

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

<https://doi.org/10.35381/s.v.v10i20.5150>

Prevención de enfermedad renal crónica y calidad de vida en pacientes peruanos

Prevention of chronic kidney disease and quality of life in Peruvian patients

Cory Milagros Pérez-Zárate

msalazarpo@ucvvirtual.edu.pe

Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, La Libertad
Perú

<https://orcid.org/0009-0004-9266-3588>

Pedro Otoniel Morales-Salazar

msalazarpo@ucvvirtual.edu.pe

Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, La Libertad
Perú

<https://orcid.org/0000-0002-9242-3881>

Eduardo Javier Yache-Cuenca

edujavier82@gmail.com

Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, La Libertad
Perú

<https://orcid.org/0000-0001-9434-3351>

Recepción: 13 de abril 2026

Revisado: 16 de mayo 2026

Aprobación: 18 de junio 2026

Publicado: 01 de julio 2026

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

RESUMEN

Objetivo: Analizar cómo cada dimensión del KDPP II (concienciación, evaluación, acceso) influye en cada dimensión de la calidad de vida en pacientes atendidos en un hospital regional de La Libertad, Perú en 2025. **Método:** Estudio transversal con 140 pacientes inscritos en KDPP II. Se aplicaron cuestionarios validados; se realizaron análisis descriptivos, correlaciones de Spearman y regresión logística ordinal; se reportaron OR, IC 95% y R^2 de Nagelkerke. **Resultados:** La evaluación mostró la mayor capacidad explicativa, especialmente sobre salud mental (mayor R^2 y OR significativas). La concienciación se asoció significativamente con mejor autopercepción y el acceso presentó tendencias positivas en autopercepción, pero efectos menos consistentes y con IC amplios. **Conclusiones:** Fortalecer la evaluación clínica y las intervenciones educativas parecen prioritarios para mejorar la calidad de vida; se requieren estudios longitudinales y modelos ajustados para confirmar causalidad y fortalecer las recomendaciones.

Descriptores: Enfermedad renal crónica; prevención de ERC; concienciación del paciente; evaluación clínica; calidad de vida. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyze how each dimension of KDPP II (awareness, assessment, access) influences each dimension of quality of life in patients treated at a regional hospital in La Libertad, Peru in 2025. **Methods:** Cross-sectional study with 140 patients enrolled in KDPP II. Validated questionnaires were applied; descriptive analyses, Spearman correlations and ordinal logistic regression were performed; ORs, 95% CIs and Nagelkerke R^2 were reported. **Results:** Evaluation showed the greatest explanatory capacity, especially for mental health (higher R^2 and significant ORs). Awareness was significantly associated with better self-perception. Access showed positive trends in self-perception but less consistent effects with wide CIs. **Conclusions:** Strengthening clinical evaluation and educational interventions appears to be a priority to improve quality of life; longitudinal studies and adjusted models are required to confirm causality and strengthen recommendations.

Keywords: Chronic kidney disease; CKD prevention; patient awareness; clinical evaluation; quality of life. (Source: DeCS).

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta entre el 9,1% y el 13,4% de la población mundial y es considerada una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor impacto en la salud pública contemporánea ^{1 2}. También constituye una causa importante de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por su progresión silenciosa, la frecuente detección tardía y la necesidad eventual de terapias de reemplazo renal, tales como hemodiálisis, diálisis peritoneal o el trasplante. Las enfermedades renales afectan la calidad de vida de las personas que la padecen, ya que limitan la capacidad funcional, incrementa la carga de síntomas físicos y genera un desgaste emocional sostenido ³. Los costos asociados ascienden hasta el 1,3% de los totales de salud, agravan las desigualdades, sobre todo en contextos con recursos limitados ^{1 2 3}.

Informes y estudios regionales señalan una prevalencia elevada en grupos con factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, diabetes e hipertensión, así como brechas en el acceso a servicios especializados y en la educación para el autocuidado ^{1 4}. Por esto, en 2008 el gobierno peruano reconoció la ERC como una enfermedad catastrófica e incorporó su cobertura dentro del Seguro Integral de Salud (SIS), garantizando el acceso a terapias de reemplazo renal. Según el Ministerio de Salud (MINSA), hacia el año 2022 se estimaba que alrededor del 11 % de la población peruana padecía ERC, lo que representa más de 3 millones de personas, y estudios recientes señalan que entre el 17 % y 18 % de los adultos mayores de 18 años presentan algún estadio de la enfermedad. Se calcula que más del 40 % de los pacientes con ERC se encuentran en estadios 4 y 5, y que más de la mitad recibe el diagnóstico cuando ya requiere diálisis.

Las limitaciones en infraestructura diagnóstica, la concentración de servicios en áreas urbanas y las barreras socioeconómicas contribuyen a que muchos pacientes lleguen a estadios avanzados antes de recibir intervenciones efectivas. En el 2019, aproximadamente el 48 % de la población peruana (alrededor de 15 millones de personas) tenía cobertura de seguro público de salud a través del SIS o EsSalud. Se

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

estima que cerca del 30 % del gasto total en salud en el país corresponde a gasto de bolsillo, lo que refleja una carga económica significativa para los hogares. La atención primaria es brindada en gran medida por médicos generales y profesionales recién egresados que cumplen con el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), un programa obligatorio de un año implementado por el MINSA para garantizar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso ⁵.

Frente a este panorama, se han diseñado e implementado programas de prevención y manejo de la ERC en distintos países. Las intervenciones varían desde campañas de concienciación comunitaria y educación en autocuidado hasta modelos integrados que combinan tamizaje y el monitoreo clínico, incluyendo control glicémico y control de la tensión arterial ⁶. Los programas deben incluir la modificación de los estilos de vida, ya que las actividades físicas constantes se asocian a una menor probabilidad de ERC. La evidencia internacional sugiere que los programas bien estructurados pueden reducir la progresión de la enfermedad, mejorar indicadores clínicos y elevar la calidad de vida. Sin embargo, su efectividad depende de factores como la cobertura, la continuidad, la calidad de la evaluación clínica y la pertinencia de las estrategias educativas. En Perú, el 27,6% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza, enfrentando desafíos adicionales por sus recursos limitados, baja adherencia y dificultades para sostener intervenciones a largo plazo. Por ello, resulta esencial evaluar no solo si un programa funciona, sino cuáles de sus componentes generan los mayores beneficios y en qué dimensiones de la vida de los pacientes ^{2 5 6}.

El programa de prevención de enfermedad renal (KDPP II) en Perú se centra en tres dimensiones: el acceso, la evaluación y la concienciación del paciente. El acceso explica la facilidad y continuidad en la atención, la evaluación detección temprana y calidad del seguimiento clínico y la concienciación se fundamenta con actividades educativas y promoción del autocuidado ⁷. Las dimensiones en su conjunto, se espera que tengan un impacto positivo en la salud física, mental y en la autopercepción de la salud de cada

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

individuo ^{3 8}. No obstante, existe una falta de documentación que explique cómo cada dimensión del KDPP II de forma individual puede afectar las dimensiones de la calidad de vida. Analizar las relaciones dimensión a dimensión permite identificar mecanismos de acción, vías de mediación y posibles interacciones entre componentes programáticos. Por tanto, el objetivo principal de la investigación es analizar cómo cada dimensión del KDPP II influye en cada dimensión de la calidad de vida en pacientes atendidos en un hospital regional de La Libertad, Perú en 2025.

MÉTODO

El estudio tuvo un diseño cuantitativo, transversal, no experimental, correlacional, con la finalidad de evaluar cómo influyen las dimensiones de KDPP II de forma independiente en la calidad de vida de los pacientes. La población estuvo conformada por 218 pacientes con diagnóstico o factores de riesgo de ERC.

Se consideraron como criterios de inclusión a los pacientes inscritos en el KDPP II con registros completos durante el 2025, se excluyeron los pacientes que no culminaron el programa de prevención o que entregaron cuestionarios incompletos.

La muestra estuvo conformada por 140 pacientes con factores de riesgo asociados o diagnóstico de ERC, inscritos en el KDPP II durante el 2025. El tamaño muestral se determinó mediante un muestreo probabilístico para poblaciones finitas, con $Z=1,96$, para un intervalo de confianza del 95% y para el margen de error del 5% ⁹.

Se aplicaron dos cuestionarios previamente validados mediante juicio de expertos, utilizando el coeficiente V de Aiken¹⁰. Ambos cuestionarios emplearon una escala tipo Likert, uno con 14 ítems, para evaluar el KDPP II y otro de 13 ítems para medir la calidad de vida.

Para el análisis se utilizó Excel y el software SPSS v. 27, este incluyó frecuencias y porcentajes, la correlación de Spearman para cada dimensión de ambas variables y una

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

regresión logística ordinal para estimar la asociación entre las dimensiones de calidad de vida y de KDPP II. Se reportaron valores p y coeficientes R^2 de Nagelkerke ¹¹.

Se obtuvo el consentimiento informado, previa autorización institucional para aplica los instrumentos a los participantes. Estos se aplicaron en horarios de atención hospitalaria, sin interferir en la atención integral del paciente. Además, se brindó instrucciones estandarizadas sobre el llenado del formulario. En todo momento se garantizaron los principios éticos acorde a la Declaración de Helsinski y la normativa nacional vigente para la investigación en la salud. Los participantes accedieron a colaborar de forma voluntaria

12 13.

RESULTADOS

El 2,1% del total de pacientes presentó valores bajos en las dimensiones del KDPP II y un 12,9% de los pacientes presentó niveles bajos en todas las dimensiones de calidad de vida, lo cual es mayor en comparación con la variable KDPP II. Del total de la muestra el 20,7% presentó valores bajos en la dimensión de autopercepción de la salud (Tabla 1).

Tabla 1.

Niveles de la variable programa de prevención de enfermedad renal y calidad de vida.

Variables / Dimensiones	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Programa prevención	3	2,1%	20	14,3%	117	83,6%	140	100%
Concienciación	3	2,1%	26	18,6%	111	79,3%	140	100%
Acceso	3	2,1%	10	7,1%	127	90,7%	140	100%
Evaluación	3	2,1%	30	21,4%	107	76,4%	140	100%
Calidad de vida	18	12,9%	26	18,6%	96	68,6%	140	100%
Salud mental	19	13,6%	9	6,4%	112	80,0%	140	100%
Salud física	20	14,3%	17	12,1%	103	73,6%	140	100%
Autopercepción de salud	29	20,7%	66	47,1%	45	32,1%	140	100%

Elaboración: Los autores.

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

Es notable que solo el 27,86% presentó niveles altos en cada dimensión tanto del KDPP II como en calidad de vida. Del restante 72,14% (n=101) todos presentaron en al menos una de las dimensiones resultados bajo o medio. De estos, el 31,68% tiene niveles bajos en al menos una de las dimensiones, y el 68,32% tiene niveles medios en al menos una. El 79,3% mostró alto nivel de concienciación; las tres dimensiones de la calidad de vida se concentran en la categoría alta, especialmente la relación marcada con la autopercepción, el 95,6% de quienes se autoevalúan alto presentan también alta concienciación. Los resultados sugieren una asociación positiva y consistente entre mayor concienciación y mejores puntuaciones en las dimensiones de calidad de vida.

Solo tres de los 140 participantes presentaron niveles bajos en todas las dimensiones, lo que representa el 2,1 % del total. La dimensión de la variable calidad de vida con niveles más bajos fue la autopercepción de la salud para el 20,7% de los participantes, siendo más significativa la percepción de los pacientes hacia su enfermedad.

A continuación, en la tabla 2 se muestra la distribución de los niveles de las dimensiones de KDPP II y calidad de vida. Los pacientes con niveles medios en concienciación representan el 18,5% de los participantes, de los cuales solo el 26,92% tiene niveles bajos en salud mental, siendo en salud física y autopercepción de salud ligeramente mayores. Igualmente, la mayor cantidad de pacientes con nivel medio de concienciación presentaron niveles altos en la dimensión de salud mental.

La evaluación también presenta una distribución fuertemente sesgada hacia el nivel alto (127; 90,7%). Del total de participantes 105 presentaron niveles altos en la dimensión de evaluación y salud mental, y solamente 44 presentaron niveles altos tanto en la dimensión evaluación como en la autopercepción de salud. En la dimensión de autopercepción de salud el 48,03% de los participantes presentó niveles medios en esta dimensión y alta en la de evaluación. La salud física presentó porcentajes similares en los niveles bajo y

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

medio en correlación con la dimensión evaluación, aunque el 69,92% de los pacientes estudiados mantiene niveles altos tanto en salud física como evaluación.

Tabla 2.

Distribución de los niveles de las dimensiones de KDPP II y calidad de vida.

Dimensiones		Bajo		Medio		Alto		Total
		N	%	N	%	N	%	
Concienciación								
Salud Mental	Bajo	3	0,021	7	0,05	9	0,064	19
	Medio	0	0	2	0,014	7	0,050	9
	Alto	0	0	17	0,121	95	0,678	112
Salud Física	Bajo	3	0,021	8	0,057	9	0,064	20
	Medio	0	0	4	0,028	13	0,092	17
	Alto	0	0	14	0,100	89	0,635	103
Autopercepción de la salud	Bajo	3	0,021	9	0,064	17	0,121	29
	Medio	0	0	15	0,107	51	0,364	66
	Alto	0	0	2	0,014	43	0,307	45
Total		3	0,021	26	0,185	111	0,792	140
Evaluación								
Salud Mental	Bajo	3	0,021	3	0,021	13	0,092	19
	Medio	0	0	0	0	9	0,064	9
	Alto	0	0	7	0,050	105	0,750	112
Salud Física	Bajo	3	0,021	1	0,007	16	0,114	20
	Medio	0	0	3	0,021	14	0,100	17
	Alto	0	0	6	0,042	97	0,692	103
Autopercepción de la salud	Bajo	3	0,021	4	0,028	22	0,157	29
	Medio	0	0	5	0,035	61	0,435	66
	Alto	0	0	1	0,007	44	0,314	45
Total		3	0,021	10	0,071	127	0,907	140
Acceso								
Salud Mental	Bajo	3	0,021	12	0,085	4	0,028	19
	Medio	0	0	6	0,042	3	0,021	9
	Alto	0	0	12	0,085	100	0,714	112
Salud Física	Bajo	3	0,021	12	0,085	5	0,035	20
	Medio	0	0	7	0,050	10	0,071	17
	Alto	0	0	11	0,078	92	0,657	103
Autopercepción de la salud	Bajo	3	0,021	13	0,092	13	0,092	29
	Medio	0	0	16	0,114	50	0,357	66
	Alto	0	0	1	0,007	44	0,314	45
Total		3	0,0214	30	0,214	107	0,764	140

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

Elaboración: los autores.

Respecto a la dimensión del acceso, este tiene un gran impacto en la dimensión de salud mental ya que el 93,45% tiene niveles altos en ambas dimensiones, en cambio en salud física el valor es más bajo, siendo del 85,98%, y la autopercepción de la salud solo coinciden con niveles altos el 41,12%, teniendo el 46,72% niveles medios, presentando una menor influencia en esta dimensión.

Análisis de la correlación de Spearman

A excepción de la correlación entre el acceso y la salud física todas las dimensiones tienen una correlación estadísticamente significativa entre sí, solamente la correlación entre la evaluación y las dimensiones de calidad de vida presentan valores superiores a 0,4, presentando la correlación entre evaluación y salud mental valor de 0,62. Ninguno presenta correlación negativa, tal y como se muestra en la tabla 3. A forma general casi todas las dimensiones presentan una correlación baja-moderada entre sí.

Tabla 3.
Correlación entre dimensiones.

Dimensiones del programa	Dimensiones de calidad de vida	rho	p
Concienciación	Salud Mental	0,305	0,0003
	Salud Física	0,333	0,0001
	Autopercepción	0,335	0,0001
Acceso	Salud Mental	0,241	0,0041
	Salud Física	0,208	0,0134
	Autopercepción	0,256	0,0023
Evaluación	Salud Mental	0,62	0,000
	Salud Física	0,542	0,000
	Autopercepción	0,444	0,000

Elaboración: Los autores.

Ajuste global del modelo logístico

La dimensión de concienciación del KDPP II se relacionó de manera independiente y significativa con la calidad de vida ($p < 0,001$), aportando el 19,9% de su variabilidad. La dimensión acceso mostró una asociación significativa ($p = 0,001$), aunque con menor capacidad explicativa ($R^2 = 12,3\%$). Por su parte, la dimensión evaluación ejerció el mayor efecto sobre la calidad de vida, con una asociación altamente significativa ($\chi^2 = 48,830$; $gl = 2$; $p < 0,001$) y un R^2 de 36,3%, lo que muestra la importancia del seguimiento y monitoreo en el programa. En las dimensiones de la calidad de vida, el programa de prevención presentó una vinculación muy significativa con la salud mental ($\chi^2 = 67,460$; $gl = 2$; $p < 0,001$), siendo la dimensión con mayor poder explicativo ($R^2 = 53,5\%$). De igual modo, se observó una asociación significativa con la salud física ($\chi^2 = 63,108$; $gl = 2$; $p < 0,001$), que explicó el 46,4% de su variabilidad. La autopercepción de salud también se asoció significativamente con el programa ($\chi^2 = 29,729$; $gl = 2$; $p < 0,001$), aunque con un menor R^2 (21,8%).

Análisis de asociación mediante regresión logística ordinal

La dimensión de conciencia del programa se asoció significativamente con la autopercepción de salud ($OR=2,41$; $IC\ 95\%:1,08-5,37$; $p=0,031$). En la salud física se observó una tendencia positiva ($OR=2,20$; $IC\ 95\%:0,90-5,37$; $p=0,87$), mientras que no se halló asociación significativa ($OR=0,87$; $IC\ 95\%:0,33-2,30$; $p=0,783$). Estos hallazgos sugieren que la concienciación impacta en como los pacientes perciben su propia salud. La dimensión acceso mostró una tendencia positiva en la autopercepción de salud ($OR=2,90$; $IC\ 95\%:0,90-9,32$; $p=0,074$), aunque no alcanzo significancia estadística, se

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

acercó a un valor marginal, sugiriendo que mayor acceso tiende a mejorar la autopercepción de salud con casi tres veces más probabilidades de estar en una categoría superior si aumenta el valor ordinal del acceso en el paciente.

En la salud mental se observó un efecto positivo no significativo ($OR=2,49$; IC 95%: 0,57-10,82; $p=0,223$), mientras que en salud física el efecto fue negativo y no significativo ($OR=0,59$; IC95%: 0,13-2,74; $p=0,499$). Estos hallazgos sugieren que el acceso podría influir principalmente en la autopercepción de la salud, aunque se requieren más datos para confirmar esta suposición.

La dimensión de la evaluación del programa se asoció significativamente con la salud mental ($OR=2,95$; IC95%: 1,09-7,95; $p=0,033$), aumentando casi tres veces la probabilidad de estar en una categoría superior si aumentan los niveles de evaluación en el paciente. En la salud física ($OR=1,98$; IC95%: 0,79-4,92; $p=0,143$) y autopercepción ($OR=1,98$; IC95%: 0,84-4,67; $p=0,116$) se observaron tendencias positivas, aunque no significativas, pero marginales a $p=0,05$. Esto sugiere que la evaluación impacta principalmente en la salud mental de los pacientes, mientras que sus efectos en otras dimensiones por sí solo requieren mayor evidencia.

El análisis general que la dimensión de conciencia del programa se asocia significativamente con la autopercepción de salud, mientras que la evaluación se relaciona significativamente con la salud mental. El acceso, aunque mostro tendencias positivas en la autopercepción no alcanzo por si sola significancia estadística. Estos hallazgos sugieren que las distintas dimensiones del programa impactan de manera diferenciada en la calidad de vida, de forma que la concienciación influye en como los pacientes perciben su salud, la evaluación en su salud mental, y el acceso presenta efectos más débiles en comparación (Tabla 4).

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

Tabla 4.
 Asociación mediante regresión logística ordinal entre dimensiones.

Dimensiones	Coef	OR	IC 95% OR	p
Concienciación / Salud Mental	-0,1366	0,87	0,33-2,30	0,783
Concienciación / Salud Física	0,7905	2,20	0,90-5,37	0,082
Concienciación / Autopercepción	0,8808	2,41	1,08-5,37	0,031
Acceso / Salud Mental	0,9130	2,49	0,57-10,82	0,223
Acceso / Salud Física	-0,5306	0,59	0,13-2,74	0,499
Acceso / Autopercepción	1,0640	2,90	0,90-9,32	0,074
Evaluación/ Salud Mental	1,0818	2,95	1,09-7,95	0,033
Evaluación / Salud Física	0,6812	1,98	0,79-4,92	0,143
Evaluación / Autopercepción	0,6854	1,98	0,84-4,67	0,116

Elaboración: Los autores.

DISCUSIÓN

Este trabajo constituye la continuación de la evaluación de la relación del KDPP II y la calidad de vida en Perú, evaluando de forma independiente cómo se comportan las dimensiones de ambas variables entre sí, lo que permite profundizar en el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

Los hallazgos muestran que las dimensiones del KDPP II tienen efectos diferenciados sobre la calidad de vida de los pacientes, confirmando la hipótesis de que no actúan de manera homogénea. La evaluación clínica se asoció significativamente con la salud mental, mientras que la concienciación impactó en la autopercepción de salud y el acceso mostró efectos positivos, pero no concluyentes. Esta diferenciación es consistente con la literatura internacional, que subraya la necesidad de programas integrales que combinen educación, seguimiento clínico y accesibilidad.

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

En relación con la evaluación clínica, los resultados ($OR=2,95$; $p=0,033$) coinciden con lo reportado por otros autores quienes destacan que el monitoreo continuo y la detección temprana reducen la ansiedad y mejoran la percepción de control sobre la enfermedad ^{1 3}. Asimismo, el consenso KDIGO en el 2025 enfatiza que la evaluación estructurada es un componente central para mantener la salud renal y mejorar la calidad de vida ¹⁴. La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2026 también refuerza la importancia de fortalecer los sistemas de evaluación como estrategia global ¹⁵.

La concienciación mostró una asociación significativa con la autopercepción ($OR=2,41$; $p=0,031$), lo que respalda los hallazgos de otros artículos y del consenso Delphi en el 2024, que evidencia que la educación sanitaria incrementa la autoeficacia y la percepción de bienestar ^{8 16}. Estudios en América Latina confirman que las campañas comunitarias de concienciación mejoran la percepción subjetiva de salud y la adherencia al tratamiento ¹⁷. Además, otra revisión subraya que la educación en pacientes con ERC avanzada es determinante para la autopercepción y la calidad de vida ¹⁸.

Respecto al acceso, aunque se observaron tendencias positivas en la autopercepción ($OR=2,90$; $p=0,074$), no alcanzó significancia estadística. Este hallazgo sugiere que el acceso por sí solo no garantiza mejoras en la calidad de vida si no se acompaña de evaluación y educación. En otros estudios descriptivos se observó que la equidad en el acceso debe complementarse con calidad asistencial, mientras que otros proponen perfiles predictivos para optimizar recursos y focalizar intervenciones ^{19 20}.

El análisis conjunto revela que la evaluación actúa como componente clínico estructural, la concienciación como mediadora psicosocial y el acceso como facilitador. Esta interacción se alinea con las recomendaciones que sugieren estrategias preventivas emergentes basadas en la integración de componentes clínicos y educativos ⁶. Además, en otras revisiones sistemáticas se comprobó que las intervenciones más efectivas en calidad de vida son aquellas que combinan educación y seguimiento clínico, reforzando la pertinencia de los hallazgos de este estudio ^{21 22}.

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

La variabilidad explicada por los modelos (R^2 entre 21% y 53%) es consistente con otros estudios que señalan que la calidad de vida en ERC es un constructo multifactorial influido por factores clínicos, psicológicos y sociales ^{2 23}. La incorporación de intervenciones conductuales y el fortalecimiento de la alfabetización en salud son estrategias complementarias que pueden potenciar los efectos observados ^{24 25}.

El estudio aporta evidencia que confirma la importancia de diferenciar los componentes del KDPP II: la evaluación mejora la salud mental, la concienciación fortalece la autopercepción y el acceso requiere ser acompañado de calidad y continuidad. Estos hallazgos respaldan la necesidad de programas integrales, interdisciplinarios y centrados en la persona, en línea con las recomendaciones internacionales ^{14 15}. La integración de educación, seguimiento clínico y accesibilidad constituye la vía más prometedora para mejorar la calidad de vida de los pacientes con riesgo o diagnóstico de ERC.

CONCLUSIONES

El estudio muestra que las tres dimensiones del programa KDPP II (concienciación, evaluación y acceso) influyen de manera diferenciada en las facetas de la calidad de vida de pacientes con riesgo o diagnóstico de ERC. La evaluación clínica presenta el mayor efecto explicativo, especialmente sobre la salud mental, la concienciación se asocia de forma significativa con la autopercepción de salud, y el acceso exhibe tendencias positivas, pero efectos más débiles e inconsistentes.

Los hallazgos obtenidos sugieren que, en contextos con recursos limitados, priorizar el fortalecimiento del seguimiento y la evaluación clínica, junto con intervenciones educativas dirigidas a mejorar la alfabetización y la autoeficacia del paciente, probablemente genere el mayor impacto en la calidad de vida.

No obstante, las conclusiones deben interpretarse con cautela por el diseño transversal, el tamaño muestral moderado y la falta de ajuste detallado por posibles confusores. Se recomienda replicar los hallazgos en estudios longitudinales o ensayos controlados,

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

reportar propiedades psicométricas de los instrumentos y presentar modelos ajustados por variables clínicas y sociodemográficas para robustecer las evidencias.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011). 2022;12(1):7-11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
2. Sundström J, Bodegard J, Bollmann A, Vervloet MG, Mark PB, Karasik A, Taveira-Gomes T, Botana M, Birkeland KI, Thuresson M, Jäger L, Sood MM, VanPottelbergh G, Tangri N; CaReMe CKD Investigators. Prevalence, outcomes, and cost of chronic kidney disease in a contemporary population of 2.4 million patients from 11 countries: The CaReMe CKD study. *Lancet Reg Health Eur*. 2022;20:100438. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100438>
3. Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, Anderson N, Calvert M, Cockwell P, Ferguson J, Horton M, Paap MCS, Sidey-Gibbons C, Slade A, Turner N, Kyte D. Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2022;19(4):e1003954. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003954>

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

4. Fuentes Sánchez ET, Marcillo Chonillo MA, Mantuano Moreira EL, Prado Quijije JF. Diagnóstico Temprano de Enfermedad Renal en Pacientes con Diabetes e Hipertensión en el Sistema de Salud. *Veritas*. 2025;6(2):4553-81. <https://doi.org/10.61616/rvdc.v6i2.851>
5. Atamari-Anahui N, Ccorahua-Rios MS, Condori-Huaraka M, Huamanvilca-Yepez Y, Amaya E, Herrera-Añazco P. Epidemiology of chronic kidney disease in Peru and its relation to social determinants of health. *Int Health*. 2020 Jul;12(4):264-271. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz071>
6. Pradhan N, Dobre M. Emerging Preventive Strategies in Chronic Kidney Disease: Recent Evidence and Gaps in Knowledge. *Curr Atheroscler Rep*. 2023;25(12):1047-1058. <https://doi.org/10.1007/s11883-023-01172-5>
7. Diaz-Martinez J, Delgado-Enciso I, Duran C, Kallus L, Jean-Pierre A, Lopez B, Mancilla J, Madruga Y, Hernandez-Fuentes GA, Kotzker W, Delgado-Enciso O, Wagner E, Hospital M. Patients' Perspectives on the Acceptability and Effectiveness of a Community Health Worker-Led Intervention to Increase Chronic Kidney Disease Knowledge and Screening among Underserved Latine Adults: The CARE 2.0 Study. *Behavioral Sciences*. 2024;14(9):750. <https://doi.org/10.3390/bs14090750>
8. Faye M, Manneville F, Faye A, Frimat L, Guillemin F. Quality-of-life measures and their psychometric properties used in African chronic kidney disease populations: a systematic review using COSMIN methodology. *BMC nephrology*. 2024;25(50). <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03482-5>
9. Pérez-Guerrero EE, Guillén-Medina MR, Márquez-Sandoval F, Vera-Cruz JM, Gallegos-Arreola MP, Rico-Méndez MA, Aguilar-Velázquez JA, Gutiérrez-Hurtado IA. Methodological and Statistical Considerations for Cross-Sectional, Case-Control, and Cohort Studies. *Journal of clinical medicine*. 2024;13(14):4005. <https://doi.org/10.3390/jcm13144005>
10. Merino-Soto C. Coeficientes V de Aiken: diferencias en los juicios de validez de contenido. *MHSalud*. 2023;20(1):23-32. <http://dx.doi.org/10.15359/mhs.20-1.3>.
11. Nagelkerke ND. A Note on a General Definition of the Coefficient of Determination. *Biometrika*. 1991;78(3):691-692. <https://doi.org/10.1093/biomet/78.3.691>

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

12. Wen B, Zhang G, Zhan C, Chen C, Yi H. The 2024 revision of the Declaration of Helsinki: a modern ethical framework for medical research. *Postgraduate medical journal*. 2025;101(1194):371-382. <https://doi.org/10.1093/postmj/qgae181>
13. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. 2025;333(1):71-74. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>
14. Ortiz A, Arreola Guerra JM, Chan JCN, Jha V, Kramer H, Nicholas SB, Pavkov ME, Wanner C, Wong LP, Cheung M, King JM, Grams ME, Jadoul M, Tuttle KR, Conference Participants. Preventing chronic kidney disease and maintaining kidney health: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney International*. 2025;108(4):555-571. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2025.04.005>
15. Tonelli M, Meda RL, Abdijalil G, Pichaiwong W, Abdul Hafidz MI, Machalska M, Ulasi I. Implementing the commitments of the WHO kidney health resolution: initial steps in 3 diverse settings. *Kidney International*. 2025;108(6):969-977. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2025.09.008>
16. Górriz JL, Alcázar Arroyo R, Arribas P, Artola S, Cinza-Sanjurjo S, de la Espriella-Juan R, Escalada FJ, García-Matarín L, Martínez L, Julián JC, Miramontes-González JC, Rubial F, Salgueira M, Soler MJ, Trillo JL. Multidisciplinary Delphi consensus on challenges and key factors for an optimal care model in chronic kidney disease. *Nefrología*. 2024;44(5):678-688. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.01.006>
17. Pereira RI, Cervantes L. Reducing the Burden of CKD among Latinx: A Community-Based Approach *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2021;16(5):812-814. <https://doi.org/10.2215/cjn.12890820>
18. Faldu CT, Knicely DH. Advanced Chronic Kidney Disease and Patient Education. *Kidney and Dialysis*, 2025;5(3):32. <https://doi.org/10.3390/kidneydial5030032>
19. Luyckx VA, Elmaghrabi A, Sahay M, Scholes-Robertson N. Sola L, Speare T, Tannor EK, Tuttle KR, Okpechi IG. Equity and Quality of Global Chronic Kidney Disease Care: What Are We Waiting for?. *Am J Nephrol*. 2024;55(3):298–315. <https://doi.org/10.1159/000535864>

Cory Milagros Pérez-Zárate; Pedro Otoniel Morales-Salazar; Eduardo Javier Yache-Cuenca

20. Khandelwal N, Shikhar R, Chakraborty S, Kumar V, Chandra A, Singh PS. Strengthening Chronic Kidney Disease Prevention Through Predictive Profiling: Implications for Public Health Policy. *SN Compr. Clin. Med.* 2026;8(16). <https://doi.org/10.1007/s42399-025-02230-6>
21. Amoah WW, Ihudiebube-Splendor C, Dzramado VL. Impact of chronic kidney disease on health-related quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Front. Nephrol.* 2025;5:1630718. <https://doi.org/10.3389/fneph.2025.1630718>
22. Muxunov A, Almazan J, Kalinina D, Kuanshaliyeva Z, Gaipov A, Makhadiyeva D, Kabibulatova A, Madikenova M, Nabiyeu A, Sarria-Santamera A. Health-related quality of life in chronic kidney disease patients in low- and lower-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res.* 2026;35(28) <https://doi.org/10.1007/s11136-025-04154-z>
23. Slevin Y. Digital Health Interventions for Chronic Disease Management A Systematic Review. *Junic.* 2025;2(1):15-22. <https://doi.org/10.62012/junic.v2i1.26>
24. Ekholm M, Aulbach M, Walsh S, Phipps D, Rauta V, Knittle K. Behavioral interventions targeting treatment adherence in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine.* 2025;366:117594. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117594>
25. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ramanan R, Roderick P, ATTOM investigators. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology, dialysis, transplantation.* 2018;33(9):1545-1558. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx293>