



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica
en un hospital de Guayaquil.**

AUTORES:

**Correa Muñiz, Mercedes Azucena
Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

PhD. Franco Poveda, Kristy Glenda

**Guayaquil, Ecuador
1 de septiembre del 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Correa Muñiz, Mercedes Azucena** y **Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

TUTOR

f. _____
PhD. Franco Poveda, Kristy Glenda

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del año 2026.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Correa Muñiz, Mercedes Azucena**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil**. Previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del año 2026.

AUTORA

f. _____

Correa Muñiz, Mercedes Azucena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil**. Previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del año 2026.

AUTORA

f. 
Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Correa Muñiz, Mercedes Azucena**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del año 2026.

AUTORA:

f. _____

Correa Muñiz, Mercedes Azucena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del año 2026.

AUTORA:

f. _____

Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
REPORTE DE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

ID : 0366e2c2673d730afef603a4c989b5cffb29ea20



5%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : CALIDAD - copia.txt
Tamaño del archivo original : 453,87 kB
Número de palabras : 10.853

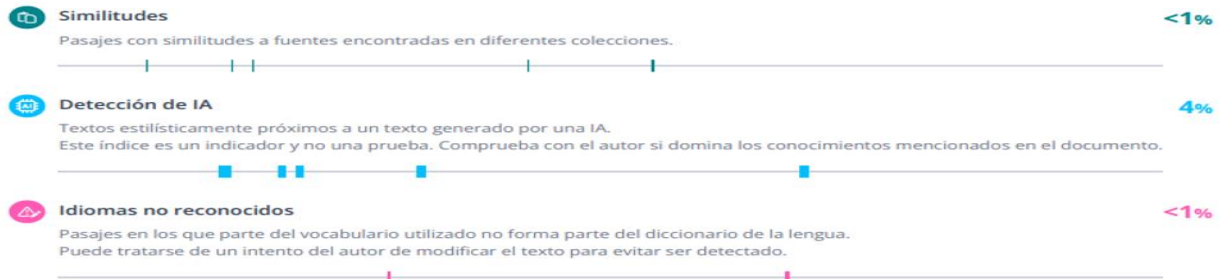
Depositante : Valeria Quizhpi
Autor : Valeria Quizhpi, Mercedes Correa
Fecha de depósito : 10 de agosto de 2026
Tipo de carga : url_submission
fecha de fin de análisis : 11 de agosto de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



KRISTY
GLENDA
FRANCO
POVEDA

Firmado digitalmente
por KRISTY GLENDA
FRANCO POVEDA
Fecha: 2026.08.25
17:26:12 -05'00'

AGRADECIMIENTO

Toda meta alcanzada es el resultado del esfuerzo propio y del apoyo de quienes nos rodean. Por ello, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mi familia por ser mi pilar incondicional y por creer en mi en todo momento.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi tutora de tesis, **Lic. Kristy Franco Poveda, PhD**, por su valiosa guía profesional, su tiempo y su constante disposición para orientarnos a lo largo de este trabajo.

Asimismo, extiendo mi gratitud **al Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo**, por facilitarme los espacios necesarios para llevar a cabo el trabajo de campo y la recolección de información; mi sincero reconocimiento por su apertura y colaboración.

De manera especial, agradezco a mi compañera de tesis, **Valeria**, por los desvelos compartidos, la camaradería y apoyo constante hicieron que este trayecto fuera una experiencia inolvidable.

Por último, agradezco a la vida y a cada obstáculo superado en este camino, pues cada reto se transformó en una lección de perseverancia, crecimiento y pasión por la profesión que hoy abrazo con orgullo.

Mercedes Azucena Correa Muñiz

AGRADECIMIENTO

Al llegar al final de este recorrido académico, comprendo que ningún logro se alcanza en soledad; cada meta alcanzada es el resultado de la perseverancia personal y del apoyo de quienes, con su confianza y afecto, hicieron posible este camino. Con estas palabras, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, fueron parte de este proceso.

A Dios, por ser mi refugio y mi fortaleza para superar cada desafío.

A mis padres, por su amor incondicional, por su esfuerzo, sacrificio y apoyo constante en cada paso. Gracias por creer en mí y ser el pilar fundamental de este gran logro.

A mi tutora, **Lcda. Kristy Franco Poveda, PhD** cuyas clases siempre despertaron en mí interés y admiración por su manera de enseñar. Gracias por su orientación, paciencia y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. De igual manera agradezco a todos los docentes que contribuyeron con sus conocimientos a mi formación profesional.

Asimismo, agradezco al **Hospital Teodoro Maldonado Carbo** por abrirme las puertas para realizar mi internado y hacer posible el desarrollo de este proyecto de investigación.

A mi compañera de tesis, **Mercedes**, por su responsabilidad, colaboración y el esfuerzo compartido durante el desarrollo de este trabajo.

A mi querida amiga **Andrea**, con quien tuve la dicha de coincidir desde el preuniversitario y compartir gran parte de este camino universitario. Tu amistad hizo que este recorrido fuera más llevadero y especial.

A **Angie**, por su apoyo desinteresado, por creer en mis capacidades y animarme siempre que lo necesitaba. Mi gratitud y cariño permanecerán siempre contigo.

Valeria Marilú Quizhpi Maldonado

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y la luz que iluminó cada paso de este camino. En los momentos de incertidumbre, encontré en Él la fe y la perseverancia necesarias para continuar. Sin su bendición, este logro no habría sido posible.

A mi padre, que hoy me acompaña desde el cielo. Aunque tu partida dejó un vacío imposible de llenar, tu recuerdo fue la inspiración que sostuvo mis noches de esfuerzo y dedicación. Cada página de este trabajo lleva una parte de las enseñanzas, valores y amor que sembraste en mí. Espero que, desde donde estés, contemples este logro con el mismo orgullo con el que yo siempre honraré tu memoria. Lo logramos, papá.

A mi madre, ejemplo inquebrantable de amor, sacrificio y fortaleza. Gracias por sostenerme en los momentos difíciles, por tus palabras de aliento, por creer en mí incluso cuando yo dudaba y por enseñarme que la constancia y el esfuerzo siempre encuentran recompensa. Este título es el reflejo de tu entrega y de todo lo que has hecho por mí. Hoy celebro este logro con la certeza de que también te pertenece.

Porque detrás de cada meta alcanzada hay manos que sostienen, corazones que creen y personas que nunca dejan de amar.

Mercedes Azucena Correa Muñiz

DEDICATORIA

A mis padres, **Ma. Dolores Maldonado y Luis Quizhpi**, por creer en mí y estar a mi lado apoyándome en cada paso de este camino.

A **Marlon** por estar siempre pendiente de mí y demostrarme que el amor entre hermanos puede expresarse de distintas maneras.

A mis abuelitos, **Zoila Arce y Luis Maldonado** por estar a mi lado en cada etapa importante de mi vida.

A Gus, mi fiel compañero de vida, quien estuvo a mi lado durante mi niñez, adolescencia y juventud; fuiste mi primer y más paciente oyente de mis exposiciones y, sin saberlo, mi mayor soporte emocional.

Valeria Marilú Quizhpi Maldonado



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LCDA. MIRIAM JACQUELINE MUÑOZ AUCAPIÑA MGS.
OPONENTE

ÍNDICE

REPORTE DE COMPILATIO	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XII
ÍNDICE	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE FIGURAS	XVI
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
1. Planteamiento del Problema	3
1.1. Preguntas de Investigación	4
1.2. Justificación	4
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo General:	7
1.3.2. Objetivos Específicos:	7
CAPÍTULO II	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	8
2.1. Antecedentes de la Investigación	8
2.2. Marco Conceptual	10
2.2.1. Insuficiencia renal crónica	10
2.2.2. Calidad de vida	14
2.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud	14
2.2.4. Salud general percibida	15
2.2.5. Carga de la enfermedad renal	15
2.2.6. Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria	16
2.2.7. Cuestionario Kidney Disease Quality of Life-36	16
2.3. MARCO LEGAL	17
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)	17
2.3.2. Proyecto de Código Orgánico de Salud (2020)	18
2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo 2025–2029	18

2.3.4. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (2021)	19
2.3.5. Otros sustentos.....	19
CAPÍTULO III.....	20
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1. Tipo de Estudio	20
3.2. Diseño de la investigación.....	20
3.3. Población	20
3.4. Muestra	20
3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión	22
3.6. Procedimientos para la recolección de información.....	22
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	22
3.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.	23
3.9. Operacionalización de Variables	23
CAPÍTULO IV	26
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	26
5. DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS	45
ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	23
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual del perfil demográfico de los pacientes con IRC	26
Figura 2. Distribución porcentual del perfil clínico de los pacientes con IRC 27	
Figura 3. Distribución porcentual de la dimensión componente físico de pacientes con IRC	29
Figura 4. Distribución porcentual de la dimensión componente mental de pacientes con IRC	31
Figura 5. Distribución porcentual de la dimensión carga renal de pacientes con IRC	32
Figura 6. Distribución porcentual de la dimensión síntomas renales de pacientes con IRC	34
Figura 7. Distribución porcentual de la dimensión efectos diarios de pacientes con IRC	36
Figura 8. Distribución porcentual de niveles de calidad de vida según los componentes renales	37
Figura 9. Recolectando datos en el centro de hemodiálisis de un hospital de Guayaquil	50

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis afectan la capacidad funcional, el bienestar emocional y la organización cotidiana. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, prospectivo y transversal; se analizaron 129 cuestionarios completos mediante una ficha demográfica y clínica y el Kidney Disease Quality of Life-36, cuyos componentes renales fueron transformados a una escala de 0 a 100, de forma que una puntuación más alta correspondió a una mejor calidad de vida. **Resultados:** En el perfil demográfico, el grupo de 60 a 74 años reunió al 39%, las mujeres representaron el 52% y la educación superior el 54%. En el perfil clínico, la hipertensión arterial estuvo presente en el 74%, la fístula arteriovenosa en el 70% y tres sesiones semanales en el 95%. En los componentes de la calidad de vida, las limitaciones físicas alcanzaron el 74% y la reducción de actividades por causas emocionales el 71%; los promedios transformados fueron 30,57 para carga renal, 69,54 para síntomas y 58,28 para efectos. El promedio descriptivo de los tres componentes renales fue 52,80 puntos, nivel medio de calidad de vida. **Conclusión:** La calidad de vida estuvo afectada en áreas físicas, emocionales y cotidianas asociadas con la carga sintomática y la dependencia de la terapia.

Palabras clave: Atención de enfermería, calidad de vida, diálisis renal, insuficiencia renal crónica, Unidades de Hemodiálisis en Hospital.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease and hemodialysis affect functional capacity, emotional well-being, and daily life organization. **Objective:** To determine the quality of life in patients with chronic kidney disease at a hospital in Guayaquil. **Methodology:** A quantitative, descriptive, non-experimental, prospective, and cross-sectional study was conducted. One hundred and twenty-nine completed questionnaires were analyzed using a demographic and clinical data sheet and the Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36), whose renal components were transformed to a scale of 0 to 100, with higher scores corresponding to better quality of life. **Results:** In the demographic profile, the 60-74 age group comprised 39%, women represented 52%, and higher education was the most common factor in 54%. In the clinical profile, hypertension was present in 74%, arteriovenous fistula in 70%, and three weekly dialysis sessions in 95%. In the quality of life components, physical limitations reached 74% and reduced activity due to emotional causes reached 71%; the transformed averages were 30.57 for renal burden, 69.54 for symptoms, and 58.28 for effects. The descriptive average of the three renal components was 52.80 points, indicating a medium level of quality of life. **Conclusion:** Quality of life was affected in physical, emotional, and daily living areas associated with symptom burden and dependence on therapy.

Keywords: Nursing care, quality of life, renal dialysis, chronic kidney failure, Hemodialysis Units in Hospital.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud de personas con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis se concentra en pacientes que experimentan alteraciones multidimensionales derivadas del tratamiento (1); Alteraciones que comprenden la valoración personal desde su situación en relación con metas, expectativas y condiciones de vida (2). Esta experiencia se organiza en dominios que incluyen síntomas persistentes, fluctuaciones en la energía, limitaciones funcionales y alteraciones en la interacción social, aspectos que configuran un perfil de calidad de vida distinto al de otros grupos sanos (3). En este escenario, la falta de datos sistemáticos sobre estas apreciaciones en el entorno local impide caracterizar con claridad la situación actual de quienes asisten regularmente a hemodiálisis.

La insuficiencia renal crónica en fase avanzada se atiende con hemodiálisis periódica, tratamiento que altera rutinas personales, vínculos familiares y organización del tiempo en torno a las sesiones. Attoun et al. (4) informaron que los pacientes en hemodiálisis presentaban síntomas físicos, alteraciones del sueño, cansancio y molestias dolorosas que influyen en la vida diaria y en la imagen que cada persona tiene de sí misma. Desde esa perspectiva, la calidad de vida relacionada con la salud comprende dimensiones que da a conocer el paciente, en conjunto con los parámetros clínicos habituales, la experiencia de la hemodiálisis mediante percepciones, expectativas y condiciones del entorno.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en un hospital de Guayaquil.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

La enfermedad renal crónica (ERC) es considerada como una causa importante de morbilidad y mortalidad en adultos. Una resolución de la Organización Mundial de la Salud indica que la enfermedad renal figura entre las diez primeras causas de muerte previstas para 2050, con incremento de la mortalidad asociada (5). Cuando la función renal llega a la etapa terminal, muchas personas pasan a terapia de sustitución renal; en ese escenario, la hemodiálisis constituye una de las principales vías y se vincula con una reducción de la calidad de vida y de la salud en general frente a la población general (3).

Desde esta perspectiva, la insuficiencia renal crónica (IRC) en etapa avanzada afecta la organización de la vida diaria de quienes dependen de la hemodiálisis (6,7). Las estimaciones más recientes indican que la enfermedad renal crónica constituye cerca de los 674 millones de personas, mientras que, 850 millones aproximadamente forman parte de la falla y lesión renal aguda, alrededor de 1,5 millones de muertes en el año 2021 asociadas a este proceso (8). En este contexto, la hemodiálisis continúa siendo la terapia de sustitución renal predominante; AlRowaie et al. (9) informaron que sus pacientes presentaban una calidad de vida y salud reducidas especialmente en los dominios físicos y psicológicos en comparación con los grupos sanos.

La región de las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud (10), registra las enfermedades renales entre las causas destacadas de mortalidad, años de vida perdidos y años vividos con discapacidad. Además, el Atlas Global de Salud Renal muestra una prevalencia mediana de enfermedad renal crónica de 10,2% y una carga considerable de discapacidad en América Latina (11). En consonancia, Machaca et al. (12) observaron en personas sometidas a hemodiálisis valores bajos o moderados en varios dominios del SF-36.

En Ecuador, la enfermedad renal crónica constituye un problema de salud pública. Vasconez et al. (13) estimaron que afecta cerca del 11% de la población adulta, mientras el Registro Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante

Renal consignó para 2022 una prevalencia de 1182,77 pacientes por millón y una incidencia de 169,55 por millón en terapia de reemplazo renal (14). Aunque los estudios nacionales sobre calidad de vida en hemodiálisis son todavía escasos (15), Ortega y Montenegro (16) informaron un índice EQ-5D-5L medio de 0,74 y variación según el acceso vascular en el Hospital IESS Quito Sur. En Guayaquil no se dispone de mediciones sistemáticas equivalentes en unidades hospitalarias de hemodiálisis.

La unidad de hemodiálisis del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, en Guayaquil atiende cada semana a un grupo elevado de personas con insuficiencia renal crónica que acude a tres sesiones fijas semanales. Los pacientes refieren bastantes limitaciones para moverse, cambios en la rutina laboral, alteraciones del sueño y restricciones en la alimentación, necesidad de apoyo de familiares o vecinos para el traslado y autocuidado en el hogar. Además, se aprecian signos físicos asociados al tratamiento como accesos vasculares visibles, variaciones de peso entre terapias y episodios de hipotensión o calambres. En conjunto, este escenario muestra la necesidad de investigar la calidad de vida de estas personas.

1.1. Preguntas de Investigación

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica?

¿Cómo es el perfil demográfico de los pacientes con insuficiencia renal crónica?

¿Cuál es el perfil clínico recurrente en pacientes con insuficiencia renal crónica?

¿Cuáles son las dimensiones físicas, mentales, carga de la enfermedad, síntomas y efectos de la enfermedad renal?

1.2. Justificación

El estudio sobre calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis tiene como finalidad aportar información directa sobre la experiencia cotidiana vinculada con esta terapia. La medición sistemática de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud podría, por lo tanto, ofrecer una perspectiva ordenada de las condiciones del

entorno de los pacientes atendidos en la unidad de hemodiálisis. Los resultados obtenidos podrían contribuir a la elaboración de planes de cuidado de enfermería e intervenciones de seguimiento de este grupo poblacional. En esta dirección, la conveniencia del estudio estaría ligada a que se contara con datos propios del hospital que permitan caracterizar la realidad actual del estado de la calidad de vida de esta población.

La investigación podría aportar información a los pacientes en hemodiálisis, a sus familias y al personal de enfermería que participa en la prestación de cuidados y atención. En este sentido, la obtención de un perfil de calidad de vida asociado a diferentes variables sociodemográficas y clínicas permitiría realizar una mejor identificación de aquellos grupos con mayor vulnerabilidad y de aquellos que favorecieran su adaptación al tratamiento. Por otro lado, la generación de información también puede servir para respaldar decisiones de gestión en el propio servicio de hemodiálisis e impulsar proyectos institucionales enfocados a conseguir una mejor experiencia del paciente. En el ámbito académico, el estudio podría ser utilizado como referencia en futuros trabajos de programas de formación en enfermería o en áreas similares.

Desde el punto de vista aplicado, el estudio podría evidenciar patrones de calidad de vida que orienten la priorización de actividades del cuidado de enfermería en la unidad de hemodiálisis; en este caso la identificación de dominios más perjudicados como movilidad, control del dolor y relaciones sociales darían lugar a intervenciones programadas de educación, apoyo emocional y acompañamiento durante el tratamiento de hemodiálisis. En consecuencia, la información recogida podría orientar la asignación de tiempo, personal y recursos materiales en el servicio. De esa manera, la investigación tendría un valor operativo para guiar acciones concretas dirigidas a mejorar la experiencia diaria de las personas con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

En el plano teórico, la investigación se vincula con el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades crónicas y con la aplicación del instrumento Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) en personas en hemodiálisis (17). El estudio de los puntajes en cada dimensión podría aportar información sobre la relación que tiene la terapia sustitutiva con la apreciación

de bienestar en este conjunto, y a partir de ella se podría recurrir a los datos obtenidos para contraponer resultados con los de estudios anteriores en otras realidades y hacer comparativas que alimenten la discusión académica. Así, el estudio iría en el sentido de abrir nuevas preguntas sobre los factores relacionados con la calidad de vida en pacientes hemodializados con enfermedad renal crónica.

Con relación a la utilidad metodológica, la investigación se realizó mediante un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por pacientes con insuficiencia renal crónica que recibían tratamiento de hemodiálisis en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, mientras que la muestra analítica quedó conformada por 129 participantes con cuestionarios completos. La técnica que se empleó fue la encuesta, procedimiento uniforme que facilitó el acceso a los participantes sin interferir con sus sesiones ni requerir recursos técnicos de difícil disponibilidad.

Para obtener la información se empleó una ficha de datos demográficos y clínicos y el cuestionario Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36), compuesto por 36 reactivos y respaldado por evidencia psicométrica en población hispanohablante. Su aplicación permitió medir los componentes físico y mental, así como la carga, los síntomas y los efectos de la enfermedad renal, con criterios iguales para todos los participantes. La disponibilidad de los pacientes, la extensión del cuestionario y la organización del procedimiento justificaron la factibilidad del estudio; además, ofrecieron una base replicable para futuras mediciones en los servicios de hemodiálisis, sin efectuar una nueva validación local del instrumento.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden al hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar el perfil demográfico en pacientes con insuficiencia renal crónica.
2. Detallar el perfil clínico en pacientes con insuficiencia renal crónica.
3. Describir las dimensiones físicas, mentales, carga de la enfermedad, síntomas y efectos de la enfermedad renal.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la Investigación

AlRowaie et al. publicaron Calidad de vida entre pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis: un estudio transversal, investigación cuantitativa de corte transversal efectuada en Riad, Arabia Saudita. La población estuvo constituida por adultos con enfermedad renal terminal bajo tratamiento de diálisis, la muestra estuvo compuesta por 210 pacientes con hemodiálisis o diálisis peritoneal y, mediante el Quality of Life Index-Dialysis, se obtuvo un puntaje global de $21,73 \pm 4,2$; las medias fueron $21,72 \pm 4,1$ para hemodiálisis y $21,80 \pm 4,4$ para diálisis peritoneal. El estudio contribuyó a establecer un punto de referencia del papel de la modalidad y años de tratamiento sobre la experiencia de calidad de vida (9).

Sułkowski et al. desarrollaron Apoyo social y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis: un estudio comparativo con controles sanos, estudio cuantitativo comparativo que implicó a 115 pacientes en hemodiálisis y 107 controles sanos de Polonia. Aplicaron el WHOQOL-BREF y dos formatos de Modified Social Support Survey, junto con otras variables demográficas y dialíticas. Los pacientes obtuvieron puntuaciones inferiores en el dominio físico y psicológico respecto al grupo control; además, el estado civil, la educación y el apoyo emocional estaban relacionados con las valoraciones obtenidas. Estos resultados relacionaron la experiencia terapéutica con los recursos sociales disponibles (3).

Attoun et al. realizaron Impacto de los agrupamientos de carga de síntomas en la autoeficacia y la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis: un estudio transversal multicéntrico, investigación cuantitativa transversal en cinco centros de Palestina. La muestra estuvo conformada por 306 adultos en hemodiálisis. Identificaron fatiga en 84,3%, sequedad cutánea en 56,9% y prurito en 52,9%. Los agrupamientos con molestias se asociaron con baja autoeficacia y peor percepción del bienestar. El antecedente mostró que la coexistencia de síntomas explica una parte de las dificultades funcionales y emocionales del tratamiento (4).

Machaca et al. publicaron Calidad de vida y sus factores asociados en pacientes con enfermedad renal en tratamiento hemodiálisis en una ciudad peruana: un estudio transversal. El trabajo cuantitativo transversal consideró una población de 257 usuarios y analizó 207 pacientes mediante el SF-36. La mediana de edad resultó 62 años y el tiempo en hemodiálisis alcanzó 3,5 años. Los puntajes fueron 13,9 para rol físico, 32,2 para rol emocional y 32,4 para función física; el componente físico llegó a 32,0 y el componente mental a 42,2. El estudio demostró restricciones corporales y emocionales en un contexto latinoamericano comparable (12).

Casanova et al. efectuaron Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en Ñuble, Chile, 2023, estudio cuantitativo descriptivo y transversal. La población correspondió a usuarios de centros de hemodiálisis de la región y la muestra incluyó 153 pacientes evaluados con el KDQOL-36. Los hombres representaron 59,5%, el 51,6% superó los 61 años y la calidad de vida global promedió 47,7 puntos. La investigación describió afectación en distintos componentes del bienestar y ofreció un referente regional sobre la carga que acompaña al tratamiento dialítico prolongado (18).

Ortega y Montenegro presentaron Calidad de vida en pacientes renales crónicos con tratamiento sustitutivo renal mediante fístula arteriovenosa, estudio cuantitativo transversal efectuado en el Hospital IESS Quito Sur. La población estuvo formada por pacientes en terapia de reemplazo renal y la muestra reunió 112 participantes evaluados con el EQ-5D-5L. La media del índice fue 0,74; además, 39,3% utilizaba catéter y el resto fístula o prótesis. La calidad de vida favorable apareció en 56,8% de quienes tenían catéter y en 70,6% de quienes portaban fístula o prótesis, resultado que vinculó el acceso vascular con la experiencia terapéutica (16).

Méndez Barbecho et al. desarrollaron Personas en tratamiento hemodialítico y su calidad de vida en el Ecuador, estudio cuantitativo descriptivo y transversal aplicado en dos unidades de diálisis. La muestra fue de 70 participantes y se utilizó el KDQOL-36 junto con variables demográficas y clínicas. La hipertensión originó 44,3% de los casos, la fístula se registró en 87,1% y las sesiones de cuatro horas en 90%. Los promedios fueron 80,24 en

síntomas, 75,45 en efectos, 45,18 en carga renal, 39,89 en componente físico y 44,53 en componente mental; el valor global alcanzó 57,05 (19).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica (IRC) forma parte del continuo de la enfermedad renal crónica y se reconoce cuando la estructura o la función del riñón permanece alterada por más de tres meses, con repercusión clínica o funcional. Esta clasificación abarca la causa, la tasa de filtración glomerular y la albuminuria, variables que permiten estimar la gravedad y el riesgo de progresión. En la categoría G5, el riñón pierde capacidad para mantener la homeostasis y puede surgir la necesidad de terapia de reemplazo renal, circunstancia que modifica el curso clínico y, por lo tanto, la vida diaria (20).

La insuficiencia renal crónica reúne antecedentes patológicos personales frecuentes como diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras condiciones vasculares o inflamatorias, junto con factores sociales y de acceso a la atención. La progresión hacia falla renal se acompaña de alteraciones hematológicas, metabólicas, cardiovasculares y neurológicas, además de manifestaciones físicas que reducen tolerancia al esfuerzo, apetito, sueño y actividad diaria. Por esa razón, la insuficiencia renal crónica en etapa terminal no se expresa solo en laboratorio y función excretora; también se refleja en la manera en que la persona percibe su salud, organiza su rutina y mantiene sus vínculos familiares y sociales (21).

2.2.1.1. Etiología

La etiología de la IRC se relaciona con un conjunto de condiciones que provocan daño progresivo y persistente en la estructura y función de las nefronas. Entre las causas más frecuentes se encuentran la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambas asociadas a alteraciones microvasculares que afectan el flujo sanguíneo renal y favorecen procesos de esclerosis glomerular. De igual forma, intervienen enfermedades glomerulares primarias, trastornos hereditarios como la poliquistosis renal y procesos inflamatorios que comprometen el tejido renal. Estas condiciones actúan de manera continua, generando deterioro gradual de la tasa de filtración glomerular (22).

Igualmente, hay otros factores que participan en el avance de la insuficiencia renal crónica, tales como infecciones urinarias recurrentes, obstrucciones en el tracto urinario, exposición crónica a agentes nefrotóxicos (incluyendo fármacos y compuestos químicos) y procesos sistémicos como enfermedades autoinmunes o alteraciones metabólicas que afectan la función renal a través de mecanismos inflamatorios o de la perfusión del tejido. La interacción de estos elementos configura un proceso de evolución lenta, en el cual el riñón pierde de forma sostenida su capacidad de mantener el equilibrio hidroelectrolítico y eliminar productos de desecho.

2.2.1.1.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la IRC incluyen condiciones que favorecen el deterioro progresivo de la función renal. Entre ellas se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la edad avanzada y los antecedentes familiares. También intervienen la exposición a medicamentos nefrotóxicos, la obesidad y las barreras para acceder a prevención o seguimiento. La combinación de estos factores aumenta la probabilidad de lesión persistente; por ello, la evaluación debe integrar la tasa de filtración glomerular y la albuminuria para orientar el riesgo individual (20).

De igual manera, intervienen factores asociados al estilo de vida y a condiciones ambientales, tales como el consumo prolongado de fármacos nefrotóxicos, la obesidad, el tabaquismo y dietas con alto contenido de sodio o proteínas. Asimismo, la exposición a sustancias químicas y la presencia de infecciones urinarias recurrentes se vinculan con alteraciones en la estructura renal. La coexistencia de varios de estos factores en un mismo individuo influye en la progresión del daño renal, lo que permite identificar grupos poblacionales con mayor probabilidad de desarrollar insuficiencia renal crónica.

2.2.1.2. Signos y síntomas

La dimensión síntomas y problemas recoge molestias frecuentes en la enfermedad renal crónica y en la hemodiálisis, tales como dolores musculares, dolor torácico, calambres, prurito, resequeidad de piel, disnea, mareo, falta de apetito, fatiga, entumecimiento, náuseas y problemas con el

acceso vascular. La carga sintomática se agrupa y se asocia con menor percepción de calidad de vida, menor autoeficacia y mayor interferencia en la actividad cotidiana (4). Su inclusión en el presente estudio permite describir qué tanto molestan esos síntomas al paciente y aporta una medida concreta del malestar físico que acompaña a la terapia dialítica.

2.2.1.3. Diagnóstico

El diagnóstico se establece mediante parámetros clínicos y de laboratorio que permiten identificar alteraciones persistentes de la función o la estructura renal. Se considera la tasa de filtración glomerular estimada, calculada a partir de la creatinina, junto con marcadores de daño como la albuminuria, cambios del sedimento urinario o hallazgos en estudios de imagen. La persistencia durante al menos tres meses permite diferenciar esta condición de un proceso agudo y sustenta la clasificación por causa, filtración glomerular y albuminuria (20).

2.2.1.4. Estadios

La IRC se clasifica según la tasa de filtración glomerular estimada en las categorías G1 a G5 y según la albuminuria en A1 a A3. La organización tiene en cuenta la pérdida funcional y el riesgo de progresión, pero, para interpretarla, es necesario hacerlo simultáneamente con la causa de la enfermedad y otros datos clínicos. Las categorías ayudan a realizar un seguimiento, prevenir las complicaciones y prepararse para la terapia de reemplazo renal, cuando la función está cerca de llegar a su etapa final (20):

- **Estadio 1:** Función renal normal o elevada (≥ 90 mL/min/1,73 m²), existe daño renal con pruebas de modificaciones funcionales o estructurales.
- **Estadio 2:** Disminución leve de la función renal (60–89 mL/min/1,73 m²), en pacientes con signos de daño renal.
- **Estadio 3a:** Disminución leve a moderada (45–59 mL/min/1,73 m²), aunque en ocasiones comienzan a presentarse las manifestaciones clínicas.

- **Estadio 3b:** Disminución moderada a severa (30–44 mL/min/1,73 m²), con alteraciones metabólicas y un compromiso funcional más significativo.
- **Estadio 4:** Disminución severa de la función renal (15–29 mL/min/1,73 m²), las manifestaciones clínicas son más notorias.
- **Estadio 5:** Falla renal avanzada (< 15 mL/min/1,73 m²), que es la fase en la cual se necesita terapia de reemplazo renal ya sea hemodiálisis o trasplante.

Esta categorización posibilita la descripción sistemática del declive gradual de la función renal y situar al paciente en un nivel específico de acuerdo con sus cifras de filtración glomerular.

2.2.1.5. Tratamiento

El tratamiento de la IRC se orienta al control de las condiciones que contribuyen al deterioro de la función renal y al manejo de las complicaciones asociadas, con el objetivo de mantener el equilibrio del organismo y preservar la función renal residual. En este contexto, se incluyen intervenciones dirigidas al control de la presión arterial, el manejo de la glucemia en personas con diabetes, la regulación de la dieta y la vigilancia de parámetros clínicos y bioquímicos. En etapas avanzadas, cuando la función renal es insuficiente, se incorporan terapias de reemplazo renal como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o el trasplante renal, según las características clínicas de cada paciente (23).

2.2.1.5.1. Hemodiálisis

La hemodiálisis constituye una modalidad de terapia de reemplazo renal que utiliza una membrana semipermeable y un circuito extracorpóreo para retirar solutos, corregir alteraciones hidroelectrolíticas y controlar la sobrecarga de volumen cuando la función renal es insuficiente. Su aplicación requiere un acceso vascular, programación periódica y control clínico antes y después de cada sesión. La asistencia varias veces por semana incorpora el tratamiento a la vida cotidiana y explica parte de sus efectos físicos, emocionales y sociales (20).

2.2.1.6. Complicaciones

En cuanto a las complicaciones de la enfermedad renal crónica, estas se manifiestan como consecuencia de la pérdida progresiva de la capacidad del riñón para mantener el equilibrio interno del organismo. Entre las principales se encuentran los trastornos hidroelectrolíticos, como la hiperpotasemia, y alteraciones en el equilibrio ácido-base, que afectan diversos sistemas corporales. Además, se presentan, anemia por disminución de la producción de eritropoyetina y alteraciones óseas relacionadas con el metabolismo del calcio y fósforo, conocidas como enfermedad ósea mineral asociada a la insuficiencia renal (24).

De igual manera, la enfermedad renal crónica suele asociarse a complicaciones cardiovasculares. Éstas se asocian a la hipertrofia del ventrículo izquierdo, la insuficiencia cardíaca y a un incremento del riesgo de eventos de origen vascular, pero también se documentan manifestaciones neurológicas, la presencia de cansancio, trastornos del sueño y un deterioro evidente en el estado general del paciente. En las etapas avanzadas, la acumulación de las toxinas urémicas da lugar a un cuadro sistémico que, indiscutiblemente, afecta la calidad de vida y la funcionalidad de la vida ordinaria, lo cual se relaciona con la necesidad de iniciar las terapias de reemplazo renal mediante hemodiálisis.

2.2.2. Calidad de vida

La calidad de vida general reúne manifestaciones del funcionamiento físico, el estado emocional, el dolor, la energía y la interacción social durante las semanas previas. En pacientes con insuficiencia renal crónica, permite apreciar si la persona redujo actividades, ejecutó sus tareas con menor cuidado, experimentó interferencia del dolor o modificó su participación social. Su valoración integra áreas del bienestar diario y muestra cómo la hemodiálisis repercute sobre la capacidad funcional y el estado anímico (3).

2.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se entiende como la percepción que una persona tiene de su lugar en la vida en relación con su cultura, sus metas, sus expectativas y sus preocupaciones (2). Cuando la

noción se traslada al campo de la salud, permite describir el bienestar físico, psicológico y social dentro de una enfermedad o un tratamiento prolongado. En pacientes con insuficiencia renal crónica, esta variable registra cómo se vive la condición más allá de la supervivencia o del control bioquímico.

En la práctica clínica renal, la calidad de vida relacionada con la salud puede medirse con instrumentos que contemplen dimensiones generales y dimensiones propias de la enfermedad. Una reciente revisión sobre instrumentos de valoración en diálisis corroboró que los cuestionarios específicos del riñón logran una captación más detallada de los efectos del tratamiento sobre síntomas, carga de la enfermedad y vida diaria que los instrumentos diseñados para población general. A menor escala, la calidad de vida refiere la experiencia concreta del paciente y ayuda a formar una lectura ordenada de la percepción sobre salud, funcionalidad y bienestar durante la hemodiálisis.

2.2.4. Salud general percibida

La salud general percibida expresa la valoración resumida que el paciente realiza de su propio estado y de las limitaciones en actividades habituales. En el KDQOL-36, esta información forma parte del núcleo genérico de 12 reactivos que explora salud, función y desempeño. Su inclusión aporta una entrada al análisis de la calidad de vida, aunque debe interpretarse junto con las preguntas sobre actividad, dolor y bienestar para evitar que una sola valoración oculte restricciones concretas (25).

2.2.5. Carga de la enfermedad renal

La carga de la enfermedad renal describe el peso subjetivo que la persona atribuye al padecimiento dentro de su vida diaria. El dominio reúne la interferencia en la rutina, el tiempo ocupado por la atención, la frustración y la sensación de ser una carga para la familia (25). Su valoración es pertinente porque la hemodiálisis requiere desplazamientos, vigilancia y ajustes del tiempo personal. Así, la carga expresa cuánto lugar ocupa el tratamiento en la vida y cómo el paciente interpreta ese costo.

2.2.6. Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria

Los efectos de la enfermedad renal en la vida diaria describen la repercusión sobre la restricción de líquidos y dieta, el trabajo doméstico, los viajes, la dependencia del personal sanitario, la vida sexual, las preocupaciones y el aspecto físico (25). Estos componentes son pertinentes porque la diálisis obliga a reorganizar tareas, salidas, alimentación y decisiones cotidianas. Medir el dominio permite observar cómo la enfermedad traspasa el plano orgánico y modifica la autonomía y la satisfacción personal.

2.2.7. Cuestionario Kidney Disease Quality of Life-36

El Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36) está formado por 36 ítems destinados a medir la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal. Los ítems 1 a 12 pertenecen al Short Form-12 y producen los componentes físico y mental usando puntuaciones T, los ítems del 13 al 16 miden la carga de la enfermedad renal, los ítems del 17 al 28 miden los síntomas y problemas y los ítems del 29 al 36 producen los efectos sobre la vida diaria. Las escalas de los tres componentes renales se recodifican y se transforman en una escala de 0 a 100 puntos, donde 0 indica la situación menos favorable y 100 indica la mejor calidad de vida percibida (25).

El manual del KDQOL-36 no considera apropiados puntos de corte globales que permitan la determinación de niveles de calidad de vida baja, media o alta, ya que su propuesta es la de hacer una discusión de cada componente sin tener en cuenta ningún punto de corte. Para facilitar la interpretación descriptiva de los resultados, el presente trabajo decidió adoptar intervalos iguales, de 0,00 a 33,33 puntos para calidad de vida baja, de 33,34 a 66,66 para calidad de vida media, y de 66,67 a 100 para la calidad de vida alta, Esta clasificación se utilizó con fines descriptivos, y no se consideró un criterio clínico validado.

El KDQOL-36 está respaldado psicométricamente en la población hispanohablante. La escala fue aplicada a 506 pacientes colombianos con enfermedad renal crónica en estadio 5 y se obtuvieron coeficientes de consistencia interna por encima de 0,89, además de concordancia test-retest

y sensibilidad al cambio (26). El KDQOL-36 empleado en los servicios de diálisis en Estados Unidos ha demostrado ser útil para la evaluación sistemática de la funcionalidad en los dominios renales (17). Estos antecedentes respaldan su elección para la investigación.

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

En lo que se refiere al Art. 32.- Establece “la salud como un derecho garantizado por el Estado, cuya garantía se encuentra vinculada a la realización de otros derechos, entre estos el derecho al agua, el derecho a la alimentación, el derecho a la educación, el derecho a la cultura física, el derecho al trabajo, el derecho a la seguridad social, el derecho a los ambientes sanos y otros derechos que fundamentan el buen vivir. El Estado garantizará el derecho a la salud, mediante la ejecución de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y mediante el acceso permanente, oportuno y sin exclusión, a la programación, acciones y servicios de promoción de la salud y de atención integral de salud, de salud sexual y de salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, de universalidad, de solidaridad, de la interculturalidad, de la calidad, de la eficiencia, de la eficacia, de la precaución y de la bioética, de la concepción de género y de una concepción generacional (27).”

De acuerdo con el Art.66.- Se reconoce y garantiza a la persona:

En el numeral 2, el "derecho a vida digna que garantice salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad y otros servicios sociales requeridos (27).”

De acuerdo con el artículo 3.- "Son deberes primordiales del Estado: en el numeral 1 "Garantizar sin ningún tipo de discriminación el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. 8. Garantizar a sus habitantes el derecho a una cultura de paz, a la seguridad integral y a vivir en una sociedad democrática y libre de corrupción (27).”

En el Art. 11.- "El ejercicio de los derechos se regirá por los principios siguientes: todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción ya sea personal o colectiva, temporal o permanente (27)."

2.3.2. Proyecto de Código Orgánico de Salud (2020)

El texto que fue aprobado por la Asamblea Nacional en 2020 proponía en su artículo 4 que se "comprenda la salud como un derecho humano en relación con los determinantes sociales, biológicos, económicos, políticos, culturales y ambientales" frente a la objeción total del Ejecutivo, por lo que no entró en vigor y se incorpora únicamente como antecedente legislativo y no como norma que sea aplicable (28).

Así pues, el artículo 8 del proyecto aprobó la atención oportuna y de calidad y, por consiguiente, el acceso progresivo a las acciones y servicios del Sistema Nacional de Salud, siendo que esta propuesta tiene relación temática respecto a la continuidad de la hemodiálisis, pero conserva la naturaleza de propuesta legislativa que queda descrita (28).

2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo 2025–2029

El Plan Nacional de Desarrollo Ecuador No Se Detiene 2025–2029 dirige la acción pública hacia el bienestar social y la calidad de vida, así como la reducción de desigualdades y la garantía efectiva de derechos. Tal como se ha indicado, el Objetivo 1 se relaciona con la atención sostenida a las enfermedades crónicas y con la necesaria posibilidad de contar con servicios de salud accesibles. En la investigación la relación se traduce en la evaluación de condiciones cotidianas, físicas y emocionales de pacientes dependientes de hemodiálisis, una información útil para llevar a cabo cuidados que sean consonantes con las necesidades de estos pacientes (29).

2.3.4. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (2021)

La Ley Orgánica de Protección de Datos Personales regula el tratamiento de información sensible y prevé consentimiento, confidencialidad y medidas de seguridad para el tratamiento de los datos de salud (30). Estas exigencias sustentaron, en la investigación, la codificación de los formularios, la reserva de las respuestas y el limitado acceso a la base de datos. La conexión entre la norma y el procedimiento fue directa, ya que en él se recogieron datos clínicos y percepciones personales de los pacientes en tratamiento.

2.3.5. Otros sustentos

Tanto el reglamento ecuatoriano para la investigación observacional como los puntos de la Declaración de Helsinki prevén criterios de protección para la autonomía, la privacidad y el bienestar de las personas que forman parte del estudio (31,32). Estos criterios fueron tenidos en cuenta en el estudio, ya que se habla de un estudio no terapéutico y se basa en una encuesta a adultos. A partir de aquí se estableció la participación voluntaria, el consentimiento informado, la confidencialidad y el derecho a no seguir participando en el estudio.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Estudio

Nivel: Descriptivo. El estudio detalló las características demográficas, clínicas y los componentes de la calidad de vida percibida por pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, sin establecer relaciones causales ni contrastar efectos entre variables (33).

Método: Cuantitativo. Las respuestas se codificaron en variables numéricas y categóricas para organizar los datos, calcular indicadores descriptivos y presentar los resultados en tablas y figuras (34).

3.2. Diseño de la investigación

Diseño: No experimental. Las variables se observaron tal como se presentaron en la unidad de hemodiálisis, sin manipular las condiciones clínicas, terapéuticas o sociales de los participantes (35).

Según el tiempo: Prospectivo. La recolección se planificó antes del trabajo de campo y la información se registró conforme los pacientes aceptaron participar (36).

Según el periodo y la secuencia: Transversal. Cada participante respondió el instrumento en un único momento, sin seguimiento posterior (37).

3.3. Población

La población estuvo constituida por 192 pacientes únicos con insuficiencia renal crónica que recibían hemodiálisis y acudían de forma regular a la unidad hospitalaria. La cifra representó usuarios activos, no el número acumulado de atenciones mensuales.

3.4. Muestra

El tamaño previsto se calculó para una población finita de 192 pacientes, con 95% de nivel de confianza, 5% de error y máxima variabilidad, cuyo resultado fue 129 participantes. Se realizó una captación consecutiva no probabilística de cuestionarios completos, que constituyeron la muestra de estudio.

Fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

En dónde:

n = tamaño de la muestra requerido

N = tamaño de la población

Z = valor del nivel de confianza seleccionado (para el 95%, el valor es 1.96)

e = margen de error máximo aceptado. Se emplea 5% (0.05) para este estudio

p = probabilidad esperada de ocurrencia del evento estudiado (0.5)

q = probabilidad de no ocurrencia del evento, que se calcula como $q = 1 - p$

Los valores se sustituyen:

$$N = 192$$

$$Z = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

Cálculo final:

$$n = \frac{192(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2(192 - 1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = 129$$

3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

- a) Criterios de inclusión: diagnóstico de insuficiencia renal crónica en estadio 5; tratamiento de hemodiálisis durante al menos tres meses; edad mayor de 18 años; capacidad para responder y aceptación mediante consentimiento informado.
- b) Criterios de exclusión: alteraciones cognitivas documentadas que impidieran comprender el cuestionario; inestabilidad clínica durante la aplicación; hospitalización o ingreso en terapia intensiva durante el periodo de recolección.

3.6. Procedimientos para la recolección de información

Técnica: Encuesta. Tras la autorización institucional, se explicó el estudio, se obtuvo el consentimiento y se aplicó el formulario en un momento que no interfirió con la atención. Las respuestas se trasladaron a una base sin nombres ni números de identificación.

Instrumento: Se implementó una ficha donde se integraron cinco variables demográficas y cinco clínicas; además se aplicó el cuestionario Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36). Este instrumento consta de 36 reactivos que se distribuyen en cinco componentes: el componente físico, el componente mental, el de carga de la enfermedad renal, el de síntomas y problemas, y el de efectos de la enfermedad renal. Los componentes renales fueron transformados en puntuaciones que oscilan de 0 a 100 por medio de la recodificación indicada en el manual, de forma que una puntuación más elevada manifestó mejor calidad de vida. La validación colombiana llevada a cabo en 506 pacientes mostró que se trata de un instrumento con adecuada consistencia interna y temporal (26). En el reactivo 28 se aplicó la opción 28a, referida al acceso vascular en hemodiálisis; la opción 28b, destinada a diálisis peritoneal, no se aplicó.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Los datos se depuraron y organizaron en Microsoft Excel. Para variables categóricas se calcularon frecuencias y porcentajes enteros; la edad se resumió mediante media, mediana, moda y cinco intervalos. Las respuestas de carga, síntomas y efectos se transformaron a una escala de 0 a 100, donde

un valor superior indicó mejor calidad de vida, de acuerdo con el manual del KDQOL (25). Se establecieron tres intervalos operativos para la interpretación descriptiva de los componentes renales: calidad de vida baja de 0,00 a 33,33 puntos, calidad de vida media de 33,34 a 66,66, y calidad de vida alta de 66,67 a 100. El uso de estos intervalos se decidió por la facilidad para mostrar los resultados y no porque existieran puntos de corte clínicos validados.

3.8. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

La participación fue voluntaria y se sustentó en consentimiento informado. Los formularios se codificaron, la base se mantuvo con acceso restringido y los resultados se presentaron de forma agrupada. También se respetaron el derecho a retirarse y la continuidad de la atención, sin intervención sobre el tratamiento (31,32).

3.9. Operacionalización de Variables

Variable General: Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable General: Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica			
Dimensión	Indicador	Escala	Técnica e instrumento
Perfil demográfico	Edad	Años cumplidos	Encuesta
	Sexo	Mujer, hombre	
	Estado civil	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo	
	Nivel educativo	Primaria, secundaria, superior	
	Ocupación	Desempleado, empleado dependiente, independiente, jubilado	

Perfil clínico	Tiempo con ERC	Meses o años	Encuesta
	Tiempo en hemodiálisis	Meses o años	
	Comorbilidades	Hipertensión, diabetes, otras	
	Tipo de acceso vascular	Fístula arteriovenosa, catéter	
	Sesiones por semana	Número de sesiones planificadas	
Salud general percibida	• Autopercepción del estado general • Limitaciones funcionales	1. Muy mala, Muy insatisfecho 2. Mala, Insatisfecho 3. Ni buena ni mala, Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Buena, Satisfecho 5. Muy buena, Muy satisfecho	Cuestionario KDQOL-36
Calidad de vida general	• Limitaciones físicas • Limitaciones emocionales • Dolor • Energía • Calma • Tristeza • Limitaciones sociales	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	
Carga de la enfermedad renal	• Interferencia en la vida • Tiempo dedicado al tratamiento • Frustración • Percepción de carga familiar	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	
Síntomas y problemas	• Intensidad de síntomas frecuentes en ERC • Diálisis	1. Nunca, Nada 2. Pocas veces, Poco 3. Algunas veces, Moderado 4. Muchas veces, Bastante 5. Siempre, Totalmente	

Efectos de la enfermedad en la vida diaria	• Restricciones alimentarias • Viajes • Trabajo doméstico • Dependencia sanitaria • Vida sexual • Apariencia	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	
---	---	--	--

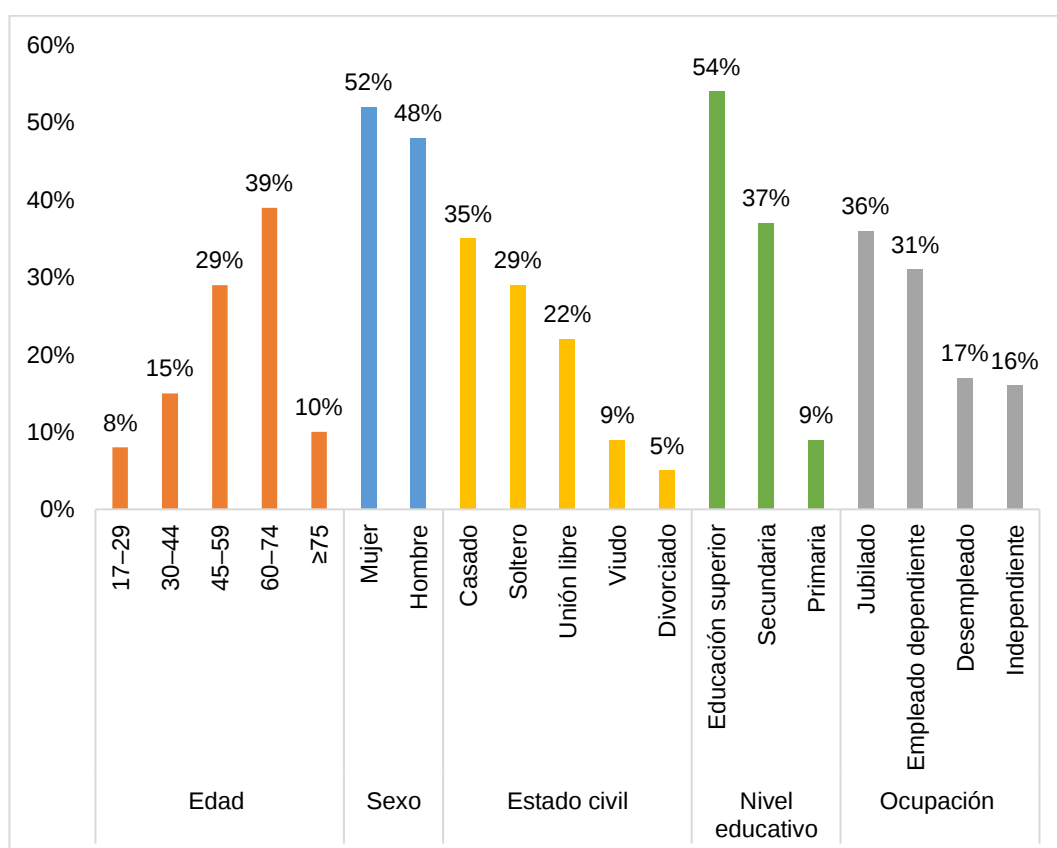
CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El capítulo presenta la información obtenida mediante el cuestionario aplicado a los participantes. Los datos se organizan en tablas y figuras según los objetivos, con una descripción de las características demográficas, clínicas y de los componentes de la calidad de vida vinculada con la enfermedad renal.

En relación con el primer objetivo específico sobre identificar el perfil demográfico en pacientes con insuficiencia renal crónica, se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 1. Distribución porcentual del perfil demográfico de los pacientes con IRC



Fuente: Correa Muñiz, Mercedes Azucena y Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú.

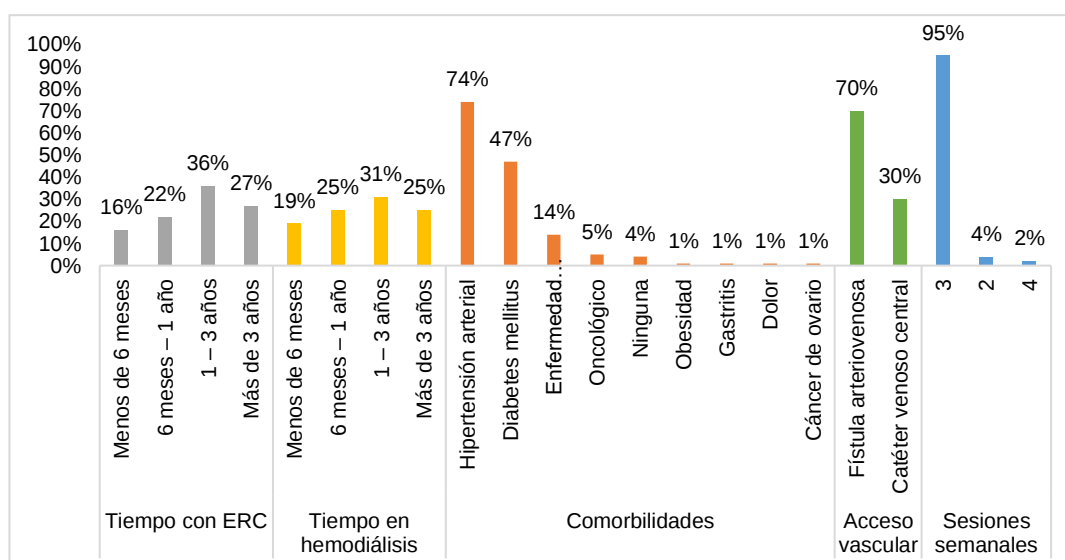
En la figura 1, correspondiente al perfil demográfico, la concentración de participantes entre 60 y 74 años convivió con una distribución semejante entre mujeres y hombres. La edad media fue 57,91 años, la mediana alcanzó 59 y la moda fue 70, medidas que ubican al grupo encuestado en una etapa adulta

con posibles cambios de movilidad, resistencia y autonomía. La concentración de pacientes con edades comprendidas entre 60 y 74 años se asocia al aumento progresivo de la enfermedad renal crónica a medida que avanza el grupo de edad, además la proporción femenina se relaciona con la mayor prevalencia e incidencia a nivel mundial de la enfermedad renal crónica observada en mujeres de la mayoría de los grupos etarios (12).

Por otro lado, el matrimonio, los estudios superiores y la jubilación fueron condiciones sociales descritas por el grupo. La vida en pareja puede aumentar el apoyo para asistir a las sesiones; sin embargo, la jubilación y el desempleo hacen disminuir la disponibilidad de los ingresos en algunos hogares. La proporción de pacientes casados se puede poner de manifiesto por la permanencia de un compañero con funciones de acompañar en el curso de la terapia. A su vez, la educación superior facilita la interpretación de las indicaciones sanitarias, mientras la jubilación responde a la edad del grupo y a las limitaciones funcionales que dificultan conservar una actividad laboral (3).

Respecto al segundo objetivo específico sobre detallar el perfil clínico en pacientes con insuficiencia renal crónica, se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:

Figura 2. Distribución porcentual del perfil clínico de los pacientes con IRC



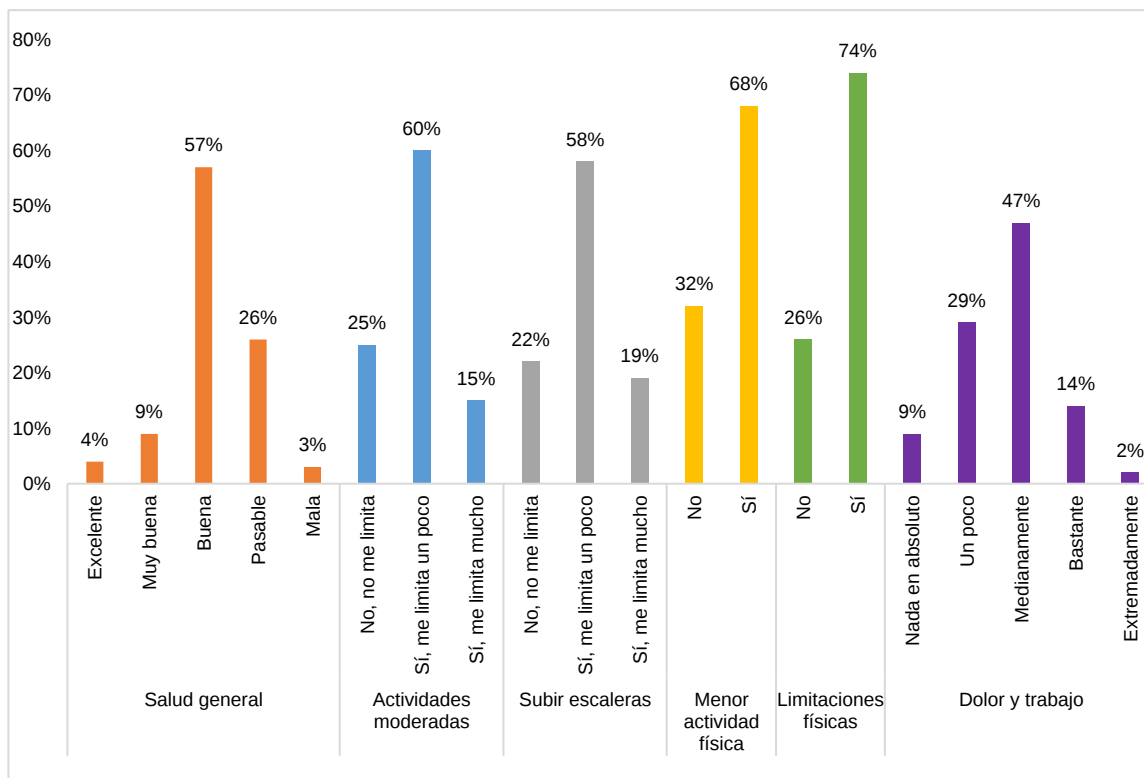
Fuente: Correa Muñiz, Mercedes Azucena y Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú.

La figura 2, mostró un perfil clínico con una trayectoria que abarcaba entre uno y tres años, tanto para la enfermedad renal como para la hemodiálisis. Ese periodo de tiempo incluye el tratamiento dentro de la rutina del paciente, pero también agrega restricciones, traslados y cuidados entre sesiones. Asimismo, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus estuvieron presentes en un número importante de pacientes. Con respecto a la concentración del tiempo de enfermedad y hemodiálisis en el intervalo de uno a tres años, este hecho responde al carácter permanente del tratamiento sustitutivo tras la pérdida avanzada de la función renal. Además, la elevada proporción de hipertensión arterial y diabetes mellitus se explica porque ambas enfermedades constituyen las principales causas y comorbilidades habituales de la insuficiencia renal en la población sometida a hemodiálisis (19).

De igual modo, la fístula arteriovenosa y tres sesiones por semana caracterizaron la atención habitual, mientras el catéter venoso central permaneció como una condición que requiere vigilancia por infección, flujo y permeabilidad. La pauta semanal mantiene la depuración, aunque ocupa horas de tratamiento y traslado que reorganizan obligaciones familiares o laborales. El predominio de la fístula arteriovenosa obedece a su mayor duración, menor riesgo de infección y mejor funcionamiento frente al catéter venoso central. Por otra parte, las tres sesiones semanales corresponden al esquema habitual destinado a retirar toxinas y controlar la acumulación de líquidos entre los tratamientos (16).

En el caso de la respuesta al tercer objetivo específico que consistió en describir los parámetros que miden las dimensiones físicas, mentales, carga de la enfermedad, síntomas y efectos de la enfermedad renal; se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 3. Distribución porcentual de la dimensión componente físico de pacientes con IRC



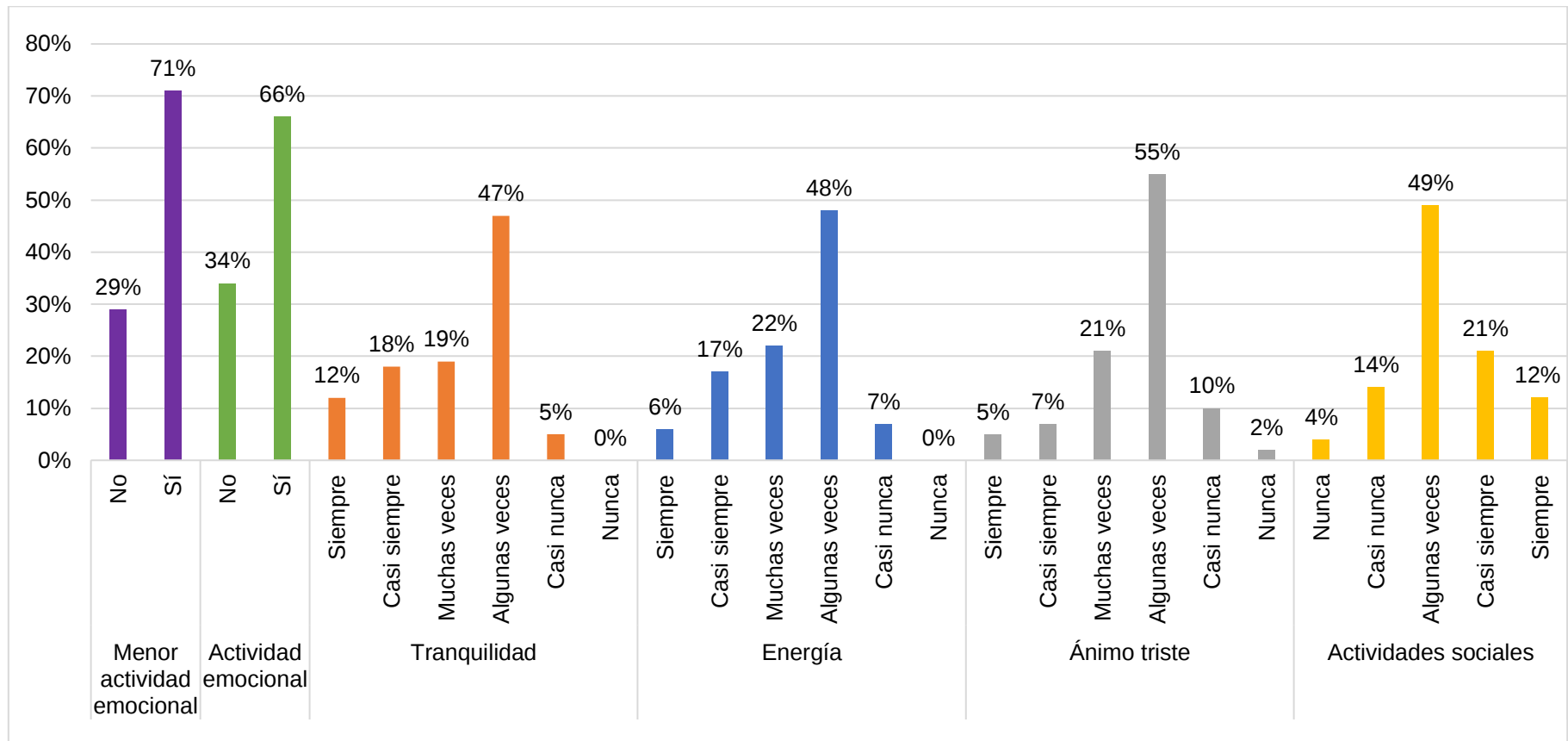
Fuente: Correa Muñiz, Mercedes Azucena y Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú.

De acuerdo con la figura 3, el componente físico presentó restricciones para la realización de actividades moderadas y para ascender varios pisos, además de una disminución de la actividad laboral habitual. Las limitaciones para llevar a cabo actividades y para seleccionar su tipo conllevan una disminución de la autonomía que puede extenderse hasta el aseo, el traslado o las labores del hogar. La elevada proporción de limitaciones para realizar actividades moderadas, para subir escaleras y para cumplir el trabajo habitual se explica por la edad, las comorbilidades y la disminución de la fuerza, de la energía y de la capacidad de autocuidado asociadas a la hemodiálisis crónica (12).

En cambio, la valoración de la salud general y el efecto del dolor fueron añadidos a la descripción del patrón físico. El dolor se intensifica en el trabajo tanto dentro como fuera de la casa y puede propiciar un reposo que se extiende por mucho tiempo; por otro lado, la inactividad disminuiría la resistencia y la tolerancia al esfuerzo. A pesar de que algunos pacientes continuaron con una percepción satisfactoria de su salud, las limitaciones en actividades específicas revelaron necesidades que no siempre se captan con

una pregunta general. La interferencia del dolor en el trabajo cotidiano se relaciona con los calambres, las molestias musculares y la fatiga posterior a las sesiones, manifestaciones que disminuyen la movilidad y la tolerancia al esfuerzo físico (9).

Figura 4. Distribución porcentual de la dimensión componente mental de pacientes con IRC

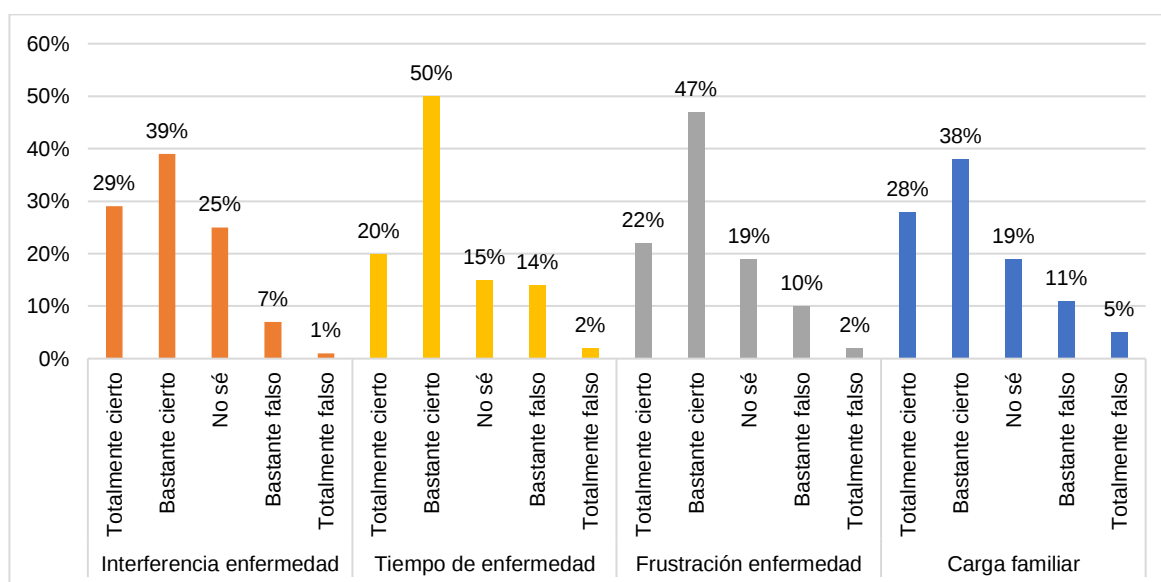


Fuente: Correa Muñiz, Mercedes Azucena y Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú.

En relación con la figura 4, el componente mental mostró reducción de actividades y menor cuidado en las tareas a causa de problemas emocionales. También aparecieron tristeza y poca energía, condiciones que disminuyen la iniciativa para sostener responsabilidades personales. La disminución de las actividades y del cuidado al realizar las tareas se explica por la tristeza, la disminución de energía y la preocupación procedente de la dependencia continua de hemodiálisis. La ansiedad y la depresión se relacionan con unas condiciones físicas y emocionales adversas en estos sujetos (1).

A su vez, la tranquilidad limitada y la interferencia en las actividades sociales indicaron cambios en el bienestar y en los vínculos. La asistencia reiterada a la unidad reduce el tiempo libre, mientras la fatiga o el malestar favorecen el aislamiento en los días posteriores a la sesión. La interferencia en las actividades sociales es consecuencia de las citas médicas, del cansancio tras el tratamiento y de la disminución del tiempo libre; en cambio, el apoyo administrativo, el transporte, la comunicación emocional y la continuidad de la atención contribuyen a reducir estos efectos (3).

Figura 5. Distribución porcentual de la dimensión carga renal de pacientes con IRC

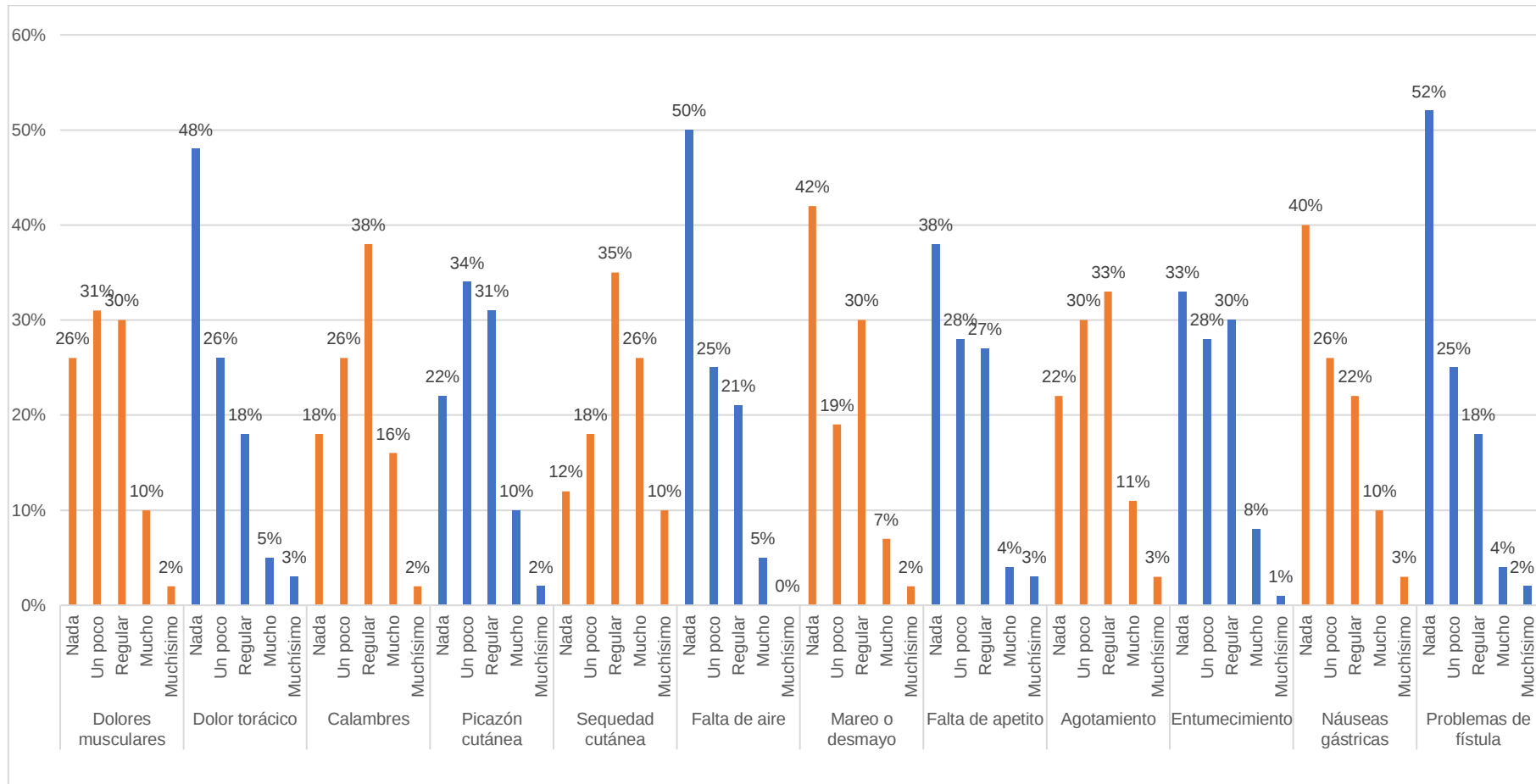


Fuente: Correa Muñiz, Mercedes Azucena y Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú.

La información de la figura 5 indicó que el tiempo ocupado por la atención renal, la interferencia de la enfermedad, la frustración y la sensación de carga familiar formaron un mismo patrón. Las sesiones, los traslados y el cuidado

posterior reorganizan la semana, de modo que quedan menos espacios para el trabajo, la familia o el descanso. Además, la necesidad de ayuda puede afectar la autovaloración del paciente y generar preocupación por quienes lo acompañan. La proporción de pacientes que pensaba que la enfermedad se adueñaba de gran parte de su tiempo y les hacía sentir frustrados podría explicarse por el tiempo gastado en las sesiones, el de los traslados, el de las restricciones alimentarias, el de depender de otras personas, situaciones que cambian la realización de responsabilidades familiares, laborales y personales. (19).

Figura 6. Distribución porcentual de la dimensión síntomas renales de pacientes con IRC



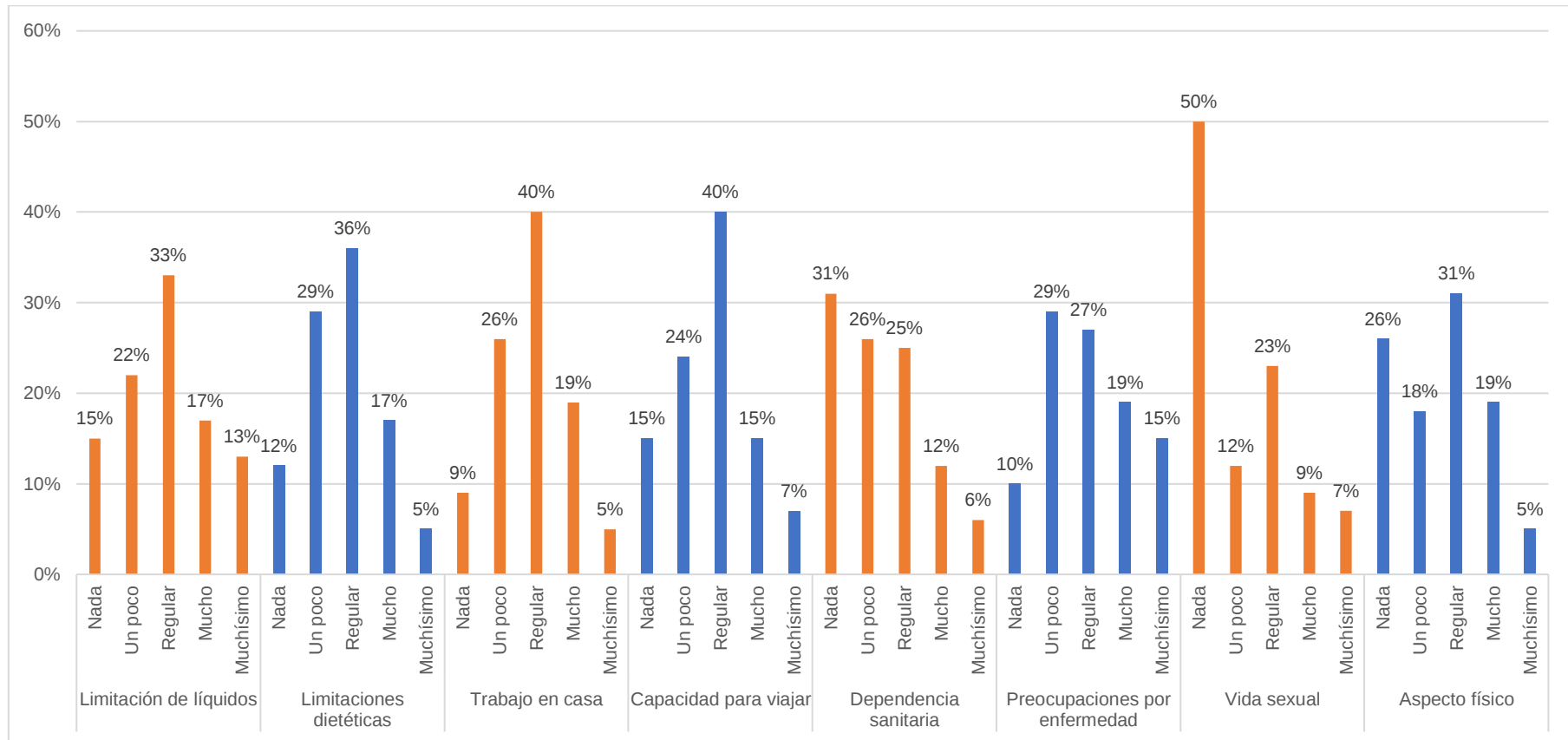
Fuente: Correa Muñiz, Mercedes Azucena y Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú.

Con respecto a la figura 6, la sequedad cutánea, la picazón, los calambres y los dolores musculares conformaron molestias que afectan el descanso y el movimiento. La alteración de la piel favorece irritación y rascado, mientras los calambres interrumpen el sueño o la actividad después de la sesión. El prurito, la sequedad cutánea, los calambres y el dolor en los músculos dan lugar a la acumulación de productos urémicos, la falta de hidratación de la piel y los cambios en la hidratación y los electrolitos durante la hemodiálisis (4).

Después, el agotamiento, el mareo, la falta de aire y el entumecimiento mostraron una repercusión sobre la seguridad y la capacidad para actuar con independencia. El agotamiento limita la continuidad de una tarea, mientras el mareo y la disnea pueden obligar a detenerla por riesgo de caída o intolerancia al esfuerzo. La escasa presencia de ahogo y mareo en una gran proporción se relaciona con el control del volumen de fluidos y la vigilancia hemodinámica de las sesiones, de tal forma que el incurrir en estas complicaciones supone limitar la actividad de la vida diaria y se relaciona con una calidad de vida peor (24).

Por último, el dolor torácico, la falta de apetito, las náuseas y los problemas del acceso vascular completaron el bloque sintomático. Las molestias digestivas reducen la ingesta y pueden interferir con el cumplimiento de las pautas nutricionales; entretanto, cualquier cambio en el sitio de acceso exige revisión para preservar el tratamiento. El bajo porcentaje de dolor precordial, las molestias gástricas y los problemas de acceso vascular se relaciona con la vigilancia clínica de cada sesión, el predominio de la fístula arteriovenosa y el control de los síntomas relacionados con la diálisis (4).

Figura 7. Distribución porcentual de la dimensión efectos diarios de pacientes con IRC

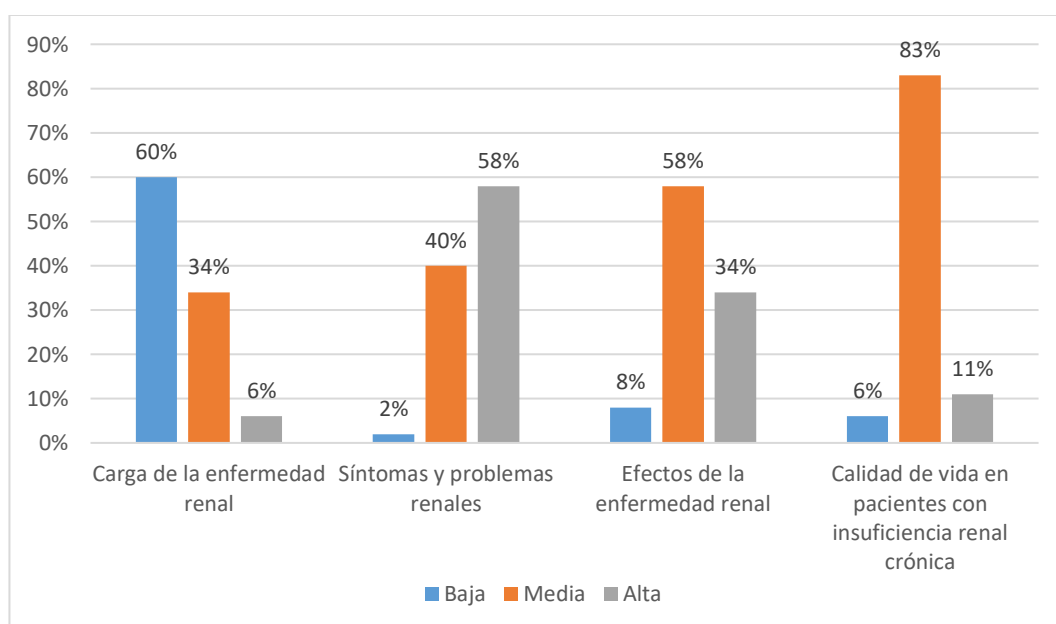


Fuente: Correa Muñiz, Mercedes Azucena y Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú.

La figura 7 evidenció dificultades para el trabajo doméstico y los viajes, junto con restricciones de líquidos y dieta. Las pautas terapéuticas modifican la compra, la preparación de alimentos y las reuniones familiares; además, los horarios de sesión limitan desplazamientos prolongados. La reducción de la capacidad para atender el hogar traslada responsabilidades a otras personas y puede afectar la sensación de autonomía. Las dificultades para llevar a cabo el trabajo de casa, el viaje o la dieta se explicarían por los horarios estrictos de las sesiones, las restricciones de líquidos y alimentos y el cansancio generado por el tratamiento que provocan menor espacio para organizar las actividades familiares y personales (19).

Finalmente, la dependencia del personal sanitario, las preocupaciones por la enfermedad, la vida sexual y la percepción del aspecto físico mostraron efectos sobre la intimidad y la imagen personal. Los accesos vasculares visibles y los cambios corporales pueden generar incomodidad, mientras la preocupación sostenida reduce el interés en actividades afectivas. La menor afectación de la vida sexual y las diferencias en la evaluación del aspecto físico dependen de las expectativas personales, la adaptación al tratamiento y la importancia atribuida a los cambios corporales, de modo que una misma situación clínica recibe distintas valoraciones entre los participantes (17).

Figura 8. Distribución porcentual de niveles de calidad de vida según los componentes renales



La figura 8, muestra que la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica se posiciona en el nivel medio. La carga de la enfermedad renal presentó predominio del nivel bajo, resultado que se asocia a la interferencia del tratamiento, al tiempo dedicado a la atención y a la dependencia familiar. Los síntomas y problemas renales presentaron predominio del nivel alto, condición que evidenció una valoración más positiva en ese componente. La concentración de la calidad de vida total en el nivel medio se debe al resultado de la combinación de los componentes evaluados: el tratamiento controla parcialmente los síntomas, y la dependencia recurrente de la hemodiálisis, tiempo dedicado a las sesiones y limitaciones en la vida diaria impactan sobre la carga renal y los efectos de la enfermedad (18).

5. DISCUSIÓN

El perfil demográfico reveló que el 39% de los encuestados tenía entre 60 y 74 años, y que el 52% de las participantes eran mujeres. En este perfil demográfico, el 35% estaba casado, el 54% tenía un nivel educativo superior, y el 36% estaba jubilado; la alta concentración de personas con edades cercanas a la vejez sugiere que es una población que podría estar expuesta a algunos cambios funcionales típicos de esta etapa de la vida, a pesar de que la proporción entre sexos es balanceada. La distribución de los niveles de educación probablemente facilitó la comprensión de las instrucciones y condiciones; no obstante, la jubilación puede conllevar una reducción de ingresos y dependencia familiar. Sułkowski et al. (3) informaron menor calidad de vida en 115 pacientes en hemodiálisis frente a 107 controles sanos y describieron diferencias en los dominios físico y psicológico, junto con variaciones vinculadas con el estado civil y la educación. Esta coincidencia apoyó la interpretación de que las condiciones sociales participaron en la experiencia del tratamiento, aun cuando cada variable necesitó valorarse junto con la red familiar y económica. Por su parte, Machaca et al. (12) analizaron 207 pacientes peruanos, con mediana de 62 años, y obtuvieron puntajes de 32,0 en el componente físico y 42,2 en el mental. La cercanía geográfica corroboró la oportunidad de analizar edad, sexo, educación, condición conyugal y ocupación como rasgos determinantes que intervinieron en el bienestar. Los resultados no permitieron asociar deterioro a una única condición demográfica; por el contrario, evidenciaron una combinación de recursos y necesidades capaces de modular el autocuidado, los desplazamientos y la continuidad terapéutica en la unidad de Guayaquil.

El perfil clínico indicó que el 36% convivía con la enfermedad renal desde uno hasta tres años y el 31% llevaba el mismo periodo en hemodiálisis. La hipertensión arterial estuvo presente en el 74%, la fístula arteriovenosa correspondió al 70% y tres sesiones semanales fueron informadas por el 95%. La complejidad del cuidado aumentó debido a la hipertensión y a una amplia presencia de diabetes mellitus, que se sumaron a esa información. La experiencia terapéutica mostró una exposición adecuada para que la rutina incluyera las restricciones, los accesos vasculares y los horarios. Ortega y

Montenegro (16) examinaron a 112 pacientes de Ecuador, logrando un índice EQ-5D-5L medio de 0,74. Además, informaron que la calidad de vida era superior en aquellos que tenían una fístula o prótesis en comparación con los que usaban un catéter. La comparación coincidió con la necesidad de considerar el acceso dentro de la valoración, pues cada modalidad exigió cuidados y presentó riesgos distintos. Por su parte, Méndez Barbecho et al. (19) registraron hipertensión como causa principal, predominio de la fístula y sesiones de cuatro horas en 70 participantes ecuatorianos. Las diferencias pudieron responder a la organización de cada servicio y a la composición clínica de sus usuarios. En resumen, el perfil describió una población con comorbilidad y dependencia terapéutica, así pues, la presión arterial, la glicemia, el acceso y la preparación entre sesiones debieron ser interpretados conjuntamente en la valoración del bienestar de la población durante el proceso de cuidado. Las comparaciones permitieron contrastar los hallazgos locales con patrones clínicos nacionales, sin querer asumir la equivalencia de los servicios.

El 74% y el 71% de los encuestados reportaron limitaciones físicas y disminución de actividades por razones emocionales respectivamente. Además, el 70% de la carga estuvo relacionada con el tiempo dedicado a la enfermedad; la sequedad cutánea se vio presente en un 88% y las dificultades para realizar tareas domésticas llegaron al 91%. Los hallazgos mostraron que el tratamiento tuvo un impacto que abarcó desde la capacidad física hasta la organización del hogar, con incomodidades que coexistieron con frustración, tristeza, energía reducida y limitaciones sociales. Casanova et al. (18) estudiaron a 153 usuarios chilenos mediante el KDQOL-36 y obtuvieron un promedio general de 47,7 puntos. Las comparaciones corresponden a aportaciones distribuidas debido a las diferentes áreas afectadas, aunque el análisis por reactivos hacía evidentes las áreas donde se anotaron más dificultades. Asimismo, Méndez Barbecho et al. (19) comunicaron una media global de 57,05 puntos y 45,18 en carga renal, 39,89 en componente físico y 44,53 en componente mental. Esa correspondencia apuntó a que las limitaciones no se reducían a síntomas distantes pues formaron parte del cansancio corporal, la dependencia y el estado emocional. Los calambres, la

sequedad, la picazón y el agotamiento pudieron obstaculizar el descanso, mientras las pautas de líquidos y de alimentación restringieron decisiones de la vida diaria. Considerar la calidad de vida supuso combinar el control de los síntomas, la conservación de la capacidad funcional, el apoyo emocional y la adaptación de las rutinas familiares en cada etapa del tratamiento y del autocuidado diario de manera permanente.

Con respecto a los aportes, las ventajas y los facilitadores a nivel metodológico, el cuestionario permitió ejemplificar en una única muestra poblacional el estado demográfico, las condiciones clínicas y cinco componentes de la calidad de vida. Por otra parte, la organización por indicadores facilitó visualizar las necesidades de cuidado relacionadas con movilidad, estado emocional, síntomas y actividades. Las limitaciones estuvieron determinadas por el diseño transversal, el cual no podía mostrar la evolución de los cambios de la calidad de vida a lo largo del tiempo y el uso de respuestas personales bajo el efecto de la memoria, del cansancio o de la interpretación de las preguntas.

CONCLUSIONES

Respecto de la identificación del perfil demográfico, los participantes formaron parte de grupos correspondientes a la adultez madura y en edades próxima a la vejez, con similar número de mujeres y hombres. La educación superior estuvo bien representada, mientras que el matrimonio y la jubilación formaron parte del grupo. Además, la población también reunió condiciones que influían en la organización del autocuidado, la generación de ingresos, los traslados y el apoyo familiar. El perfil que se obtuvo hizo posible el reconocimiento de las necesidades vinculadas con la hemodiálisis según el sentido del curso de vida y los recursos sociales.

Respecto al perfil clínico, la trayectoria con la enfermedad renal y la hemodiálisis se concentró en periodos prolongados, acompañados por comorbilidades de hipertensión arterial y diabetes mellitus. La fístula arteriovenosa fue el acceso habitual y tres sesiones semanales conformaron la pauta terapéutica compartida por gran parte de los pacientes. La carga de cuidado requería seguimiento continuo, dado por las condiciones de comorbilidad, control del acceso y la atención médica periódica. Estos resultados permitieron valorar que la experiencia del tratamiento pasó a depender de un grupo de condiciones clínicas que precisaron un seguimiento coordinado dentro de la unidad y fuera de la misma.

En relación con la descripción de la calidad de vida, las limitaciones físicas se asocian a ocupaciones laborales, esfuerzo físico y movilidad, al tiempo en que las emociones permitieron reconocer el estado de energía, de ánimo y de interacción social. La carga renal generó tiempo personal y un incremento de frustración o dependencia familiar. Asimismo, la sequedad cutánea, los calambres, el picor o el cansancio formaron parte de las sesiones, y los patrones de alimentación, los líquidos, los desplazamientos o los trabajos domésticos alteraron la vida cotidiana. Los resultados mostraron una experiencia de bienestar afectada en las áreas descritas.

La estimación de la calidad de vida en la insuficiencia renal crónica mostró un impacto que incluía la aptitud física, el bienestar emocional, la enfermedad como carga, los síntomas y las actividades diarias. Aunque la percepción

general de salud conservó valoraciones favorables en una parte del grupo, las limitaciones funcionales y las restricciones terapéuticas mantuvieron una presencia amplia. La calidad de vida quedó definida por la interacción entre la condición clínica, la exposición a la hemodiálisis y los recursos personales o familiares, sin reducirse a un síntoma ni a una característica demográfica.

RECOMENDACIONES

A las autoridades sanitarias del Ecuador se les recomienda que, en la atención a personas en hemodiálisis, incorporen la valoración de la calidad de vida desde unos lineamientos que contemplen la vigilancia física, emocional, social y renal para conducir cuidados que se ajusten a las necesidades de esta población y propiciar la continuidad del tratamiento.

Se recomienda que las instituciones de salud que brindan atención en hemodiálisis establezcan el monitoreo de la glucemia, la tensión arterial, el acceso vascular y la asistencia a sesiones mediante registros periódicos y coordinación entre las personas encargadas de la atención, con el fin de detectar alteraciones en el estado de salud, prevenir problemas y evitar que se detenga el tratamiento.

Se sugiere a las universidades que forman profesionales de enfermería fortalecer la enseñanza sobre calidad de vida, hemodiálisis y enfermedad renal crónica a través de ejercicios académicos y clínicos prácticos de autocuidado, educación sanitaria y soporte emocional. La meta es preparar al profesional del futuro para encarar las necesidades físicas y psicosociales de los pacientes.

A los profesionales de enfermería se les recomienda hacer valoraciones periódicas de la movilidad, del estado emocional, de las alteraciones cutáneas, de los calambres, del agotamiento y de la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. A partir de los resultados, deberían aplicar educación individualizada, cuidado de la piel, ejercicios adaptados y apoyo emocional para minimizar las molestias y garantizar la autonomía entre las sesiones.

REFERENCIAS

1. Merino-Martínez RM, Morillo-Gallego N, Sánchez-Cabezas AM, Gómez-López VE, Crespo-Montero R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enferm Nefrol.* 2019;22(3):274-283. doi:10.4321/S2254-28842019000300006.
2. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 30 jul 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
3. Sułkowski L, Matyja A, Matyja M. Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. *Medicina.* 2024;60(11):1732. doi:10.3390/medicina60111732.
4. Attoun AS, Abuhailima D, Al-Jabi SW, Zyoud SH. Impact of symptom burden clusters on self-efficacy and quality of life in hemodialysis patients: a multicenter cross-sectional study. *Sci Rep.* 2025;15:37424. doi:10.1038/s41598-025-21174-4.
5. World Health Organization. Executive Board. Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease. Geneva: World Health Organization; 2025. Documento EB156(20). Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_\(20\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_(20)-en.pdf)
6. Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno CS, Hernández-Zambrano SM. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enferm Nefrol.* 2018;21(4):334-347. doi:10.4321/S2254-28842018000400003.
7. Cantillo-Medina CP, Sánchez-Castro LF, Ramírez-Guerrero AM, Muñoz-Bolaños MD, Quintero-Penagos HF, Cuero-Montaña SV. Calidad de vida y caracterización de las personas con enfermedad renal crónica trasplantadas. *Enferm Nefrol.* 2021;24(1):83-92. doi:10.37551/S2254-28842021009.

8. Deng L, Guo S, Liu Y, Zhou Y, Liu Y, Zheng X, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease and its underlying etiologies from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *BMC Public Health*. 2025;25:636. doi:10.1186/s12889-025-21851-z.
9. AlRowaie F, Alaryni A, AlGhamdi A, Alajlan R, Alabdullah R, Alnutaifi R, et al. Quality of Life among Peritoneal and Hemodialysis Patients: A Cross-Sectional Study. *Clin Pract*. 2023;13(5):1215-1226. doi:10.3390/clinpract13050109.
10. Pan American Health Organization. Burden of Kidney Diseases [Internet]. Washington, DC: Pan American Health Organization; [citado 30 jul 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-kidney-diseases>
11. Calice-Silva V, Neyra JA, Ferreiro Fuentes A, Singer Wallbach Massai KK, Arruebo S, Bello AK, et al. Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology Latin America region: report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA). *Kidney Int Suppl*. 2024;13(1):43-56. doi:10.1016/j.kisu.2024.01.001.
12. Machaca-Choque D, Palomino-Guerra G, Flores-Cohaila J, Parihuana-Travezaño E, Taype-Rondan A, Gomez-Colque S, et al. Quality of life and its associated factors in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis from a Peruvian city: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2024;19(5):e0300280. doi:10.1371/journal.pone.0300280.
13. Vasconez-Gonzalez J, Noboa-Lasso ML, Izquierdo-Condoy JS, Ortiz-Prado E. Collapse of dialysis services and preventable mortality in Ecuador: a national crisis in chronic kidney disease care with global implication. *Ren Fail*. 2025;47(1):2561787. doi:10.1080/0886022X.2025.2561787.
14. Gahona Villegas JR, Reyes Jurado P, Prado Cabrera AS, Meza Rodríguez KM, Benítez Kellendonk CH. Descripción y análisis de la tasa de incidencia y prevalencia de pacientes en terapia de reemplazo renal en Ecuador. *Metro Ciencia*. 2023;31(2):35-40. doi:10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/35-40.
15. Gavilanes Lisintuña MN, Laguapillo Vergara AR. Fibrilación auricular y enfermedad renal crónica: un análisis integral de la interacción y su

- relevancia en la práctica clínica. *Rev UNIANDES Cienc Salud*. 2025;8(1):58-77. doi:10.61154/rucs.v8i1.3625.
16. Ortega Paredes MG, Montenegro Villavicencio MJ. Calidad de vida en pacientes renales crónicos con tratamiento sustitutivo renal mediante fístula arteriovenosa. *Rev Univ Guayaquil*. 2023;137(2):41-50. doi:10.53591/rug.v137i2.2030.
 17. Cohen DE, Lee A, Sibbel S, Benner D, Brunelli SM, Tentori F. Use of the KDQOL-36 for assessment of health-related quality of life among dialysis patients in the United States. *BMC Nephrol*. 2019;20:112. doi:10.1186/s12882-019-1295-0.
 18. Casanova-Álvarez N, Díaz-Fuentes M, Flores-Zúñiga V, Lagos-Méndez C, Henríquez-Figueroa S. Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en Ñuble, Chile, 2023. *Salud Cienc Tecnol*. 2025;5:1158. doi:10.56294/saludcyt20251158.
 19. Méndez Barbecho NA, Valenzuela Suazo SV, Rodríguez Campo VA. Personas en tratamiento hemodialítico y su calidad de vida en el Ecuador. *Cienc Lat Rev Cient Multidiscip*. 2025;9(1):2018-2035. doi:10.37811/cl_rcm.v9i1.15976.
 20. Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.
 21. Rosas-Valdez FU, Aguirre-Vázquez AF, Agudelo-Botero M. Cuantificación de la carga de la enfermedad renal crónica en América Latina: una epidemia invisibilizada. *Rev Panam Salud Publica*. 2024;48:e41. doi:10.26633/RPSP.2024.41.
 22. Carrillo-Ucañay MR, Rodríguez-Cruz LD, Díaz-Manchay RJ, Cervera-Vallejos MF, Constantino-Facundo F. Prevención de la enfermedad renal crónica en adultos: una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol*. 2022;25(4):310-317. doi:10.37551/52254-28842022031.

23. Treihaft AM, Parikh MA, Jackson KA, Frishman WH, Peterson SJ. New Therapies for the Management of Chronic Kidney Disease. *Cureus*. 2025;17(4):e81824. doi:10.7759/cureus.81824.
24. Inga-Romero ME, Huaman-Untiveros S, Arellán-Bravo L. Relación entre complicaciones y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis en un hospital nacional de Huancayo, Perú, 2022. *Enferm Cuid Humaniz*. 2025;14(1):1-15. doi:10.22235/ech.v14i1.4424.
25. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB, et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1997. Report No.: P-7994. Disponible en: <https://www.rand.org/pubs/papers/P7994.html>
26. Valderrama-Rios MC, Sánchez R, Sanabria M. Psychometric properties of the Kidney Disease Quality of Life short form 36 (KDQOL-36) scale for the assessment of quality of life in Colombian patients with chronic kidney disease on dialysis. *Int Urol Nephrol*. 2024;56:2337-2350. doi:10.1007/s11255-024-03940-x.
27. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial No. 449. Quito: Registro Oficial del Ecuador; 2008. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
28. Asamblea Nacional del Ecuador. Proyecto de Código Orgánico de Salud [Internet]. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador; 2020. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ec/es/multimedios-legislativos/44722-proyecto-de-codigo-organico-de-salud>
29. Secretaría Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Ecuador No Se Detiene 2025-2029. Quito: Secretaría Nacional de Planificación; 2025. ISBN: 978-9942-7433-0-5. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2025-2029-ecuador-no-se-detiene/>
30. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Quinto Suplemento del Registro Oficial No. 459. Quito: Registro

- Oficial del Ecuador; 2021. Disponible en: <https://www.registroficial.gob.ec/quinto-suplemento-al-registro-oficial-no-459/>
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reforma al Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos. Acuerdo Ministerial No. 00038-2021. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2021. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/AM-00038-2021-23-Dic-Reforma-Reglamento-observacionales.pdf>
 32. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. JAMA. 2025;333(1):71-74. doi:10.1001/jama.2024.21972.
 33. Castañeda Mota MM. La científicidad de metodologías cuantitativa, cualitativa y emergentes. Rev Digit Investig Docencia Univ. 2022;16(1):e1555. doi:10.19083/ridu.2022.1555.
 34. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2023.
 35. Iglesias ME. Metodología de la investigación científica: diseño y elaboración de protocolos y proyectos. Buenos Aires: Noveduc; 2021. 176 p.
 36. Barbosa Moreno A, Mar Orozco CE, Molar Orozco JF. Metodología de la investigación: métodos y técnicas. Ciudad de México: Grupo Editorial Patria; 2020. 228 p.
 37. Supo Condori JA, Zacarías Ventura HR. Metodología de la investigación científica: para las ciencias de la salud, las ciencias sociales y las ingenierías. Arequipa: Bioestadístico EEDU EIRL; 2020. 352 p.

ANEXOS

Anexo 1. Recolección de datos en el hospital



Figura 9. Recolectando datos en el centro de hemodiálisis de un hospital de Guayaquil

Anexo 2. Aprobación del tema de titulación por Comisión Académica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Guayaquil, 24 de febrero del 2026

Srta. Mercedes Azucena Correa Muñiz
Srta. Valeria Marilu Quizhpi Maldonado
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Facultad de Ciencias
de la Salud

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, **“Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil.”** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Kristy Franco Poveda.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física

Atentamente,



Lcda. Ángela Mendoza Vines
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

cc. Archivo

Anexo 3. Autorización del departamento de investigación del Hospital Teodoro Maldonado Carbo



Memorando Nro. IESS-HTMC-JUTDI-2026-0394-M

Guayaquil, 06 de junio de 2026

PARA: Sra. Mgs. Maria Gabriela Acuña Chong
Coordinador/a General de Investigación del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

ASUNTO: RESPUESTA: Solicitud de pertinencia y viabilidad para la realización del trabajo de investigación: " Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica "

De mi consideración:

En referencia al Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2026-0243-M, de fecha 03 de junio de 2026, suscrito por usted, en calidad de COORDINADOR/A GENERAL DE INVESTIGACIÓN, el cual en su parte medular expresa:

"Por medio de la presente, me dirijo a usted de manera atenta para solicitar se indique la pertinencia y factibilidad para la realización de dicho proyecto en la unidad médica que usted dirige. Cabe destacar que este estudio se desarrollará con fines exclusivamente académicos, en el marco del trabajo de investigación titulado:

" Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica "

Este trabajo será desarrollado por Mercedes Azucena Correa Muñiz, identificada con cédula de ciudadanía N.º 0926091125 y por Valeria Marilú Quizhpi Maldonado, identificada con cédula de ciudadanía N.º 0953583812, matriculadas en la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Santiago de Guayaquil, bajo la tutoría de la docente Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda.

Se solicita indicar la pertinencia y viabilidad del presente trabajo.

De autorizarse la realización del presente trabajo, una vez que sea concluido, los autores del proyecto, deberá remitir una copia del documento final hacia la Unidad Médica y hacia la Coordinación de Investigación, con la finalidad de aportar con los hallazgos de la investigación a la mejora continua de la calidad de la atención médica en beneficio del personal de salud, la gestión institucional y, principalmente, de los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que son atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Agradezco la apertura y colaboración institucional para la ejecución de este proyecto."

Ante lo expuesto, informo a usted la viabilidad y la pertinencia para la realización del proyecto descrito en líneas anteriores.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Espc. Fernando Alberto Martínez Florencia
JEFE/A DE LA UNIDAD TÉCNICA DE DIÁLISIS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - TEODORO MALDONADO CARBO

Anexo 4. Formulario de la encuesta aplicada



ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN HEMODIÁLISIS

Tema: Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil.

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil.

Instrucciones para la persona encuestada:

La encuesta es anónima. Marque una sola respuesta, excepto en la pregunta de comorbilidades, que admite varias opciones. Responda según su experiencia durante las últimas cuatro semanas.

I. Datos demográficos

1. Edad: _____ años
2. Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre
3. Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Viudo
4. Nivel educativo: ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Educación superior
5. Ocupación: ☐ Desempleado ☐ Empleado dependiente ☐ Independiente
☐ Jubilado

II. Datos clínicos

6. Tiempo con insuficiencia renal crónica: ☐ Menos de 6 meses ☐ 6 meses–1 año ☐ 1–3 años ☐ Más de 3 años
7. Tiempo en hemodiálisis: ☐ Menos de 6 meses ☐ 6 meses–1 año ☐ 1–3 años ☐ Más de 3 años
8. Comorbilidades: ☐ Hipertensión arterial ☐ Diabetes mellitus ☐ Enfermedad cardiovascular ☐ Ninguna ☐ Otra: _____

9. Acceso vascular: ☐ Fístula arteriovenosa ☐ Catéter venoso central

10. Sesiones de hemodiálisis por semana: ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Otra: ____

III. Cuestionario KDQOL-36

Lea cada pregunta y marque la respuesta que mejor describa su salud y su vida durante las últimas cuatro semanas.

1. En general, ¿diría que su salud es?

Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2–3. ¿Su salud actual lo limita para realizar estas actividades?

Ítem	Actividad	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita
2	Actividades moderadas	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3	Subir varios pisos	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4–5. Durante las últimas cuatro semanas, por su salud física:

Ítem	Enunciado	Sí	No
4	Hizo menos de lo deseado	☐ 1	☐ 2
5	Tuvo limitación en el tipo de trabajo	☐ 1	☐ 2

6–7. Durante las últimas cuatro semanas, por algún problema emocional:

Ítem	Enunciado	Sí	No
6	Hizo menos de lo deseado	☐ 1	☐ 2
7	Trabajó con menos cuidado	☐ 1	☐ 2

8. ¿Cuánto dificultó el dolor su trabajo habitual?

Nada	Un poco	Medianamente	Bastante	Extremadamente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9–11. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo...?

Ítem	Enunciado	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9	Se sintió tranquilo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
10	Tuvo mucha energía	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
11	Se sintió desanimado y triste	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

12. ¿Cuánto tiempo su salud física o emocional dificultó sus actividades sociales?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

13–16. Indique en qué medida cada afirmación es cierta o falsa.

Ítem	Enunciado	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
13	La enfermedad interfiere en mi vida	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14	La enfermedad ocupa demasiado tiempo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15	Me frustra ocuparme de la enfermedad	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16	Me siento una carga para mi familia	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

17–28a. ¿Cuánto le molestó cada problema durante las últimas cuatro semanas?

Ítem	Enunciado	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
17	Dolores musculares	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18	Dolor en el pecho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19	Calambres	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20	Picazón en la piel	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
21	Sequedad de piel	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
22	Falta de aire	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
23	Mareo o desmayo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
24	Falta de apetito	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
25	Agotamiento	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
26	Entumecimiento	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
27	Náuseas o molestias gástricas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
28a	Problemas con el sitio de acceso vascular	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Nota: el reactivo alternativo 28b para diálisis peritoneal no se aplicó en el análisis de esta población en hemodiálisis.

29–36. ¿Cuánto le molesta la enfermedad renal en cada área?

Ítem	Enunciado	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
29	Limitación de líquidos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
30	Limitaciones en la dieta	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
31	Capacidad para trabajar en casa	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
32	Capacidad para viajar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
33	Depender del personal sanitario	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
34	Preocupaciones por la enfermedad	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
35	Vida sexual	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
36	Aspecto físico	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Correa Muñiz, Mercedes Azucena**, con C.C: # **092609112-5** autor/a del trabajo de titulación: **Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre de 2026

f. 

Correa Muñiz, Mercedes Azucena

C.C: 092609112-5



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú**, con C.C: # **095358381-2** autor/a del trabajo de titulación: **Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de septiembre de 2026

f. _____

Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú

C.C: 095358381-2



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:		Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil.	
AUTOR(ES)		Correa Muñiz, Mercedes Azucena Quizhpi Maldonado, Valeria Marilú	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)		Franco Poveda, Kristy Glenda, PhD.	
INSTITUCIÓN:		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:		Ciencias de la Salud	
CARRERA:		Enfermería	
TÍTULO OBTENIDO:		Licenciada en Enfermería	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		01 septiembre del 2026	No. DE PÁGINAS: 54 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:		Salud Pública, Enfermedad Crónica, Hemodiálisis, Limitación de la Movilidad.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:		Atención de enfermería, calidad de vida, diálisis renal, insuficiencia renal crónica, Unidades de Hemodiálisis en Hospital.	
RESUMEN/ABSTRACT: Introducción: La insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis afectan la capacidad funcional, el bienestar emocional y la organización cotidiana. Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital de Guayaquil. Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, prospectivo y transversal; se analizaron 129 cuestionarios completos mediante una ficha demográfica y clínica y el Kidney Disease Quality of Life-36, con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Resultados: En el perfil demográfico, el grupo de 60 a 74 años reunió al 39%, las mujeres representaron el 52% y la educación superior el 54%. En el perfil clínico, la hipertensión arterial estuvo presente en el 74%, la fístula arteriovenosa en el 70% y tres sesiones semanales en el 95%. En los componentes de la calidad de vida, las limitaciones físicas alcanzaron el 74% y la reducción de actividades por causas emocionales el 71%; los promedios transformados fueron 30,57 para carga renal, 69,54 para síntomas y 58,28 para efectos, en una escala de 0 a 100. Conclusión: La calidad de vida estuvo afectada en áreas físicas, emocionales y cotidianas asociadas con la carga sintomática y la dependencia de la terapia.			
ADJUNTO PDF:		☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:		Teléfono: 0980565439 - 0967070015 E-mail: mercedes.correa01@cu.ucsg.edu.ec – valeria.quizhpi@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):		Nombre: Lcda. Geny Margoth Rivera Salazar PhD Teléfono: 0993095069 E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			