comorbilidades impacta significativamente la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis.

En cuanto a la percepción del estado de salud general, los pacientes que perciben su salud como excelente o muy buena representan un 23.8% cada grupo, siendo estas las categorías predominantes. Este hallazgo difiere de Sencia (2022), donde el 82.35% de los pacientes presentaba mala calidad de vida, y Hinojosa et al. (2020) quienes reportaron que la mayoría de los pacientes calificaba su salud como “ni bien ni mal”, evidenciando una percepción más positiva en nuestra muestra.

Sobre la limitación de las actividades diarias por la enfermedad, la mayoría de los pacientes indica que la enfermedad los limita poco, representando un 52.4%. Este resultado es congruente con Morales-Bedolla (2024), donde se reportó que la dimensión física de la calidad de vida es la más afectada, y con Valdez (2020), quienes encontraron limitaciones significativas en la funcionalidad diaria de pacientes en hemodiálisis.

En relación con el desempeño físico, la mayoría de los pacientes no puede realizar sus actividades físicas habituales, con un 57.1%, coincidiendo con Costa et al. (2023) y Morales-

Bedolla (2024), quienes describieron que los dominios físicos son los más afectados en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Respecto al desempeño emocional, la mayoría de los pacientes considera que la enfermedad afecta su capacidad para manejar emociones y estrés, alcanzando un 57.1%. Esto se relaciona con los hallazgos de Sencia (2022) y Morales-Bedolla (2024), donde se evidencia que los dominios emocionales y psicológicos son significativamente impactados por la enfermedad y el tratamiento.

En cuanto al dolor físico, la mayoría de los pacientes no presenta dolor, representando un 42.9%. Este hallazgo coincide con Sánchez et al. (2019), quienes reportaron que el dolor corporal fue uno de los dominios mejor valorados, mostrando que la percepción del dolor no es la dimensión más afectada de la calidad de vida en estos pacientes.

Sobre los síntomas y problemas asociados a la enfermedad, la mayor proporción de pacientes indica que estos afectan su calidad de vida de manera regular, alcanzando un 38.1%. Este resultado es consistente con Ayele et al. (2023) y Costa et al. (2023), quienes encontraron que los síntomas y la carga de la enfermedad impactan de manera significativa la calidad de vida, especialmente en los dominios físico y social.

En relación con el impacto de la enfermedad en la rutina y actividades diarias, la mayoría de los pacientes considera que la enfermedad no impacta su rutina, representando un 38.1%. Este hallazgo contrasta parcialmente con Hinojosa et al. (2020), quienes describieron afectación significativa en las actividades diarias debido a la enfermedad, reflejando en nuestra muestra una percepción más moderada de limitación.

Conclusiones

Luego de establecido el análisis del estudio se plantean las siguientes conclusiones:

En relación con las características sociodemográficas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en la Provincia Duarte, se observa que la mayoría corresponde al grupo de edad de 51 a 60 años y son en su mayoría hombres. Predominan los pacientes con educación primaria, procedencia urbana y estado civil soltero, mientras que la ocupación más frecuente es la de no laborar. Estos hallazgos reflejan que la población en tratamiento sustitutivo renal se compone principalmente de adultos en edades medias, con bajo nivel educativo y limitada inserción laboral.

Respecto a las características vinculadas a la enfermedad renal crónica, se evidenció que la mayoría de los pacientes se encuentra en las primeras etapas desde el diagnóstico y lleva un tiempo reciente en hemodiálisis. La mayoría presenta comorbilidades asociadas, principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus. Esto indica que los pacientes se encuentran en etapas tempranas del tratamiento dialítico, pero con una carga significativa de enfermedades concomitantes que pueden afectar su estado de salud y funcionalidad diaria.

En cuanto al nivel de calidad de vida relacionada con la salud, en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental, los pacientes muestran percepciones variadas sobre su estado de salud general, con predominio de valoraciones positivas. La mayoría no puede realizar sus actividades físicas habituales y percibe afectación en el manejo de emociones y estrés. La enfermedad limita de manera leve sus actividades diarias y el dolor físico no es predominante. Los síntomas y problemas asociados afectan de manera regular la calidad de vida, mientras que el impacto sobre la rutina diaria se percibe como mínimo en gran parte de los pacientes. Estos resultados evidencian que la calidad de vida se ve principalmente afectada en los dominios físico

y emocional, mientras que la dimensión social y la percepción del dolor se mantienen relativamente conservadas.

En relación con los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, se identificaron la presencia de comorbilidades, la limitación en la realización de actividades físicas, el impacto emocional de la enfermedad y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Adicionalmente, el bajo nivel educativo, la falta de ocupación laboral y la edad avanzada contribuyen a una mayor afectación de la calidad de vida. Estos hallazgos evidencian la necesidad de estrategias multidisciplinarias que consideren tanto las dimensiones clínica, emocional y social, como la funcionalidad general de los pacientes en hemodiálisis.

Recomendaciones

Luego de realizada las conclusiones del estudio se exponen las siguientes recomendaciones de lugar a los distintos organismos correspondientes:

Al Ministerio de Salud Pública:

Desarrollar e implementar políticas de atención integral para pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, que incluyan programas de control de comorbilidades, seguimiento clínico sistemático y apoyo psicológico. Asimismo, promover campañas de educación en salud dirigidas a la población con bajo nivel educativo y fomentar programas de reinserción social y ocupacional para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

A los hospitales:

Establecer unidades multidisciplinarias especializadas en enfermedad renal crónica que integren servicios médicos, psicológicos, de trabajo social y fisioterapia. Implementar protocolos

de seguimiento individualizado para el manejo de comorbilidades, limitaciones físicas y apoyo emocional, garantizando que los pacientes reciban atención integral y adaptada a sus necesidades.

A los profesionales de la salud:

Promover estrategias de intervención que incluyan educación para el autocuidado, programas de rehabilitación física adaptada, manejo del dolor, y acompañamiento emocional. Además, fomentar la comunicación efectiva con los pacientes para mejorar la adherencia al tratamiento, reducir la ansiedad y estrés asociados a la enfermedad, y brindar orientación clara sobre la evolución de la enfermedad y sus implicaciones en la vida diaria.

A los pacientes:

Participar activamente en su tratamiento mediante la asistencia regular a sesiones de hemodiálisis, el seguimiento de indicaciones médicas y la adopción de hábitos de vida saludables. Asimismo, involucrarse en programas de apoyo emocional, actividades físicas adaptadas a su condición y educación en autocuidado, con el propósito de reducir las limitaciones físicas, mejorar su bienestar psicológico y aumentar su calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

- Ayele, B. T., Gebremichael, B., Tesfaye, T., & Weldehaweria, N. B. (2023). Health-related quality of life among end-stage kidney disease patients on hemodialysis in Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), Article 78. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02117-x>
- Bakris, G. L., Agarwal, R., Anker, S. D., Pitt, B., Ruilope, L. M., Rossing, P., ... Filippatos, G. (2024). Effect of sodium–glucose cotransporter 2 inhibitors on kidney and cardiovascular outcomes in chronic kidney disease. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 82(12), 660–669. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaf012>
- Chen, T. K., Knicely, D. H., & Grams, M. E. (2019). Chronic kidney disease diagnosis and management: A review. *JAMA*, 322(13), 1294–1304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- Costa, G. M. A., Pinheiro, M. B. G. N., Medeiros, S. M. M., Costa, R. R. O., & Cossi, M. S. (2023). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*, 22(2), 1–14. <https://doi.org/10.6018/eglobal.523081>
- Costa, G. M. A., Pinheiro, M. B. G. N., Medeiros, S. M. M., Costa, R. R. O., & Cossi, M. S. (2023). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*, 22(2), 1–14. <https://doi.org/10.6018/eglobal.523081>
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2018). *Handbook of dialysis* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- De Loayza Tantalean, L. R., & Esquen Vásquez, M. del P. (2021). Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio terminal por diabetes mellitus tipo 2 en terapia de reemplazo renal atendidos en un hospital de Essalud en el año 2018-2019 [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/3321>
- Durán, C. M., Orbe, I., & Martínez, J. A. (2022). Calidad de vida del paciente adulto con enfermedad renal crónica que se somete a hemodiálisis en el Centro Médico Siglo 21, SFM, período mayo-agosto, 2022 [Monografía, Universidad Católica Nordestana].

- Global Burden of Disease (GBD) 2023 Chronic Kidney Disease Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease and related mortality: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41213283>
- Gómez, R., & Ramírez, L. (2020). Determinantes sociales de la salud en pacientes crónicos en la región nordeste de República Dominicana. *Revista Dominicana de Salud Pública*, 15(2), 45–53.
- Goya Rodríguez, G. Zhuzhingo Vásquez, C. Molina Idrovo, M. Vásquez Illescas, J. y Guamán Jaramillo, Y. (2017). Enfermedad renal crónica: Calidad de vida, funcionalidad familiar y adherencia terapéutica—Revista Electrónica de Portales Medicos.com. Recuperado de:
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermedad-renal-cronica-calidad-vida-adherencia-terapeutica/>
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O’Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. R. (2023). Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, 24(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03391-z>
- Hinojosa Esparza, K. L., Licona Santos, C. I., García Salas, B. A., Alvarado Pizarro, Á. N., & Chávez Ramos, W. J. (2020). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en un hospital de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Enfermería, Innovación y Ciencia*, 2(1), 11–18.
<https://doi.org/10.60568/eic.v1i1.664>
- Jha, V., García-García, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., & Yang, C. W. (2022). Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *The Lancet*, 395(10225), 709–733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
- Jiménez Ramírez, R., López González, F. E., Rivera Martínez, A. R., Rodríguez Liriano, C. G., Lara Pichardo, J. N., & Acosta Díaz, Y. (2022). Quality of life and associated risk factors in hemodialysis: Perspective from a center in the Dominican Republic. *Revista Colombiana de Nefrología*. <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/581>
- KDIGO. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 14(1), 1–150.
<https://doi.org/10.1016/j.kisu.2024.01.001>

- Labrassi, M., Fadili, W., Oussaih, L., Chettati, M., & Laouad, I. (2021). Quality of life in chronic hemodialysis patients. *Scholars Journal of Medical Case Reports*, 9(03).
<https://saspublishers.com/article/3435>
- Ledo, G. V. A., de Avila Arroyo, M. L., Tenahua Quitl, I., Morales Castillo, F. A., & López García, C. (2020). Depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 1–13.
<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5482>
- Levey, A. S., Coresh, J., Tighiouart, H., Greene, T., Inker, L. A., & Matsushita, K. (2020). Chronic kidney disease and the global public health agenda. *JAMA*, 323(6), 549–560.
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.20232>
- Luyckx, V. A., Tonelli, M., Stanifer, J. W., Wouters, O., Yang, C. W., & Bowe, B. (2025). Global burden of chronic kidney disease: A contemporary analysis. *Tropical Medicine and Health*, 53(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s41182-025-00703-x>
- Morales-Bedolla, J. M. (2024). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 32(1), 45–53. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11644045>
- National Kidney Foundation. (2023). Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 82(5), S1–S150. <https://www.kidney.org>
- Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2022). Proyecciones de población por provincias y municipios 2022. Santo Domingo, República Dominicana. <https://www.one.gob.do>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). WHOQOL: Measuring quality of life.
<https://www.who.int>
- Paredes, J., Morales, A., & Pérez, C. (2021). Acceso a servicios de hemodiálisis en provincias del nordeste dominicano. *Revista de Investigaciones Médicas*, 12(1), 23–31.
- Pinillos-Patiño, Y., Herazo-Beltrán, Y., Gil Cataño, J., & Ramos de Ávila, J. (2019). Actividad física y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica. *Revista Médica de Chile*, 147(2), 153–161. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000200153>

- Rivera-Vásquez, P. y Rojas, W. (2017). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Rev enferm Herediana*. 2017; 10 (2):82-88. Recuperado de:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/download/3362/3501>
- Rivera-Vásquez, P., & Rojas, W. (2018). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista Enfermería Herediana*, 10(2), 82. <https://doi.org/10.20453/renh.v10i2.3362>
- Romero Massa, E. Bohórquez Moreno, C. y Castro Muñoz, K. (2018). Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). *Redalyc, Archivos de Medicina (Col)*, vol. 18, núm. 1, 2018. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273856494010/273856494010.pdf>
- Salem, I. A., et al. (2021). Kidney disease-specific quality of life among patients on hemodialysis. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33880190>
- Sánchez González, J. C., Barallat García, M., Torres Paniagua, S., Gaviro Matamoros, B., Sánchez González, J. C., Barallat García, M., Torres Paniagua, S., & Gaviro Matamoros, B. (2019). Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: Influencia de los parámetros analíticos y socioclínicos. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 159–167. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000200007>
- Sencia, J. (2022). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal, Hospital EsSalud Cusco, 2022 en Cusco, Perú. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/7070/253T20220489.pdf?sequence=1>
- Valdez García, M. (2020). Insuficiencia renal en pacientes que asisten a la unidad de diálisis, en el hospital Regional Taiwán 2019 de Marzo, Azua, 2020. Recuperado de:
<https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3753/Insuficiencia%20renal%20en%20pacientes%20que%20asisten%20a%20la%20unidad%20de%20dialisis%2C%20en%20el%20hospital%20regional%20taiw%C3%A1n%202019%20de%20Marzo%2C%20azua.%202020..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela De Medicina

Buenos días/tardes. El presente cuestionario tiene como objetivo recopilar información para evaluar la calidad de vida de pacientes adultos con insuficiencia renal crónica que se someten a hemodiálisis en la Provincia Duarte, durante el período octubre-diciembre de 2025.

Los datos que usted proporcione serán completamente confidenciales, su identidad permanecerá anónima y la información recopilada se presentará únicamente en resúmenes estadísticos o porcentajes, sin revelar nombres ni datos personales.

Agradecemos sinceramente su tiempo y colaboración, ya que su participación contribuirá a generar conocimiento valioso para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Sección 1: Datos Sociodemográficos

1. Edad:

¿Cuál es su edad en años?

- A. Menor de 30 años
- B. 30-40 años
- C. 41-50 años
- D. 51-60 años
- E. Mayor de 60 años

2. **Sexo:**

- A. Femenino
- B. Masculino

3. **Nivel de escolaridad:**

- A. Primaria
- B. Secundaria
- C. Técnico
- D. Universitario

4. **Procedencia:**

- A. Rural
- B. Urbana

5. **Estado civil:**

- A. Soltero(a)
- B. Casado(a)
- C. Separado(a)/Divorciado(a)
- D. Viudo(a)
- E. Unión libre

6. **Ocupación:**

- A. Ama de casa
- B. Empleado público
- C. Empleado privado
- D. No labora

Sección 2: Características de la enfermedad renal crónica

7. **Tiempo desde el diagnóstico:**

- A. 1-2 años
- B. 3-4 años
- C. Más de 4 años

8. Tiempo en hemodiálisis:

- A. 0-12 meses
- B. 13-24 meses
- C. 25-36 meses
- D. 37-48 meses
- E. Más de 48 meses

9. Patologías asociadas (comorbilidades):

- A. Sí
- B. No

Sección 3: Calidad de vida relacionada con la salud

10. Salud general:

¿Cómo considera su estado de salud general actualmente?

- A. Excelente
- B. Muy buena
- C. Buena
- D. Regular
- E. Mala

11. Limitaciones físicas en actividades cotidianas:

¿Las actividades diarias se ven limitadas por su enfermedad?

- A. Sí, me limita mucho
- B. Sí, me limita poco
- C. No, no me limita nada

12. Desempeño físico:

¿Puede realizar sus actividades físicas habituales?

- A. Sí
- B. No

13. Desempeño emocional:

¿Su enfermedad afecta su capacidad para manejar emociones y estrés?

- A. Sí
- B. No

14. Dolor físico:

¿Cómo calificaría la intensidad del dolor que experimenta?

- A. Ningún dolor
- B. Muy poco
- C. Poco
- D. Moderado
- E. Severo
- F. Muy severo

Sección 4: Factores específicos que afectan la calidad de vida

15. Síntomas y problemas asociados a la enfermedad:

¿Cómo afectan los síntomas y problemas relacionados con su enfermedad su calidad de vida?

- A. Nada
- B. Un poco
- C. Regular
- D. Mucho
- E. Muchísimo

16. Efectos de la enfermedad en la vida diaria:

¿Cuánto impacta la enfermedad en su rutina y actividades diarias?

- A. Nada
- B. Un poco
- C. Regular
- D. Mucho
- E. Muchísimo