UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. HOSPITAL GUAYAQUIL, MARZO–JULIO 2026

AUTORAS:

GUERRERO APUNTE MÉLODY BELÉN

PAREDES SOLIS MÓNICA ESTHEFANIA

TUTORA:

DRA. MARIELA ISABEL GAIBOR GONZÁLEZ

GUARANDA – ECUADOR

2026

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios y a mi Virgencita del Guayco quienes siempre me han protegido y me han guiado por el buen camino, lo que me ha hecho alcanzar este sueño que algún día parecía imposible cumplirlo. A mí, que a pesar de dudar de mis conocimientos y tener miedo siempre a muchas cosas pude enfrentarlo y continuar adelante, porque sin la perseverancia y constancia no lo habría logrado. A Aidita Camacho y Glorita Camacho, quienes fueron mi inspiración para seguir esta carrera, con el fin de cuidar a otras personas como me hubiese gustado cuidar de ellas cuando lo necesitaban.

A mis padres, Carmen Apunte y Rolando Guerrero, se los dedico con todo mi corazón, sus bendiciones a lo largo de mi vida me han llevado a conseguir cosas buenas, ya que han sido un apoyo incondicional en cada paso de mi carrera, ustedes son los responsables de todo lo bueno que he logrado en mi vida, gracias por educarme de la mejor manera, por siempre brindarme palabras de aliento, por sus consejos, por darme un abrazo y secar mis lágrimas cuando sentía que ya no podía más y por confiar en mí durante este tiempo. A mi mami Martha quien siempre ha estado pendiente de mí y que sabe que le adoro con todo mi corazón. Armidita, Gabrielito, Annahy y Camilita como no nombrarlos, si siempre me han sacado una sonrisa en los momentos de estrés y presión. A mi perrhijo Milito de cuatro patitas que me ha acompañado en cada desvelo y ha sido testigo de mis malas noches.

Y como no dedicárselo a Andersson Melendres una persona muy importante en mi vida, que ha estado desde el día 0 de este gran camino, dioslepague por brindarme seguridad, apoyo y amor en todo momento, por darme ánimo todos los días para continuar, por ser mi refugio en los días difíciles y por siempre hacerme sentir como la mejor en lo que hago.

En esta y en todas las vidas un dioslepague a todos y cada uno de ustedes por ser mi apoyo incondicional, esta tesis se los dedico por todo lo que han hecho por mí.

Mélody Belén Guerrero Apunte

A mis padres, Raúl Paredes y Mónica Solís, quienes son el pilar fundamental de mi vida. Gracias por enseñarme a nunca rendirme, por el amor con el que me han formado, por los valores que me inculcaron y por acompañarme incondicionalmente desde el primer día. Esta tesis representa una pequeña muestra del inmenso agradecimiento que siento por todo lo que han hecho por mí. Es un homenaje a ustedes, por ser mi mayor inspiración, mi fortaleza y el ejemplo que guía cada uno de mis pasos. Todo lo que soy y cada uno de mis logros llevan una parte de ustedes. Me siento profundamente afortunada de tener a los mejores padres que la vida pudo regalarme. Gracias por creer siempre en su Estefi.

A mi Ñaña Hortencia o como le digo a mi Tenshita que es mi mundo que me ha cuidado y acompañado desde que nací, gracias por su cariño, su dedicación y por formar parte de mi vida. Su apoyo, sus enseñanzas y el amor con el que siempre me ha cuidado dejado una huella invaluable en mí.

A mis queridas hermanas, Mishell Paredes y Cristina Paredes, por ser una fuente constante de alegría, fortaleza y motivación. Gracias por estar a mi lado en cada momento, por regalarme su cariño sincero y hacerme sentir que, sin importar las circunstancias, siempre podía contar con ustedes. Son mi orgullo, mi inspiración y, sobre todo, mis niñas.

A Maikel Naranjo, por confiar en mis capacidades incluso cuando yo misma dudaba. Gracias por impulsarme a seguir adelante, por acompañarme desde el inicio de este camino y por permanecer a mi lado en cada desvelo, en cada alegría y en aquellos momentos en los que sentí que no sería capaz de alcanzar esta meta. Tu compañía, paciencia y confianza fueron fundamentales para no rendirme y continuar hasta el final.

A mi querida amiga Liliana Abril, por recorrer conmigo este camino que comenzó en la universidad y continuó en una ciudad desconocida para ambas. Con el paso del tiempo, aquel lugar se transformó en el escenario de experiencias inolvidables que fortalecieron nuestra amistad. Juntas superamos retos, compartimos aprendizajes y demostramos que éramos la dupla perfecta, siempre esforzándonos por dar lo mejor de nosotras en cada desafío.

Mónica Esthefania Paredes Solis

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, a la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano a la Carrera de Enfermería, por proporcionarnos los conocimientos científicos, éticos y humanísticos que hoy nos permiten culminar con satisfacción una de las metas más importantes de nuestras vidas. Gracias a cada uno de los docentes que a lo largo de la carrera no han brindado un poco de su conocimiento en las aulas, laboratorios y campos de práctica lo que fortaleció nuestra vocación de servicio y reafirmó nuestro compromiso con la profesión.

De manera especial, manifestamos nuestra profunda gratitud a nuestra tutora de tesis, la Dra. Mariela Gaibor, por su valiosa orientación, dedicación, paciencia y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. Sus conocimientos, experiencia y constantes enseñanzas fueron fundamentales para alcanzar este objetivo. Gracias por guiarnos con profesionalismo, motivarnos a dar siempre lo mejor y acompañarnos en cada paso hasta la culminación de este trabajo.

Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento al Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, por brindarnos la apertura y las facilidades necesarias para llevar a cabo nuestra investigación. Su colaboración y disposición hicieron posible el desarrollo de este estudio, permitiéndonos fortalecer nuestros conocimientos y contribuir con un trabajo que busca aportar al ámbito de la salud.

Finalmente, agradecemos a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a nuestra formación académica y al desarrollo de esta investigación. Su apoyo, confianza y colaboración hicieron posible que hoy alcancemos esta importante meta profesional.

Mélody Belén Guerrero Apunte

Mónica Esthefania Paredes Solis

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO EMITIDO POR EL TUTOR/A

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICADO EMITIDO POR LA TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

La suscrita Dra. Mariela Isabel Gaibor González tutora del presente Proyecto de investigación, como modalidad de titulación de grado de enfermería.

CERTIFICA

El proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado con el tema: **"Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Hospital Guayaquil, marzo–julio 2026",** realizado por las estudiantes: **Mélody Belén Guerrero Apunte** con **C.I. 0202417762** y **Mónica Esthefania Paredes Solis** con **C.I. 0202296950**, han cumplido con los lineamientos teóricos y metodológicos contemplados en el reglamento de la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación publica respectiva. Es todo en cuanto puedo certificar en honor de la verdad facilitando a los interesados dar al presente, el uso legal que estimen conveniente.

Dra. Mariela Isabel Gaibor González

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

Nosotros Guerrero Apunte Mélody Belén y Paredes Solis Mónica Esthefania portadores de la Cédula de Identidad No 0202417762 y 0202296950 en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación: **INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. HOSPITAL GUAYAQUIL, MARZO–JULIO 2026** modalidad de **Proyecto de investigación** de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Los autores declaran que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Nombres y Apellidos

Firmado electrónicamente por:
MELODY BELEN GUERRERO APUNTE
Fecha: 2026-10-28T15:56:32Z
Nexus Soluciones

Guerrero Apunte Mélody Belén
Nombre de Autor 1

Nombres y Apellidos

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MONICA ESTHEFANIA PAREDES SOLIS

Paredes Solis Mónica Esthefania
Nombre del Autor 2

TÍTULO

Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Hospital Guayaquil, marzo–julio 2026

ÍNDICE

DEDICATORIA II

AGRADECIMIENTO IV

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO EMITIDO POR EL TUTOR/A V

TÍTULO VI

RESUMEN EJECUTIVO XV

ABSTRACT XVI

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 3

1. EL PROBLEMA 3

1.1. Planteamiento del problema 3

1.2. Formulación del problema 4

1.3. Justificación de la investigación 5

1.4. Objetivos 7

1.4.1. Objetivo General 7

1.4.2. Objetivos Específicos 7

1.5. Limitaciones 8

CAPÍTULO II 9

2. MARCO TEÓRICO 9

2.1. Antecedentes de la investigación 9

2.1.1. Nivel internacional 9

2.1.2. Nivel nacional 10

2.1.3. Nivel local 11

2.2. Bases teóricas 13

2.2.1. Anatomía del sistema urinario 13

2.2.2. Etiología de enfermedades renales 15

2.2.3. Enfermedad renal crónica (ERC) 15

2.2.4. Insuficiencia renal crónica (IRC) 16
2.2.5. Etiología de la Enfermedad renal crónica (ERC).....16
2.2.6. Fisiopatología de la Enfermedad renal crónica (ERC).....18
2.2.7. Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica (ERC) 22
2.2.8. Síntomas y diagnóstico de la enfermedad renal crónica (ERC).....25
2.2.9. Tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC).....27
2.2.10. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) 29
2.2.11. Estrategias para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).....30
2.2.12. Rol del profesional de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).....35
2.2.13. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem para la mejora de calidad de vida 39
2.2.14. Intervención educativa y teoría de autocuidado de Dorothea Orem en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) 44
2.3. Marco legal del Ecuador 46
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador 46
2.3.2. Ley Orgánica de Salud 47
2.4. Diagnóstico situacional 48
2.5. Definición de términos.....49
CAPÍTULO III 52
3. MARCO METODOLÓGICO 52
3.1. Nivel de investigación.....52
3.1.1. Cuantitativo 52
3.1.2. Descriptivo 52
3.1.3. Transversal 52
3.1.4. De campo.....52
3.2. Diseño 53

3.2.1. No experimental 53
3.3. Población y muestra 53
3.4. Variables 55
3.4.1. Variable independiente 55
3.4.2. Variable dependiente 55
3.4.3. Operacionalización de las variables 55
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 58
3.5.1. Técnica 58
3.5.2. Instrumento 59
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 60
CAPÍTULO IV 62
4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS 62
4.1. Resultados según objetivos 62
4.2. Resultados encuesta – Autocuidado de los pacientes con ERC 64
4.2.1. Consolidado por dimensiones Autocuidado de los pacientes con ERC 88
4.3. Resultados encuesta - Intervenciones educativas de enfermería aplicadas durante la atención a pacientes con ERC 93
4.4. Resultados - Ejecución de intervención educativa de enfermería 100
4.4.1. Título 100
4.4.2. Objetivos 100
4.4.3. Alcance 100
4.4.4. Justificación de la propuesta 101
4.4.5 Desarrollo de la intervención 102
CAPÍTULO V 113
5. MARCO ADMINISTRATIVO 113
5.1. Cronograma de actividades 113

5.2. Presupuesto 115

CAPÍTULO VI.....117

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....117

6.1. Conclusiones.....117

6.2. Recomendaciones 118

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....119

ANEXOS 129

Anexo 1: Aprobación del tema Consejo Directivo. 129

Anexo 2: Oficio de asignación de tutores. 132

Anexo 3: Autorización para el desarrollo y ejecución de la investigación. 134

Anexo 4: Instrumento 1: Intervención educativa de enfermería.....135

Anexo 5: Instrumento 2: Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA).....136

Anexo 6: Consentimiento informado para pacientes 138

Anexo 7: Consentimiento informado para enfermeros/as.....140

Anexo 8: Prueba piloto.....142

Anexo 9: Registro fotográfico de la aplicación de la prueba piloto para validación del instrumento en el Hospital General Riobamba.....143

Anexo 10: Registro fotográfico de las tutorías a cargo de la Dra. Mariela Gaibor.....144

Anexo 11: Registro fotográfico de la aplicación del instrumento ASA-24 a pacientes en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.....145

Anexo 12: Registro fotográfico de la aplicación del instrumento al personal de enfermería en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón 146

Anexo 13: Registro fotográfico de la ejecución de la intervención educativa en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón 147

Anexo 14: Constancia de Aplicación de la Propuesta a los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica 148

Anexo 15: Constancia de la Aplicación de la Encuesta a Profesionales de Enfermería.....149

Anexo 16: Acta de entrega y socialización de la Intervención Educativa para el fortalecimiento de la calidad de vida de pacientes con ERC del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.....150

Anexo 17: Evidencias del código QR y video educativo.....151

Anexo 18: Estadísticas de Visualizaciones del Video Educativo en la Plataforma de Tik Tok 152

Índice de tablas

Tabla 1 Alteraciones clínicas, bioquímicas y urinarias en la ERC 19

Tabla 2 Intervención educativa basada en la teoría de Orem en pacientes con ERC.....45

Tabla 3 Matriz de operacionalización variable independiente.....55

Tabla 4 Matriz de operacionalización variable dependiente.....56

Tabla 5 Resultados según los objetivos planteados 62

Tabla 6 Ajustes para mantener mi salud. 64

Tabla 7 Formas habituales del cuidado de la salud son buenas 64

Tabla 8 Consigo ayuda para moverme.....66

Tabla 9 Hago lo necesario para mantener limpio donde vivo.....67

Tabla 10 Mantengo mi salud en primer lugar 68

Tabla 11 Falta de fuerza para el cuidado.....69

Tabla 12 Búsqueda de formas para cuidado de salud 70

Tabla 13 Mantenerme limpio.....71

Tabla 14 Cambio de hábitos alimenticios 72

Tabla 15 Manejo de situaciones y forma de ser.....73

Tabla 16 Ejercicio y descanso, pero no llego a hacerlo 74

Tabla 17 Amigos y ayuda.....75

Tabla 18 Dormir y descanso 76

Tabla 19 Explicaciones sobre mi salud.....77

Tabla 20 Examinar el cuerpo 78

Tabla 21 Cambio de hábitos arraigados.....79

Tabla 22 Nueva medicina y efectos secundarios 80

Tabla 23 Medidas para no correr peligros.....81

Tabla 24 Evaluar lo que hago para mi salud.....82

Tabla 25 Ocupaciones y tiempo de cuidado 83

Tabla 26 Afectación de salud e información sobre qué hacer.....84

Tabla 27 Ayuda para cuidarme 85

Tabla 28 Tiempo para mi 86

Tabla 29 Pese a limitaciones de movimiento puedo cuidarme 87

Tabla 30 Estadísticos descriptivos para las dimensiones de la Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA).....88

Tabla 31 Niveles de la dimensión Capacidades Fundamentales.....89

Tabla 32 Niveles de la dimensión Componentes de Poder 90

Tabla 33 Niveles de la dimensión Capacidad para Operacionalizar el Autocuidado 91

Tabla 34 Niveles totales de la Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) 92

Tabla 35 Controlar de signos vitales y vigilancia de estado clínico 93

Tabla 36 Instrucción de dieta 94

Tabla 37 Explicar consumo de líquidos 95

Tabla 38 Conocimientos de procedimientos 96

Tabla 39 Educación fuera del hospital 97

Tabla 40 Explicar importancia de tratamiento y signos de alarma 98

Tabla 41 Educar sobre infecciones e higiene personal 99

Tabla 42 Desarrollo de la intervención educativa.....102

Tabla 43 Desarrollo de la intervención educativa.....104

Tabla 44 Desarrollo de la intervención educativa.....105

Tabla 45 Guion para video educativo en Tik Tok.....106

Tabla 46 Cronograma.....113

Tabla 47 Presupuesto 115

Tabla 48 Resumen del procesamiento de los casos 142

Tabla 49 Alfa de Cronbach 142

Tabla 50 Estadísticos de la escala 142

Índice de figuras

Figura 1 Tríptico educativo 1.....107

Figura 2 Póster educativo 1.....108

Figura 3 Infografía educativa 1.....109

Figura 4 Infografía educativa 2 110

Figura 5 Infografía educativa 3.....111

Figura 6 Infografía educativa 4.....112

RESUMEN EJECUTIVO

La ERC es un problema de salud pública que perjudica la calidad de vida de los pacientes sometidos a terapia de diálisis, por ello se requiere un abordaje integral que refuerce su autocuidado. El objetivo de la presente investigación fue diseñar una intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con ERC en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período marzo-julio 2026 para el fortalecimiento del cuidado y atención integral del paciente. Se aplicó una metodología cuantitativa, descriptiva, de campo y de diseño no experimental, se trabajó con una muestra de 174 pacientes en terapia de diálisis, a quienes se les ejecutó la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA-24), fundamentada en el modelo teórico de Dorothea Orem y se aplicó una encuesta a 15 profesionales de enfermería del área de diálisis para describir las intervenciones educativas. Los resultados evidenciaron que el 71,3% de los pacientes con ERC presentó un nivel medio de autocuidado y el 28,7% un nivel bajo, se identificó que, las instrucciones educativas brindadas por el personal de enfermería no se traducen en un nivel alto de autocuidado en los pacientes. A partir de estos hallazgos, se diseñó y ejecutó un programa educativo basado en sesiones presenciales con material como infografías y trípticos dirigidos a fortalecer el autocuidado en las áreas de mayor déficit y también una estrategia digital con video corto en Tik Tok. Se concluyó que la educación de enfermería actual carece de estructura y refuerzo, por lo tanto, la intervención propuesta es una estrategia efectiva e innovadora para mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC.

Palabras claves: Enfermedad renal crónica, autocuidado, Dorothea Orem, calidad de vida, educación.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a public health issue that impairs the quality of life of patients undergoing dialysis therapy; therefore, a comprehensive approach that reinforces self-care is required. The objective of this research was to design a nursing educational intervention regarding quality of life for CKD patients at the Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital—conducted between March and July 2026—aimed at strengthening comprehensive patient care. A quantitative, descriptive, field-based, non-experimental methodology was employed. The study involved a sample of 174 patients undergoing dialysis, who were assessed using the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-24), based on Dorothea Orem's theoretical model and a survey was administered to 15 nursing professionals in the dialysis unit to describe current educational interventions. Results showed that 71.3% of CKD patients exhibited a moderate level of self-care agency, while 28.7% showed a low level; it was identified that the educational instructions provided by nursing staff did not translate into a high level of patient self-care. Based on these findings, an educational program was designed and implemented, featuring in-person sessions and materials such as infographics and brochures aimed at strengthening self-care in areas of greatest deficit, alongside a digital strategy utilizing short TikTok videos. It was concluded that current nursing education lacks structure and reinforcement; therefore, the proposed intervention represents an effective and innovative strategy to improve the quality of life for CKD patients.

Keywords: Chronic kidney disease, self-care, Dorothea Orem, quality of life, education.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología de prevalencia creciente a nivel mundial, donde la tasa de mortandad ajustada por edad a causa de enfermedades renales es de 15.6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2023). La ERC presenta una prevalencia cercana al 10%, la cual se considera un importante problema de salud pública en el mundo, y en Ecuador afecta aproximadamente al 11% de la población adulta (Osejo, 2023). Se caracteriza por una disminución permanente e irreversible de la función renal, situación que impide a los riñones eliminar desechos, regular los líquidos corporales, controlar la presión arterial, producir glóbulos rojos y mantener el equilibrio de calcio y fósforo en el organismo (Baldeón, 2022).

El paciente con ERC demanda un estricto seguimiento médico, asimismo, dentro del ámbito hospitalario, los cuidados de enfermería son desarrollados mediante un proceso organizado y enfocado en el bienestar integral del paciente, por esta razón, es fundamental promover conductas preventivas y fortalecer la educación de los profesionales de enfermería sobre su papel esencial en la detección temprana y reducción del riesgo de ERC (Macías et al., 2023).

La intervención educativa de enfermería dirigidos a pacientes con ERC incluye la educación continua como eje fundamental del tratamiento para fortalecer el autocuidado, abarcan la valoración integral del paciente, control del equilibrio hídrico y electrolítico, monitoreo durante la diálisis, cuidado del acceso vascular, administración segura de medicamentos y prevención de infecciones. Además, el personal de enfermería brinda apoyo nutricional, orientación emocional y educación al paciente y su familia, de esta forma, se promueve la adherencia terapéutica, autonomía y una mejor calidad de vida (Acán, 2024).

En el presente estudio se llevó a cabo una intervención educativa de enfermería orientada a mejorar la calidad de vida en pacientes con ERC misma que se desarrolla en el Hospital Guayaquil, en adelante denominado Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, ubicado en la provincia del Guayas.

Esta intervención se ejecutó durante el período comprendido entre marzo y julio 2026 con el fin de fortalecer el autocuidado, adherencia al tratamiento y atención integral de los pacientes que reciben terapia de diálisis en la institución.

Para finalizar, la investigación está compuesta de seis capítulos, donde, el capítulo I corresponde al problema de estudio y abarca su planteamiento, formulación, justificación, objetivos y limitaciones. En el capítulo II se aborda el marco teórico que da sustento al trabajo y que contiene los antecedentes, bases teóricas y definición de términos. El capítulo III corresponde a la metodología aplicada, mientras que, el capítulo IV son los resultados obtenidos para cada objetivo planteado. En el capítulo V se desarrolla el marco administrativo y el capítulo VI pertenece a las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En América Latina varios países presentan elevadas tasas de mortalidad asociadas a enfermedades renales, entre ellos Nicaragua, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Surinam, Honduras y Ecuador. En este último, la situación se agravó en los últimos años; en 2022 se registró el ingreso de 3.066 casos nuevos a terapia de sustitución renal (TSR) esto evidencia el creciente impacto de la ERC en el sistema de salud (Arias et al., 2025).

La ERC en Ecuador constituye un importante problema de salud pública ya que afecta al 11% de la población adulta; la hemodiálisis como tratamiento de alta complejidad presenta complicaciones, por ello, se exige del profesional de enfermería la capacidad de tomar decisiones adecuadas. Durante las sesiones de diálisis, el enfermero mantiene un contacto continuo con el paciente, por ello, resulta fundamental fortalecer la comunicación, educación, confianza y apoyo emocional para favorecer la aceptación del tratamiento y la calidad del cuidado (Lino, 2022).

Los pacientes con ERC sometidos a terapia de hemodiálisis presentan niveles inadecuados de autocuidado, situación que incrementa el riesgo de complicaciones, afectando su estado de salud y disminuyendo su calidad de vida, esto debido a la escasa intervención de enfermería en temas educativos relacionados a la enfermedad (Arias et al., 2025).

El rol del profesional de enfermería adquiere especial relevancia en el cuidado de pacientes con ERC debido a su participación directa en la educación del paciente, identificación temprana de factores de riesgo y en la implementación de estrategias de promoción y prevención orientadas a evitar la progresión de la enfermedad. Sin embargo, en la práctica clínica se evidencian limitaciones en la aplicación de estas acciones preventivas y esto influye de forma negativa en la evolución del paciente y el control oportuno de la enfermedad (Arancibia & González, 2024).

En el área de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón se evidencia como problemática la falta de personal de enfermería en el servicio de diálisis, quienes suman solo 15 enfermeros/as frente a la demanda de atención de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La población de estudio está constituida por 1.522 pacientes mayores de 18 años que reciben atención en esta área hospitalaria. Para un período de tres meses, esta cifra representa un promedio estimado de 507 pacientes por mes. Esta situación puede incrementar la carga laboral y reducir el tiempo disponible para brindar una atención individualizada, lo que podría limitar la continuidad de la educación dirigida al paciente, la prevención y el control de complicaciones, así como el fortalecimiento de las prácticas de autocuidado.

Existe normativas nacionales e internacionales como las guías de KDIGO y los lineamientos del Ministerio de Salud Pública donde se destaca la educación como un componente esencial del cuidado, sin embargo, en la práctica clínica esta actividad está restringida a causa de la alta demanda asistencial. Debido a la limitada aplicación de intervenciones educativas de enfermería dirigidas a pacientes con ERC la calidad de vida y capacidad de autocuidado del paciente son bajas.

Lo antes descrito afecta la calidad de los cuidados, comunicación terapéutica y ejecución de estrategias preventivas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con ERC. En consecuencia, surge la necesidad de realizar una intervención educativa de enfermería en pacientes con ERC en esta área hospitalaria con la finalidad de fortalecer el autocuidado de cada uno de los pacientes y la mejora en su calidad de vida.

1.2. Formulación del problema

¿Qué efecto tiene la intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Guayaquil durante el periodo marzo-julio 2026?

1.3. Justificación de la investigación

La intervención educativa de enfermería adquiere un papel fundamental ya que el enfermero mantiene contacto directo con el paciente durante el tratamiento y contribuye al control de complicaciones, educación para el autocuidado y bienestar integral. A través de la educación constante los pacientes consiguen sapiencias y habilidades que les permiten participar de forma activa en el manejo de su enfermedad, efectuar el tratamiento indicado, adoptar hábitos de vida saludables y prevenir complicaciones. Estas acciones favorecen una mayor independencia y contribuyen a sostener una mejor calidad de vida en los usuarios que reciben tratamiento de diálisis en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.

La presente investigación es de importancia porque promueve el autocuidado como un componente esencial en la atención integral de las personas con ERC, donde, mediante la identificación de las necesidades educativas de los pacientes, se busca afianzar prácticas de cuidado personal afines con la alimentación, adherencia al tratamiento, control de líquidos, reconocimiento pertinente de signos de alarma y cumplimiento de las recomendaciones del equipo de salud. De esta manera, se favorece una mejor evolución clínica y reduce el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad.

Los principales beneficiarios de este estudio fueron los pacientes con ERC, quienes desarrollan competencias de autocuidado que les permitan confrontar su condición de salud con mayor seguridad, compromiso, independencia y así reforzar una mejor calidad de vida.

El impacto de la investigación reside en los beneficios que origina en los pacientes al optimizar su nivel de conocimiento, fomentar prácticas adecuadas de autocuidado y asistir a una mejor calidad de vida. De igual manera, el estudio aporta al ámbito académico, ya que sirve como referencia para futuras investigaciones relacionadas con intervenciones educativas en pacientes con ERC.

En relación a la viabilidad, el desarrollo del presente proyecto de investigación es factible debido a que se cuenta con el acceso al Hospital de

Especialidades Abel Gilbert Pontón para la recolección de información y la interacción directa con los pacientes en el área de diálisis. Además, se dispone de los recursos humanos, conocimientos teóricos y apoyo institucional necesarios para la ejecución de la investigación dentro del período establecido.

El estudio se desarrolla como requisito previo para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería y constituye una oportunidad para aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica y fortalecer las competencias investigativas orientadas a la mejora del cuidado y la atención integral de los pacientes.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Diseñar una intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período marzo-julio 2026 para el fortalecimiento del cuidado y atención integral del paciente.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades de autocuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis según el modelo de Dorothea Orem.
- Describir las intervenciones educativas de enfermería aplicadas durante la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en el área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón.
- Ejecutar una propuesta de intervención educativa de enfermería orientada al fortalecimiento de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en el área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón.

1.5. Limitaciones

La condición clínica de los pacientes con enfermedad renal crónica puede dificultar la aplicación de encuestas en determinados momentos debido al cansancio o malestar asociado al tratamiento.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. *Nivel internacional*

La investigación de Alodhailah & Almutairi (2025), ejecutado en Arabia Saudita tuvo como objetivo analizar cómo los cuidados de enfermería influyen en la calidad de vida de pacientes saudíes con ERC. La metodología de investigación fue cuantitativa de corte transversal que incluyó a 285 adultos a quienes se aplicó un cuestionario que midió el grado de adherencia a distintas estrategias de manejo y calidad de vida mediante el instrumento Kidney Disease Quality of Life (KDQOL). Los resultados evidencian que la adherencia a las estrategias terapéuticas explicó el 46,5% de la variabilidad en la calidad de vida, asimismo, se observó que el mayor nivel de cumplimiento correspondió al tratamiento farmacológico, mientras que la menor adherencia se presentó en la práctica de actividad física. Se concluye que, las intervenciones de enfermería basadas en evidencia mejoran de forma significativa la calidad de vida en pacientes con ERC, se destaca la necesidad de estrategias tempranas para fortalecer la adherencia, en especial la actividad física.

El estudio de Gimero et al. (2025), desarrollado en España tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida y percepción de la atención en pacientes con ERC; la metodología aplicada fue descriptiva de tipo transversal en 43 pacientes, se empleó el cuestionario KDQOL-36 para medir la calidad de vida y el IECPAX para valorar la atención percibida, además de recopilar datos sociodemográficos y clínicos. Los resultados mostraron predominio del sexo masculino, alta frecuencia de comorbilidades como diabetes e hipertensión y polimedicación. Se identificó contrastes en la función física según sexo y edad, asociación entre mayor número de remedios y mejor percepción de la atención, sin embargo, no se encontró correspondencia significativa entre la calidad de vida y la calidad de la atención percibida. Se concluye que los dos aspectos son independientes, por lo tanto, se abordan de manera individual para mejorar los resultados en pacientes con ERC.

La investigación realizada en Chile por Arancibia & González (2024), tuvo como objetivo analizar las vivencias y cuidados del personal de enfermería en la atención ofrecida a personas con ERC en un centro de atención primaria. La metodología del estudio fue cualitativa, participaron 10 enfermeros a quienes se les aplicó entrevistas semiestructuradas y luego se analizó a través del software Atlas Ti. Los resultados arrojaron cuatro categorías: aspectos vinculados a la calidad asistencial, gestión del cuidado de enfermería, abordaje multidisciplinario y factores que condicionan la práctica enfermera, además, se identificó limitaciones en la atención del paciente renal, como la escasez de tiempo, insuficiente formación profesional en el área y condiciones socioeconómicas del paciente que repercuten en su cuidado. Se concluye que existe la necesidad de incorporar mayores intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención y fortalecer la capacitación del personal de enfermería para optimizar el cuidado de las personas con ERC.

El estudio de López et al. (2021), realizado en Cuba tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa de enfermería en adultos mayores con ERC durante el período enero–febrero de 2019, para ello, se realizó una investigación cuasi-experimental de tipo antes-después, sin grupo de control en 50 pacientes adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Los resultados mostraron predominio de pacientes entre 60 y 69 años y del sexo masculino, posterior a la intervención educativa, se evidenció un incremento en el nivel de conocimientos sobre la enfermedad renal crónica, sus características generales, signos y síntomas, factores de riesgo, complicaciones y medidas preventivas. Se concluyó que la intervención educativa en enfermería fue efectiva, ya que mejoró el conocimiento y la percepción del riesgo en los adultos mayores y de esta manera se contribuyó a la prevención de la ERC en esta población vulnerable.

2.1.2. *Nivel nacional*

El estudio de Arias et al. (2025), realizado en Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador tuvo como objetivo implementar intervenciones de enfermería enfocadas en fortalecer el autocuidado en pacientes con IRC en estadio 5 para favorecer su calidad de vida. La metodología fue de tipo observacional descriptivo e incluyó una valoración integral basada en la Teoría

del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem se complementó con la aplicación del índice de Barthel y el test de Morisky-Green. Los resultados circunscribieron la valoración integral y la elaboraron planes de cuidado con una duración de tres meses sostenidos en las taxonomías NANDA, NOC y NIC; dichas intervenciones se orientaron a abordar problemas como la autogestión infructífera de la salud, alteraciones en la nutrición, baja autoestima situacional y temor. Se concluyó que, tras la implementación de los cuidados de enfermería, el paciente evidenció una mayor aceptación de su condición y del tratamiento indicado, comprendió la relevancia de mantener una alimentación adecuada y mostró un fortalecimiento en el ámbito emocional.

La investigación de Caraguay (2025) desarrollada en el Hospital General del Norte de Guayaquil, Ecuador tuvo como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con IRC en relación con la atención de enfermería durante la hemodiálisis. La investigación fue de tipo descriptivo, con un diseño no experimental y se trabajó con una muestra de 51 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados evidenciaron que el 88% de los pacientes se encontraban satisfechos con los cuidados brindados por el personal de enfermería, mientras que un 12% manifestó insatisfacción. Asimismo, los participantes valoraron de forma positiva la capacidad del personal para atender sus necesidades donde se destacó la atención recibida fue igual o superior a sus expectativas. Como conclusión el estudio recalca un alto nivel de satisfacción de los pacientes respecto al trato y desempeño del personal de enfermería, donde se resalta su competencia profesional y la confianza y seguridad que generan en el proceso de cuidado, educación y tratamiento.

2.1.3. *Nivel local*

El estudio de Chávez et al. (2023) efectuado en el Hospital Básico Guaranda provincia Bolívar, tuvo como objetivo conocer las narraciones de pacientes con insuficiencia renal en dicho hospital entre noviembre de 2022 y abril de 2023. La metodología aplicada fue de enfoque cualitativo y fenomenológico, empleó entrevistas con preguntas abiertas y analizó los relatos mediante el programa ATLAS.ti, versión 9. Los resultados resaltan que la ERC

y la diálisis generan repercusiones emocionales, sociales, familiares y laborales, se recalca la importancia del apoyo familiar, afrontamiento de la enfermedad y acompañamiento del personal de enfermería para brindar una atención integral. Se concluye que la adaptación al tratamiento representa un proceso complejo que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes.

La investigación de Pineda & Culqui (2023) realizado en la ciudad de Guaranda tuvo como objetivo diseñar un programa educativo domiciliario para pacientes con insuficiencia renal crónica fundamentado en la Teoría del Autocuidado. El estudio empleo una metodología con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, propositivo y de campo, con la participación de 15 pacientes, para recopilar información se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas sobre prácticas de autocuidado. Los resultados destacaron la necesidad de fortalecer los conocimientos sobre la enfermedad, higiene personal y cuidado de la piel para prevenir infecciones, se elaboró también una guía educativa con recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de vida y favorecer la supervivencia de los pacientes.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Anatomía del sistema urinario

El sistema urinario lo conforma los riñones que son los responsables de formar la orina, los uréteres que son aquellos que la transportan, la vejiga que aquella almacena la orina y la uretra que es la que envía hacia el exterior del cuerpo (Surace & Tammone, 2023).

Los riñones constituyen las vías urinarias superiores, mientras que las demás estructuras corresponden a las inferiores, existen dos riñones ubicados en la región retroperitoneal, a ambos lados de la columna vertebral, con una longitud aproximada de 10 a 14 cm y rodeados por una cápsula protectora. A través del hilio renal ingresan y salen vasos sanguíneos, nervios y estructuras encargadas del drenaje urinario. La orina originada se recoge en la pelvis renal y es transportada hacia la vejiga mediante los uréteres, gracias a movimientos peristálticos; la unión entre uréter y vejiga evita el reflujo urinario, función que es alterada en ciertas anomalías (Lee & Mather, 2024).

La vejiga es un órgano elástico compuesto por músculo liso cuya disposición permite que se almacene y vacíe la orina, por otra parte, la uretra está ubicada entre la vejiga y el exterior y posee mecanismos esfinterianos que regulan la micción, con diferencias funcionales entre hombres y mujeres. Aunque los riñones y uréteres son estructuras pares, la vejiga y la uretra son únicas; además, la función renal se mantiene si uno de los riñones está sano (Lee & Mather, 2024).

Desde el punto de vista macroscópico, los riñones se dividen en dos regiones principales: la corteza, que corresponde a la zona externa y presenta una abundante irrigación y, la médula, ubicada en la parte interna, con menor flujo sanguíneo (Surace & Tammone, 2023).

A nivel microscópico, los riñones están constituidos por las nefronas consideradas la unidad funcional del órgano, donde cada nefrona está formada por el glomérulo, que representa la porción vascular encargada de la filtración, y por un sistema de túbulos renales, que conforman la porción epitelial responsable de la reabsorción y secreción de sustancias (Surace & Tammone, 2023).

Una nefrona está conformada por un corpúsculo renal, constituido por el glomérulo rodeado por la cápsula de Bowman, el cual se continúa con un túbulo renal sinuoso que desemboca en un conducto colector; la porción tubular de la nefrona incluye el túbulo proximal y el túbulo distal, unidos por el asa de Henle. El riñón humano posee cerca de un millón de nefronas, el número de nefronas se establece durante el desarrollo prenatal, hasta alrededor de las 36 semanas de gestación; después del nacimiento, no se forman nuevas nefronas, por lo que aquellas que se pierden no pueden ser reemplazadas (de Matos & Leyraud, 2024).

Según lo menciona Surace & Tammone (2023), los riñones cumplen variadas funciones esenciales para el organismo, entre las más importantes se encuentran:

- **Eliminación de desechos y toxinas:** Filtran la sangre para eliminar productos del metabolismo como la urea, ácido úrico, creatinina y otros residuos que son expulsados a través de la orina.
- **Regulación del equilibrio hidroelectrolítico:** Mantienen el volumen y composición del líquido extracelular, mediante la conservación o excreción de agua y electrolitos acorde las necesidades del cuerpo.
- **Control del pH sanguíneo:** Asisten al equilibrio ácido-base mediante la expulsión de iones hidrógeno (H^+) y reabsorción de bicarbonato (HCO_3^-), de esta manera, se asevera un pH adecuado en la sangre.
- **Regulación de la presión arterial:** Participan en el control a largo plazo de la presión arterial mediante el sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- **Gluconeogénesis:** Colaboran con el hígado en la producción de glucosa durante periodos de ayuno para ayudar a mantener niveles normales de glucemia.
- **Producción hormonal:** Sintetizan eritropoyetina que estimula la formación de glóbulos rojos y activan la vitamina D mediante procesos químicos para su función en el organismo (Surace & Tammone, 2023).

Además, es importante señalar la función glomerular de los riñones, donde la nefrona es responsable de la formación de la orina mediante tres procesos fundamentales:

- **Filtración:** Consiste en el paso de determinados componentes del plasma desde los capilares glomerulares hacia el espacio de Bowman.
- **Reabsorción:** Implica el retorno de sustancias previamente filtradas desde la luz tubular hacia la circulación sanguínea.
- **Secreción:** Corresponde al transporte de sustancias desde la sangre hacia el interior del túbulo renal que no fueron filtradas de forma inicial (Surace & Tammone, 2023).

2.2.2. Etiología de enfermedades renales

La mayoría de las enfermedades renales afectan de forma directa a las nefronas que son las unidades funcionales del riñón y cuando estas estructuras se dañan, se reduce la capacidad del órgano para eliminar desechos y toxinas del organismo. Entre las principales causas se encuentran factores genéticos, traumatismos y el uso de ciertos medicamentos, además, el riesgo de desarrollar enfermedad renal aumenta en personas con diabetes, hipertensión arterial o antecedentes familiares de patologías renales (Matos & Leyraud, 2024).

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por un deterioro progresivo de las nefronas a lo largo del tiempo, al mismo tiempo, existen otras afecciones que pueden comprometer la función renal, como el cáncer, quistes, cálculos renales e infecciones (Matos & Leyraud, 2024).

2.2.3. Enfermedad renal crónica (ERC)

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por la presencia de daño renal estructural o funcional durante un período igual o superior a tres meses, con o sin disminución de la función renal. Dicho daño se evidencia mediante alteraciones histológicas, marcadores en el sedimento urinario o estudios de imagen (López et al., 2021).

A nivel mundial, la ERC presenta una alta prevalencia estimada entre el 11% y el 13%, donde es más frecuente el estadio 3a, dicha prevalencia varía

según factores geográficos, económicos y de género, oscilando aproximadamente entre el 8,8% y el 12,5% (Huaman & Gutiérrez, 2021). En este sentido, la ERC es un problema de salud pública a nivel global debido a su creciente incidencia y afectación a una proporción importante de la población adulta, en especial en estadio 3 (Garrido, 2024).

La prevención de la ERC se basa en la educación a la población sobre aspectos generales, epidemiología y factores de riesgo, además, desde la salud pública, la reducción de estos factores disminuye de forma significativa la morbilidad asociada a la enfermedad y esto se logra mediante el fortalecimiento de los conocimientos en la población (López et al., 2021).

2.2.4. Insuficiencia renal crónica (IRC)

La IRC se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de los riñones para cumplir su función principal de filtrar la sangre y da como consecuencia una acumulación de desechos y toxinas en el organismo, por ende, desencadena diversas complicaciones que afectan el bienestar físico y estado psicológico del individuo. Esta condición se asocia con el incremento de sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo, alteraciones en la expulsión de líquidos y disminución en la producción de hormonas encargadas de regular la presión arterial y otras funciones fisiológicas del cuerpo (Soledispa, 2022).

La IRC se considera una enfermedad emergente debido a su elevada mortalidad, alto costo de tratamiento, incremento de casos y limitada disponibilidad de recursos para su atención; se estima que alrededor del 10% de la población mundial padece esta enfermedad, con mayores cifras en países en vías de desarrollo. En Ecuador la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología señala que la IRC requiere mayor atención, ya que se ubica entre las diez principales causas de mortalidad, además, debido a la alta demanda y a que se manifiesta en etapas avanzadas, existe limitada cobertura en el sistema público de salud y muchos pacientes fallecen antes de recibir el tratamiento dialítico (Osejo, 2023).

2.2.5. Etiología de la Enfermedad renal crónica (ERC)

Entre las principales causas de la ERC se encuentran la diabetes, glomerulonefritis e hipertensión arterial; esta enfermedad en sus fases iniciales

es asintomática o presenta manifestaciones poco específicas que dificulta su diagnóstico. Sin embargo, algunos pacientes presentan síntomas como fatiga, pérdida de apetito y peso, aumento de la diuresis, hipertensión, edema, palidez y alteraciones neurológicas como confusión o somnolencia (López et al., 2021).

Para los autores Martín & Lorenzo, 2024, las causas de la ERC se clasifican en diferentes categorías y pueden coexistir varias de ellas y potenciar el daño renal.

- **Causas primarias:** Afectan de forma directa al riñón sin estar asociadas a una enfermedad sistémica, comprometen principalmente el componente glomerular.
- **Causas secundarias:** Se derivan de enfermedades sistémicas, en general de carácter multiorgánico, que impactan diversas estructuras renales.
- **Causas genéticas:** Incluyen las hereditarias, transmitidas de padres a hijos y que se manifiestan en cualquier etapa de la vida, y las congénitas, presentes desde el nacimiento, independientemente de su origen hereditario (Martín & Lorenzo, 2024).

Del mismo modo, Baldeón (2022) menciona que, la ERC tiene múltiples causas, las más frecuentes son la diabetes e hipertensión arterial, responsables de la mayoría de los casos, no obstante, también se presenta en personas aparentemente sanas. Entre otras causas menos comunes se incluyen las enfermedades glomerulares, uso excesivo de medicamentos o drogas, enfermedad renal poliquística, trastornos del sistema inmunológico como VIH/SIDA y lupus, así como algunos tipos de cáncer e infecciones graves.

Cabe indicar también que, aunque existe tratamientos que controlan y retrasan la progresión de la enfermedad, no logran curarla y esto conlleva a un deterioro progresivo del estado de salud del paciente. Asimismo, el riesgo de desarrollar esta patología está relacionado con factores genéticos y con condiciones ambientales desfavorables, entre ellas se incluyen la malnutrición durante el embarazo, exposición a metales pesados y sustancias químicas

practicantes en la agricultura, consumo de productos herbolarios y realización de actividades laborales en climas cálidos (Soledispa, 2022).

2.2.6. Fisiopatología de la Enfermedad renal crónica (ERC)

La organización internacional Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) define la ERC como la presencia de alteraciones en la estructura o función de los riñones durante un periodo mayor a tres meses, mismas que generan consecuencias en la salud, independientemente de su causa. Estas alteraciones pueden evidenciarse por una disminución del filtrado glomerular de <60 ml/min/1,73 m^2 o por signos de daño renal, como albuminuria, hallazgos en biopsias, anomalías en el sedimento urinario o estudios de imagen (Górriz et al., 2023).

Cabe mencionar que, la atención a pacientes con ERC está regulada por lineamientos nacionales e internacionales como son las guías KDIGO y las normativas del Ministerio de Salud Pública, las cuales establecen la importancia de la educación al paciente como parte fundamental del cuidado integral (De Francisco, 2024).

Asimismo, la clasificación KDIGO 2026, junto con las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología, propone identificar la causa de la ERC y categorizarla según el nivel de filtración glomerular en seis estadios (G1 a G5, subdividiendo G3 en G3a y G3b), además de considerar tres grados de albuminuria (A1, A2 y A3), evaluados mediante la relación albúmina-creatinina en orina, que sea de preferencia en una muestra matutina (Górriz et al., 2023).

Para Martín & Lorenzo, 2024, los marcadores de daño renal incluyen diversos criterios que permiten identificar la presencia de enfermedad renal crónica, estos son:

- Tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1,73 m^2, incluso sin otros signos evidentes de enfermedad renal.
- Presencia de albuminuria superior a 30 mg/día.
- Alteraciones en el sedimento urinario.
- Desequilibrios electrolíticos u otras alteraciones derivadas de disfunción tubular.

- Cambios estructurales identificados mediante estudios histológicos.
- Alteraciones estructurales detectadas en pruebas de imagen (Martín & Lorenzo, 2024).

La ERC se clasifica en cinco estadios según el nivel de filtrado glomerular, donde, a medida que progresa, aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares, mortalidad temprana y deterioro de la calidad de vida, ya que evoluciona de forma silenciosa hasta etapas avanzadas (Huaman & Gutiérrez, 2021).

La ERC se caracteriza por una disminución progresiva de la función renal que afecta a los mecanismos fisiológicos encargados de mantener la homeostasis del organismo (Malkina, 2025). A medida que la tasa de filtración glomerular disminuye, se producen alteraciones en la excreción de productos metabólicos, el equilibrio hidroelectrolítico, el metabolismo mineral y el estado ácido-base (Matos & Leyraud, 2024). Estos cambios se reflejan en parámetros bioquímicos sanguíneos y en análisis de orina; en la **Tabla 1** se presentan las principales alteraciones:

Tabla 1

Alteraciones clínicas, bioquímicas y urinarias en la ERC

Parámetro	Valores normales	Alteración en ERC
Tasa de filtración glomerular (TFG)	> 90 mL/min/1,73 m^2	Disminuida progresivamente (< 60; grave ≤ 15)
Densidad urinaria	1.005 – 1.030	Disminuida o fija (isostenuria)
Osmolaridad urinaria	500 – 800 mOsm/kg	Fija ~300–320 mOsm/kg
Volumen urinario	800 – 2000 mL/día	Variable (puede no adaptarse a ingesta)
Proteinuria	Negativa	Positiva persistente
Hematuria	Negativa	Positiva
Cilindros urinarios	Ausentes o escasos	Granulosos, céreos, hemáticos

Creatinina plasmática	0.6 – 1.2 mg/dL	Elevada
Urea plasmática	15 – 40 mg/dL	Elevada
Sodio plasmático	135 – 145 mEq/L	Generalmente normal
Balance hídrico	Equilibrado	Puede haber sobrecarga
Potasio plasmático	3.5 – 5.0 mEq/L	Normal o elevado (hiperpotasemia)
Calcio sérico	8.5 – 10.5 mg/dL	Disminuido
Fosfato sérico	2.5 – 4.5 mg/dL	Elevado
Hormona paratiroidea (PTH)	10 – 65 pg/mL	Elevada
Vitamina D (calcitriol)	Normal	Disminuida
pH sanguíneo / Bicarbonato	pH: 7.35–7.45 / HCO_3^-: 22–26 mmol/L	Acidosis metabólica (HCO_3^- 15–20 mmol/L)
Hemoglobina / Hematocrito	Hb: 12–16 g/dL	Disminuidos

Nota: La tabla presenta alteraciones fisiopatológicas de la ERC.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes a partir de (Lee & Mather, 2024); (Matos & Leyraud, 2024); (Surace & Tammone, 2023); (Malkina, 2025).

Según lo observado en la **Tabla 1**, en la ERC la pérdida progresiva de nefronas conlleva una disminución de la tasa de filtración glomerular y esto afecta la capacidad del riñón para mantener la homeostasis de líquidos, electrolitos y el equilibrio ácido-base. De forma temprana se altera la capacidad de concentración urinaria, evidenciada por isostenuria, mientras que en etapas avanzadas se presenta retención de productos nitrogenados como urea y creatinina, generando uremia (Matos & Leyraud, 2024), (Lee & Mather, 2024).

Asimismo, se producen alteraciones en el metabolismo mineral como hiperfosfatemia, hipocalcemia y aumento de la hormona paratiroidea, esto contribuye al desarrollo de osteodistrofia renal. La acidosis metabólica y la anemia por deficiencia de eritropoyetina son complicaciones frecuentes que reflejan el deterioro funcional renal. Estos cambios constituyen indicadores

fundamentales para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de la enfermedad (Malkina, 2025), (Surace & Tammone, 2023), (Matos & Leyraud, 2024).

Progresión de la Enfermedad renal crónica (ERC)

La progresión de la ERC varía entre individuos y depende de su causa, así, las enfermedades con alta proteinuria, como la glomerulonefritis y la nefropatía diabética, presentan un avance más rápido; en contraste, otras condiciones, como las nefropatías intersticiales o de origen vascular, evolucionan más lento, en especial cuando se controlan adecuadamente los factores de riesgo (Górriz et al., 2023).

La velocidad de deterioro del filtrado glomerular (FG) varía entre los pacientes, es más acelerada en aquellos con proteinuria significativa, diabetes mellitus (DM) o hipertensión arterial (HTA) (Pérez et al., 2026). Algunos puntos importantes para el progreso de esta enfermedad son:

- La tasa normal de disminución del FG es de 0,7 a 1 ml/min/1,73 m^2 por año desde los 40 años.
- Se considera que existe progresión renal cuando el FG disminuye más de 5 ml/min por año o más de 10 ml/min en un periodo de cinco años.
- La progresión se evalúa en base a dos aspectos: 1) Cambio hacia un estadio más adelantado de deterioro renal o mayor nivel de albuminuria. 2) Diferenciación respecto al valor inicial, como una reducción mayor al 25% del FG o un aumento superior al 50% en la relación albúmina-creatinina.
- Para valorar la progresión es primordial medir la albuminuria y el FG basal, además de identificar factores que apresuren el deterioro para definir la frecuencia de los controles.
- Para asegurar resultados confiables se recomienda realizar al menos dos mediciones del FG en un intervalo mínimo de tres meses y descartar causas temporales como daño renal agudo o efectos de medicamentos que alteren la función renal.
- En pacientes con diagnóstico reciente de ERC se debe repetir la medición del FG después de tres meses para confirmar la

enfermedad y excluir causas reversibles. En casos ya conocidos, el control debe ser anual si el riesgo es bajo, o más frecuente si existe mayor probabilidad de progresión (Pérez et al., 2026).

2.2.7. Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica (ERC)

Los factores asociados pueden agruparse en tres categorías: factores no modificables, factores potencialmente modificables relacionados con enfermedades concomitantes y factores propios de la ERC que contribuyen a su progresión, entre los que se encuentran la anemia, las alteraciones del metabolismo mineral y la acidosis metabólica (Matos & Leyraud, 2024).

Factores de riesgo no modificables: Incluyen características propias del individuo que no pueden alterarse, pero que influyen en su aparición y evolución, estas son:

- **Edad:** Adultos mayores a la edad o igual a 60 años, ya que, el envejecimiento se asocia a un deterioro progresivo de la función renal y cambios como esclerosis glomerular y atrofia tubular; se mantiene como criterio diagnóstico una TFG ≤ 60 ml/min/1,73 m² (Garrido, 2024).
- **Género:** El sexo masculino representa una mayor proporción de pacientes en tratamiento renal sustitutivo, aunque su papel en la progresión no es concluyente (Martín & Lorenzo, 2024).
- **Raza:** Las personas afrodescendientes presentan mayor incidencia de ERC en especial a la relacionada con hipertensión arterial, factores genéticos y condiciones socioeconómicas (Martín & Lorenzo, 2024).
- **Bajo peso al nacer:** Se asocia con menor número de nefronas, que incrementa el riesgo de desarrollar ERC en etapas posteriores de la vida (Martín & Lorenzo, 2024).
- **Condiciones socioculturales:** Un nivel socioeconómico bajo se asocia con mayor presencia de estos factores de riesgo y, en consecuencia, con una mayor incidencia de ERC (Garrido, 2024).
- **Antecedentes familiares:** La predisposición genética y los factores ambientales compartidos aumentan la probabilidad de padecer ERC,

en especial en enfermedades hereditarias como la poliquistosis renal (Garrido, 2024).

- **Genética:** Ciertos genes y regiones como los del complejo mayor de histocompatibilidad influyen en la evolución de la ERC, asimismo, patologías monogénicas, como la poliquistosis renal autosómica dominante, presentan peor pronóstico según el tipo de mutación, y que otros factores genéticos, como alteraciones en el sistema renina-angiotensina-aldosterona, el gen APOL1 o mutaciones en podocitos, también contribuyen a la progresión renal (Górriz et al., 2023).
- **Masa nefronal reducida:** En condiciones normales cada riñón contiene aproximadamente un millón de nefronas y varía entre 500.000 - 1.500.000. Una disminución de esta masa está asociada a factores como el bajo peso al nacer, esto implica un menor número inicial de nefronas, o a la pérdida progresiva de estas a lo largo del tiempo. Esta reducción provoca hiperfiltración que contribuye al deterioro de la función renal y favorece la progresión de la enfermedad (Górriz et al., 2023).

Factores de riesgo potencialmente modificables: Influyen en su aparición como en su progresión, no obstante, su impacto está relacionado con el grado de albuminuria, considerado el principal indicador de progresión, por lo que el manejo terapéutico se centra en reducir la proteinuria (Martín & Lorenzo, 2024). Estos son:

- **Hipertensión arterial (HTA):** Presente en la mayoría de pacientes con ERC, actúa como causa y consecuencia de la enfermedad, su control es fundamental para evitar el deterioro renal (Garrido, 2024). La hipertensión sostenida favorece la progresión de la ERC en pacientes con enfermedad renal diabética como no diabética. Este efecto se explica por la transmisión de la presión elevada hacia los capilares glomerulares que genera hipertensión glomerular y produce daño progresivo. Del mismo modo, el aumento de la presión provoca estrés mecánico en las células glomerulares e incrementa la tensión y volumen dentro del glomérulo, esto

contribuye al desarrollo de glomeruloesclerosis y procesos de fibrosis renal (Górriz et al., 2023).

- **Diabetes mellitus (DM):** Es la principal causa de ERC avanzada, el mal control glucémico y la proteinuria asociada incrementan la progresión de la enfermedad (Garrido, 2024). La albuminuria o proteinuria se considera un indicador del daño renal, más que una causa directa de la progresión de la ERC, ya que refleja la magnitud de la lesión glomerular o de la fibrosis tubulointersticial. Esta alteración se origina por la pérdida de la capacidad selectiva de la barrera de filtración glomerular y permite el paso de proteínas hacia la orina (Górriz et al., 2023).
- **Sobrepeso y obesidad:** Se relacionan con hiperfiltración glomerular, inflamación y mayor riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión que contribuye al daño renal (Garrido, 2024).
- **Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA):** Desempeña un papel fundamental en la relación entre la hipertensión arterial, proteinuria y riesgo cardiovascular, ya que, este sistema interviene en el desarrollo de la hipertensión, aumento de proteínas en la orina y fibrosis renal, así contribuye a la progresión de la enfermedad. Por ello, los tratamientos que bloquean el SRAA son eficaces para retrasar el deterioro renal (Górriz et al., 2023).
- **Dislipidemia:** Los niveles elevados de colesterol favorecen la esclerosis glomerular y aceleran la progresión de las lesiones renales. La alteración en los lípidos es frecuente en pacientes con ERC, situación que afecta el sistema vascular y asiste a la progresión del daño renal, por lo que su control es necesario. (Tejada & Velásquez, 2025).
- **Tabaquismo:** Su consumo provoca aumento de la presión arterial y vasoconstricción a nivel renal que genera disfunción endotelial, asimismo, se asocia con un incremento de procesos inflamatorios y la producción de citocinas. El tabaco contiene sustancias que favorecen la formación de productos de glicación avanzada, los cuales incrementan la permeabilidad vascular y contribuyen al daño

renal, además, se relaciona con la resistencia a la insulina en personas diabéticas no diabéticas (Górriz et al., 2023).

- **Hiperuricemia:** Los niveles elevados de ácido úrico se asocian con mayor riesgo cardiovascular y posible progresión de la ERC por ello se recomienda su control (Tejada & Velásquez, 2025).
- **Enfermedad cardiovascular**: Es la principal causa de mortalidad en pacientes con ERC, relacionada tanto con factores tradicionales como diabetes, hipertensión, dislipidemia y como con alteraciones propias de la enfermedad, como inflamación crónica y estrés oxidativo (Tejada & Velásquez, 2025).
- **Nefrotoxicidad**: Muchos pacientes pueden padecerla sin diagnóstico previo, esto dificulta el ajuste adecuado de medicamentos, ya que, el uso prolongado de fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), junto con condiciones que afectan la perfusión renal, causan daño agudo que evoluciona a crónico. Debido a su alta irrigación y función de eliminación de sustancias, el riñón es vulnerable a estos efectos y aumenta el riesgo de deterioro renal (Górriz et al., 2023).

Factores de riesgo propios de la ERC: Son aquellos derivados del propio deterioro de la función renal y que contribuyen a su progresión; en primer lugar, está la anemia y alteraciones del metabolismo mineral, en especial la hiperfosfatemia que se asocian con un mayor deterioro renal. Asimismo, se menciona a la acidosis metabólica que es frecuente en la ERC debido a la disminución en la capacidad renal para eliminar ácidos y se relaciona con una evolución desfavorable de la enfermedad, por lo que se recomienda su prevención y tratamiento mediante medidas dietéticas o farmacológicas (Martín & Lorenzo, 2024)**.**

2.2.8. Síntomas y diagnóstico de la enfermedad renal crónica (ERC)

La ERC se manifiesta con síntomas como calambres, mareos, vómitos, fatiga, dolor de cabeza y dolores musculares; sin embargo, algunos pacientes permanecen asintomáticos y son diagnosticados durante evaluaciones médicas por otras causas (Baldeón, 2022). Por otro lado, el diagnóstico de la ERC se basa en una valoración integral del paciente, donde se sigue los principios de la

medicina interna, con el objetivo de identificar la causa, el grado de daño renal y su progresión (Martín & Lorenzo, 2024).

En etapas avanzadas el diagnóstico se comunica de forma repentina, junto con la necesidad de iniciar hemodiálisis, esto implica cambios significativos en el estilo de vida y genera ansiedad y depresión, por lo que es fundamental una detección temprana de estos trastornos para facilitar la adaptación del paciente y su familia, así como promover estrategias de afrontamiento ante el impacto biopsicosocial de la enfermedad (Baldeón, 2022).

Para el diagnóstico se utiliza la biopsia renal que se realiza en casos seleccionados para determinar la causa de la ERC, en especial cuando existe duda diagnóstica, este procedimiento es invasivo por lo que se debe valorar cuidadosamente el balance riesgo-beneficio. Su utilidad es mayor en etapas tempranas, mientras que en fases avanzadas es limitada (Martín & Lorenzo, 2024).

Por otro lado, se encuentra el diagnóstico por imagen, donde, los autores Górriz et al. (2025) incluyen:

- **Ecografía renal:** Es el estudio inicial de elección ya que permite evaluar tamaño, forma y descartar obstrucciones, aquí se señala que, riñones pequeños sugieren daño crónico.
- **Eco Doppler y Doppler dúplex:** Evalúan el flujo sanguíneo renal y posibles alteraciones vasculares.
- **Tomografía (Angio-TAC) y resonancia magnética:** Aportan información detallada, aunque su uso está limitado por el contraste en pacientes con insuficiencia renal.
- **Angiografía:** Es considerada el método más preciso para evaluar vasos renales, pero con limitaciones por la invasión y el uso de contraste (Górriz et al., 2025).

Además, según lo menciona Giraldo et al. (2023), para el diagnóstico es indispensable aplicar:

- **Historia clínica:** Se indaga en síntomas urinarios: nicturia, poliuria, disuria o hematuria; y, en antecedentes de enfermedades sistémicas,

exposición a nefrotóxicos, infecciones y antecedentes familiares de enfermedad renal.

- **Exploración física:** Se evalúa signos vitales, en especial la presión arterial, además de la revisión del estado general, sistema cardiovascular, abdomen para detectar masas renales y presencia de edemas.
- **Pruebas de laboratorio:** Valorar la función renal, albuminuria y otros parámetros relacionados con enfermedades asociadas o causas subyacentes.
- **Análisis del sedimento urinario:** La presencia de células o cilindros específicos puede indicar distintos tipos de daño renal.
- **Estudios genéticos:** Son útiles para identificar causas hereditarias, con mayor rendimiento en población pediátrica y en adultos (Giraldo et al., 2023).

2.2.9. Tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC)

El tratamiento de la ERC se centra en identificar factores que agravan la enfermedad y en frenar su progresión mediante medidas como la modificación de la dieta como la restricción proteica y control calórico, asimismo, el control de la hipertensión arterial que es la principal estrategia para retrasar el deterioro renal y, el manejo de la dislipidemia, equilibrio del metabolismo calcio-fósforo y control estricto de la glucemia; es fundamental tratar de manera individual las complicaciones asociadas, entre ellas trastornos cardiovasculares, hiperpotasemia, acidosis metabólica, alteraciones hidroelectrolíticas, anemia y síntomas urémicos (Gómez et al., 2025).

Tratamiento sustitutivo renal

En fases avanzadas se recurre al tratamiento sustitutivo renal que incluye diálisis ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal y otra opción es el trasplante renal; la elección de la modalidad de tratamiento depende del estado clínico del paciente, preferencias y recursos disponibles (Gómez et al., 2025).

Diálisis: La diálisis se indica cuando aparecen manifestaciones clínicas de uremia, como pérdida del apetito, náuseas, vómitos, disminución de peso o complicaciones como pericarditis y pleuritis. También se inicia cuando no es

posible controlar de forma adecuada la sobrecarga de líquidos, hiperpotasemia o la acidosis mediante tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida (Malkina, 2025).

En Ecuador de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP) hasta diciembre de 2021 se registró 892 pacientes en diálisis peritoneal (Jiménez & Jiménez, 2022).

Hemodiálisis: La hemodiálisis es utilizada en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que consiste en filtrar la sangre fuera del organismo mediante un dispositivo llamado dializador o riñón artificial que elimina desechos y exceso de líquidos, los devuelve de manera posterior la sangre al cuerpo (Baldeón, 2022).

La hemodiálisis es de alta complejidad y se realiza de forma habitual tres veces por semana con sesiones de aproximadamente cuatro horas, a través de un acceso vascular y bajo la supervisión del personal de enfermería. Además, el tratamiento incluye medicación, control nutricional y restricción de líquidos, es importante destacar que la hemodiálisis no restaura la función renal, más bien mantiene la estabilidad clínica del paciente y prevenir complicaciones (Baldeón, 2022).

De acuerdo con el MSP del Ecuador hasta diciembre de 2021 se registró 17.278 pacientes en hemodiálisis, con una prevalencia de 957 por millón de habitantes (Jiménez & Jiménez, 2022).

Trasplante renal

Cuando se cuenta con un donante vivo el mejor pronóstico a largo plazo se logra al realizar el trasplante renal de manera temprana incluso antes de que el paciente inicie terapia de diálisis. En aquellos casos en los que el paciente es candidato a trasplante, pero no dispone de un donante vivo, se recomienda su inclusión oportuna en la lista de espera del centro de trasplante correspondiente, ya que los tiempos de espera se prolongan durante varios años en muchas regiones (Malkina, 2025).

La guía clínica de KDIGO establece recomendaciones para la evaluación y selección de candidatos a trasplante renal con el objetivo de optimizar la toma de decisiones clínicas y mejorar los resultados en salud. En

este aspecto, todos los pacientes con ERC deben ser informados, educados y considerados como posibles candidatos, sin discriminación por factores socioeconómicos, edad, sexo o etnia. Se aconseja remitirlos a evaluación entre 6 y 12 meses antes del inicio previsto de la diálisis con el fin de facilitar un posible trasplante preventivo en especial cuando existe un donante vivo (Chadban et al., 2020).

Mientras que, para los pacientes que se encuentran en diálisis, la evaluación se realiza una vez que estén clínicamente estables y se confirma la insuficiencia renal, no obstante, existen condiciones que contraindican el trasplante, como enfermedades graves no controladas, cardíacas, pulmonares o neurológicas, también se incluye infecciones activas, neoplasias malignas no tratadas o trastornos psiquiátricos severos que comprometan la adherencia al tratamiento (Chadban et al., 2020).

El MSP del Ecuador indicó que hasta diciembre de 2021 existe 771 personas con trasplante renal, donde, el acceso a estos tratamientos está regulado por el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), entidad encargada de coordinar y supervisar la actividad trasplantológica en el país. Para abril de 2022 existían 282 pacientes en lista de espera para trasplante renal sin datos precisos sobre el tiempo promedio de espera (Jiménez & Jiménez, 2022).

El primer trasplante renal en Ecuador se realizó en 1976 y evolucionó de forma progresiva, así, a partir de 2007 se fortaleció los sistemas de registro, aumentó el número de trasplantes y se alcanzó más de 1.300 procedimientos entre 2007 y 2018. El marco legal actual se consolidó con la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de 2011 y la creación del INDOT en 2012, contexto que permitió mejorar la organización y distribución de órganos, se recalca que, dicha legislación autoriza la donación en vida hasta el cuarto grado de consanguinidad (Jiménez & Jiménez, 2022).

2.2.10. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

La calidad de vida se refiere a la percepción que tiene cada persona sobre su situación dentro de su entorno cultural en función de sus valores, expectativas e intereses, cabe indicar que, el aumento de la esperanza de vida

incrementa el número de personas con enfermedades crónicas, lo que genera la necesidad de enfocar la atención en su bienestar integral. En este contexto, una adecuada gestión de la calidad de vida, apoyada por equipos multidisciplinarios, contribuye a mejorar la capacidad de los pacientes para enfrentar su enfermedad (Gimero et al., 2025).

Los pacientes con ERC sobreviven con una función renal limitada y presentan un alto riesgo de afectación en otros órganos que genera alteraciones cognitivas, óseas, cardiovasculares y respiratorias. Por ello, es fundamental promover una adecuada calidad de vida, a pesar de la necesidad de terapias de reemplazo renal, ya que, aunque estos tratamientos son efectivos, ocasionan un impacto físico y psicosocial en el paciente y su entorno familiar (Franco et al., 2025).

Además, es fundamental realizar una detección temprana de la ERC y una valoración integral del paciente con el fin de establecer un plan de manejo acorde a la etapa de la enfermedad que permita mejorar la supervivencia y la calidad de vida. En comparación con personas sanas de características similares, los pacientes con ERC presentan una disminución en su calidad de vida que afecta su capacidad física, función sexual, situación laboral y estado general de salud, también, factores como la edad avanzada y presencia de comorbilidades agravan más esta situación (Garrido, 2024).

En pacientes con ERC la calidad de vida se asocia con la estabilidad clínica y la capacidad de mantener actividades cotidianas acordes a sus condiciones, en este contexto, una adecuada adherencia al tratamiento contribuye a mejorar el estado general del paciente; sin embargo, la duración prolongada de la enfermedad genera un deterioro progresivo en distintos ámbitos. Por ello, el empoderamiento del paciente es fundamental para fomentar el autocuidado, priorizar su salud y mantener un equilibrio en su calidad de vida (Baldeón, 2022).

2.2.11. Estrategias para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

Para los autores Supramanian et al. (2024), el abordaje integral de la ERC requiere la implementación de diversas estrategias orientadas a mejorar el bienestar físico, emocional y social del paciente, estas son:

Dieta e ingesta de alimentos: Es fundamental el acompañamiento de un profesional en nutrición para diseñar un plan alimentario individual que contemple restricciones de potasio, sodio, fósforo y proteínas, ya que, una dieta adecuada contribuye al control de los síntomas y a la ralentización de la progresión de la enfermedad (Supramanian et al., 2024).

En cuando a la ingesta de alimentos, esta es moderada de proteínas (aproximadamente 0,8 g/kg/día) cuando la tasa de filtración glomerular es inferior a 60 mL/min/1,73 m² y no existe síndrome nefrótico, siempre que no presenten fragilidad ni alteraciones metabólicas. En casos seleccionados y bajo estricta supervisión nutricional se considera una restricción proteica más severa, con el fin de disminuir la producción de urea y aliviar los síntomas urémicos y contribuir a ralentizar la progresión de la enfermedad (Baldeón, 2022).

Es primordial asegurar un adecuado aporte energético mediante carbohidratos, grasas y evitar estados de catabolismo, del mismo modo, se recomienda limitar el consumo de sodio a menos de 2 g diarios, en especial en pacientes con hipertensión, sobrecarga de líquidos o insuficiencia cardíaca (Baldeón, 2022). Igualmente, la regulación dietética mediante un consumo moderado de proteínas, reducción de sodio y potasio contribuye a corregir alteraciones metabólicas y retrasa la evolución de la enfermedad (Darni & Sasmita, 2021).

Control de excretas: Las alteraciones gastrointestinales son frecuentes e influyen en la evolución clínica de pacientes con ERC, entre las manifestaciones más relevantes se encuentran la diarrea y el estreñimiento que están asociadas al uso de inmunosupresores, antibióticos, infecciones o condiciones previas del tracto digestivo (Sumida et al., 2020).

La diarrea se presenta de forma aguda o crónica, la primera se relaciona con infecciones o cambios en la dieta, mientras que la crónica requiere estudios diagnósticos para identificar su causa. Estas alteraciones se vinculan con

cambios en la microbiota intestinal y deterioro de la barrera epitelial que favorece procesos inflamatorios y desequilibrios hidroelectrolíticos. Su manejo incluye la evaluación del estado hídrico, reposición de líquidos, electrolitos y tratamiento farmacológico según la etiología (Sumida et al., 2020).

Por otro lado, el estreñimiento es común en pacientes con restricciones de líquidos, bajo consumo de fibra o sedentarismo, su abordaje inicial se basa en medidas dietéticas y cuando es necesario se utiliza laxantes osmóticos y se evita sustancias que generen complicaciones metabólicas (Sumida et al., 2020).

Restricción de líquidos: En la ERC la disminución progresiva de la función renal altera la capacidad del organismo para regular de manera adecuada el equilibrio hídrico, como consecuencia, la ingesta de líquidos tiene que ser controlada, ya que el riñón pierde eficiencia para eliminar el exceso de agua. Bajo este aspecto, la sobrecarga de líquidos constituye una complicación frecuente y de gran relevancia clínica debido a su relación con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, principal causa de mortalidad en estos pacientes (Miranda et al., 2022).

Las medidas conservadoras disminuyen la progresión del deterioro renal y controlan complicaciones y para esto es importante la restricción de la ingesta de líquidos. El rol del personal de enfermería se enfoca en la supervisión y educación del paciente respecto al cumplimiento de la restricción hídrica ya que, un consumo excesivo de líquidos provoca sobrecarga circulatoria y edema, mientras que una ingesta insuficiente genera deshidratación, hipotensión y empeoramiento de la función renal (Darni & Sasmita, 2021)

Es importante destacar que la retención de líquidos se presenta algunas veces en etapas intermedias de la enfermedad, por ello, el monitoreo del estado de hidratación es fundamental en todas las etapas de la ERC, con el fin de prevenir complicaciones y ajustar de manera oportuna las recomendaciones sobre la ingesta hídrica. En este contexto, el control adecuado de los líquidos ingeridos junto con la vigilancia clínica, permite mejorar el pronóstico del paciente, reducir riesgos asociados y contribuir a una mejor calidad de vida (Miranda et al., 2022).

Ejercicio: La práctica de ejercicio se adapta a las capacidades y condiciones de cada paciente, así, actividades como caminar, nadar o ejercicios de resistencia leve favorecen la salud cardiovascular, la fuerza muscular y el bienestar general (Supramanian et al., 2024). La actividad física es necesaria para favorecer el estado muscular, circulatorio y el bienestar general (Baldeón, 2022).

El ejercicio actúa sobre mecanismos fisiopatológicos en la ERC, entre sus principales efectos está la contribución a modular la inflamación, reduce el estrés oxidativo mediante mecanismos adaptativos, mejora la función vascular, favorece el flujo sanguíneo, controla la presión arterial e influye de buena manera en la respuesta inmunológica. Desde el punto de vista metabólico, mejora el perfil lipídico, favorece el uso eficiente de la energía, ayuda a preservar la masa muscular, contrarresta la sarcopenia y envejecimiento acelerado (Martín & Pallas, 2025).

Adherencia al tratamiento farmacológico: Es esencial garantizar que se cumpla el tratamiento prescrito, mismo que incluye medicamentos para el control de la presión arterial, alivio de síntomas y manejo de comorbilidades como diabetes o enfermedades cardiovasculares, asimismo, se debe vigilar la aparición de efectos adversos y ajustar la terapia según sea necesario (Supramanian et al., 2024).

Debido a las restricciones dietéticas es necesario suplementar vitaminas hidrosolubles, mientras que la administración de otras vitaminas, como la D, debe ajustarse según los niveles séricos. Por otro lado, el manejo de las alteraciones lipídicas es importante, ya que la dislipidemia aumenta el riesgo cardiovascular en estos pacientes; en este sentido, las modificaciones en la dieta y el uso de fármacos como las estatinas son beneficiosos, siempre bajo control médico (Malkina, 2025).

Control de síntomas: La caracterización y manejo pertinente de manifestaciones como náuseas, extenuación, prurito o dolor consiente aplicar intervenciones como ajustes terapéuticos, cambios en el estilo de vida o terapias de apoyo. El monitoreo perpetuo de la función renal y valoración del

tratamiento detectan complicaciones de manera temprana y realizar ajustes oportunos para optimizar los resultados clínicos (Supramanian et al., 2024).

Educación del paciente: Brindar información completa sobre la ERC, incluir las causas, evolución, alternativas terapéuticas y medidas de autocuidado, esto permite que el paciente adquiera conocimientos que favorezcan la toma de decisiones informadas y una participación activa en su tratamiento (Supramanian et al., 2024).

Apoyo psicológico y social: La ERC genera impacto emocional como la ansiedad, depresión y dificultades de adaptación, por ello, es importante proporcionar acompañamiento psicológico a través de terapia, grupos de apoyo o derivación a especialistas en salud mental. Además, es importante avivar redes de apoyo e integración en actividades comunitarias o grupos de pacientes para asistir al bienestar emocional debido a que se ofrece compañía, intercambio de experiencias y apoyo (Supramanian et al., 2024).

Planificación anticipada de la atención y cuidados paliativos: Originar la discusión sobre decisiones expectantes en salud permite al paciente expresar sus valores, preferencias y objetivos de cuidado. En etapas avanzadas de la enfermedad, los cuidados paliativos se enfocan en el control de síntomas, alivio del dolor y mejora de la calidad de vida, se brinda una atención integral al paciente y su familia (Supramanian et al., 2024).

Apoyo económico: Es importante orientar a los pacientes sobre programas de asistencia financiera, seguros de salud y recursos comunitarios disponibles para facilitar el acceso a tratamientos y medicamentos, acciones que influyen en la adherencia y en la calidad de vida (Supramanian et al., 2024).

Cuidado del acceso vascular: El cuidado del acceso vascular permite la conexión del paciente a la máquina de diálisis y puede ser temporal o permanente (Baldeón, 2022). De acuerdo al American Kidney Fund (2026) existen tres tipos principales de accesos:

- **Fístula arteriovenosa (AV):** Es la unión quirúrgica de una arteria y una vena, en general en el brazo, esto genera un vaso de mayor calibre y flujo sanguíneo adecuado; es el acceso más recomendado

por su mayor durabilidad y menor riesgo de infecciones y trombosis.

- **Injerto arteriovenoso (AV):** Se utiliza un tubo sintético que conecta una arteria con una vena; se colca en el brazo, pierna o tórax y representa una alternativa cuando no es posible realizar una fístula.
- **Catéter venoso central:** Es un dispositivo temporal insertado en una vena del cuello o tórax, se utiliza cuando se requiere iniciar diálisis de forma inmediata o mientras madura un acceso permanente, esta presenta mayor riesgo de infecciones y complicaciones (American Kidney Fund, 2026).

El cuidado del acceso vascular es esencial para garantizar la eficacia del tratamiento y prevenir complicaciones, en el caso de la fístula o el injerto, se recomienda mantener la zona limpia, evitar presiones o traumatismos, inspeccionar día a día signos de infección y no utilizar ese brazo para procedimientos médicos como toma de presión o extracción sanguínea. En cuanto al catéter, es indispensable conservarlo limpio, seco y cubierto, realizar una adecuada higiene de manos antes de manipularlo, mantener los apósitos en buen estado y vigilar signos de infección o secreción (American Kidney Fund, 2026).

En este contexto, el personal de enfermería cumple un rol esencial en la educación, vigilancia y seguimiento del paciente al promover el autocuidado y la detección precoz de complicaciones para contribuir a la seguridad y continuidad del tratamiento dialítico (American Kidney Fund, 2026). Es fundamental que el paciente cumpla de manera constante y disciplinada con indicaciones para optimizar los resultados terapéuticos y mejorar su calidad de vida (Baldeón, 2022).

2.2.12. Rol del profesional de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

El profesional de enfermería desempeña un papel importante en la atención de pacientes con deterioro renal ya que interviene en la identificación oportuna de factores de riesgo y en la implementación de acciones orientadas a

prevenir la progresión de la enfermedad. Su labor se centra en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de complicaciones, de esta forma, contribuye a mejorar la calidad de vida y el pronóstico del paciente (Arancibia & González, 2024).

Las manifestaciones clínicas de ERC se intensifican conforme progresa el estadio, siendo más evidentes en los estadios 4 y 5, cuando el filtrado glomerular desciende por debajo de 30 ml/min. En estas etapas aparecen síntomas que afectan diversos sistemas del organismo, como el nervioso, digestivo, cardiovascular, inmunológico, hematológico y endocrino. Ante esta situación, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental mediante intervenciones en prevención, elección e inicio del tratamiento, fomento del autocuidado a través de la educación y el trabajo en equipo multidisciplinario (Huaman & Gutiérrez, 2021).

Competencias del enfermero

La competencia del personal de enfermería se entiende como la capacidad de ejecutar acciones de manera adecuada, sustentadas en conocimientos específicos. Implica realizar tareas de forma correcta, comprender cuándo, cómo y por qué actuar, estas competencias constituyen la base del ejercicio profesional, ya que orientan la aplicación efectiva de habilidades en distintos contextos de atención (Radesi, 2023). Estas competencias son las siguientes:

a) **Educador o docente**

La competencia docente se basa en el carácter científico de la enfermería, mismo que exige la transmisión de conocimientos propios de la disciplina y que implica la participación en procesos educativos en diferentes niveles, como la planificación, ejecución y evaluación de la enseñanza. Además, el profesional de enfermería interviene en la educación para la salud, dirigida a individuos, familias, comunidades y ayuda a promover estilos de vida saludables. Incluye la capacitación del personal sanitario, formación continua mediante cursos o actividades académicas y la educación permanente como responsabilidad profesional para mantener actualizados los conocimientos (Universidad de la Rioja, 2024).

b) **Administrativa**

La función administrativa surge de la necesidad de organizar el trabajo en los servicios de salud, en especial cuando intervienen varias personas en una misma actividad. Administrar implica dirigir, coordinar los recursos humanos y materiales de manera consciente, con el propósito de alcanzar objetivos establecidos (Universidad de la Rioja, 2024).

Esta competencia busca optimizar el uso del tiempo, energía y recursos disponibles para garantizar una atención eficiente y de calidad e incluye actividades como la planificación, organización, dirección y control del trabajo, y se desarrolla en distintos niveles, desde cargos directivos hasta el ejercicio asistencial en instituciones de salud (Universidad de la Rioja, 2024).

c) **Asistencial**

La competencia asistencial se enfoca en brindar apoyo directo al individuo para conservar y mejorar su estado de salud, contribuir a su recuperación frente a procesos patológicos (Universidad de la Rioja, 2024). Esta función se desarrolla en distintos niveles de atención y contextos:

Ámbito hospitalario: De manera tradicional es el principal espacio de desempeño el personal de enfermería, donde, las actividades se centran en atender y restablecer las necesidades del paciente afectadas por la enfermedad, mediante la provisión de cuidados integrales. Entre las principales acciones está la atención de necesidades básicas y aplicación de cuidados orientados a disminuir los efectos del proceso patológico (Universidad de la Rioja, 2024).

Ámbito extrahospitalario: El profesional de enfermería actúa como parte de un equipo de salud y participa en acciones comunitarias orientadas a la promoción, prevención y recuperación de la salud, al tiempo que comparte objetivos y responsabilidades con otros profesionales (Universidad de la Rioja, 2024).

d) **Investigadora**

La competencia de investigadora en el ámbito del personal de enfermería percibe aquellas actividades orientadas a generar nuevas sapiencias y fortificar el desarrollo de la disciplina. A través de la investigación, se

promueve la mejora continua de la práctica profesional y se fomenta la innovación en los cuidados de salud (Universidad de la Rioja, 2024).

Esta función permite ampliar el conocimiento sobre la profesión, optimizar los procedimientos de enfermería, evaluar su efectividad y explorar nuevas técnicas, al mismo tiempo, abarca diferentes campos de estudio, como la comunidad, proceso educativo, práctica clínica y formación del personal de salud (Universidad de la Rioja, 2024).

Competencias del enfermero en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

Los pacientes con ERC tienen inestabilidad emocional por los cambios que implica la enfermedad y su tratamiento, sumado a esto, la adaptación a un nuevo estilo de vida genera ansiedad, ira, depresión y temor a la muerte, por ende, afecta su bienestar psicológico y su capacidad de afrontamiento. También, las limitaciones en el ámbito social, laboral y en el autocuidado incrementan la frustración y preocupación constante por su estado de salud, por ello, es importante la educación (Arias et al., 2025).

- **Educación a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)**

Los programas educativos dirigidos a pacientes con ERC demuestran ser efectivos para mejorar la autoeficacia en la autogestión, autocontrol, autocuidado y los aspectos de la inteligencia emocional, independientemente de si se aplican de forma individual o grupal. Asimismo, el personal de enfermería desempeña un papel esencial en la adherencia al tratamiento; sin embargo, la participación de un equipo multidisciplinario de salud permite optimizar las intervenciones educativas y potenciar sus resultados (Garrido, 2024).

En relación con el tratamiento de pacientes con ERC, el personal de enfermería refuerza la educación sobre el uso adecuado de medicamentos, al tiempo que promueve la adherencia terapéutica, alerta sobre el riesgo del uso de fármacos nefrotóxicos como los AINE, así como la importancia del ajuste de dosis según el filtrado glomerular (Pérez et al., 2026).

En cuanto a la adherencia del tratamiento, la labor educativa de enfermería promueve que el paciente asuma un compromiso real con su

tratamiento y así facilite la adopción de cambios en su estilo de vida. Dichos cambios incluyen la incorporación de medidas preventivas y de autocuidado, como la adecuada higiene de manos, seguimiento de recomendaciones nutricionales, control de la ingesta de líquidos, vigilancia del peso corporal, de la presión arterial y el cumplimiento correcto del tratamiento farmacológico (Ardila et al., 2024).

Además, desempeña un papel fundamental en la educación y orientación nutricional, pues, se recomienda una dieta hiposódica en estadios 1 a 3 en pacientes con hipertensión, y en estadios 4 y 5, el control de sodio, fósforo y potasio (Pérez et al., 2026).

También participa en la coordinación y seguimiento de exámenes de laboratorio, en especial a partir del estadio 3, que incluye hemograma y parámetros bioquímicos como creatinina, glucosa, sodio, urea, potasio, fósforo, albúmina, calcio y colesterol, así como el control del filtrado glomerular estimado y la relación albúmina-creatinina en orina (Pérez et al., 2026).

La educación brindada por enfermería permite al paciente desarrollar habilidades para identificar de forma oportuna posibles complicaciones como efectos adversos de los medicamentos o signos de infección, esto que favorece una intervención precoz y reduce riesgos asociados al tratamiento. De esta manera, el rol educativo fortalece el conocimiento del paciente e impulsa conductas responsables que mejoran la adherencia terapéutica y, en consecuencia, su calidad de vida (Ardila et al., 2024).

2.2.13. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem para la mejora de calidad de vida

Esta teoría propuesta en 1969 plantea que el autocuidado es un proceso aprendido de actividades realizadas de manera intencional por las personas para mantener su vida, salud y bienestar, además, permiten regular factores personales, sociales y ambientales que influyen en su desarrollo y funcionamiento. La autora desarrolló la Teoría del Déficit de Autocuidado, un modelo general integrado por tres componentes: la teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería (Loor, 2022).

Este modelo sirve como base para la práctica, formación y gestión en enfermería, ya que destaca que las necesidades del paciente se relacionan con las acciones que debe realizar para cuidarse a sí mismo. Al mismo tiempo, el modelo incluye los factores condicionantes, que son elementos internos y externos que influyen en la capacidad de autocuidado del individuo, entre ellos está la edad, género, contexto sociocultural, estado de salud, sistema de salud, entorno familiar, estilo de vida, ambiente y disponibilidad de recursos (Loor, 2022).

En enfermería diversas teorías resaltan la educación como una herramienta esencial de cuidado, asimismo lo propone Dorothea Orem en su sistema de apoyo educativo, donde, el modelo está dirigido a pacientes capaces de asumir su autocuidado y adaptarse a nuevas condiciones; el profesional de enfermería cumple el rol de orientar, enseñar y fortalecer habilidades para la toma de decisiones en salud (Franco et al., 2025).

En este sentido, el sistema educativo promueve el bienestar, previene complicaciones, mantiene el funcionamiento integral del individuo y fomenta el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, mientras el paciente participa de forma activa en su propio cuidado. Además, el cuidado está influenciado por factores individuales, hábitos y contexto social, por lo que es necesario adaptar el estilo de vida del paciente. La enfermería también garantiza el seguimiento continuo al reforzar prácticas adecuadas como la higiene, cumplimiento del tratamiento y correcta ejecución del procedimiento para favorecer la adherencia (Franco et al., 2025).

Categorías de autocuidado de Dorothea Orem

La teoría del autocuidado propuesta por Dorothea Orem permite comprender las capacidades del individuo para cuidar de sí mismo a través de diferentes dimensiones que integran conocimientos, habilidades y conductas. En este contexto, el autocuidado se analiza mediante tres categorías fundamentales que facilitan la evaluación del nivel de autonomía del paciente (Quiñonez et al., 2023). Las categorías se mencionan a continuación:

- **Capacidades fundamentales:** Evalúa la habilidad del individuo para realizar actividades básicas de autocuidado de manera

independiente, están son cuidado personal y organización de períodos convenientes de descanso sin necesidad de apoyo externo.

- **Componentes de poder:** Mide las capacidades relacionadas con el conocimiento y control sobre la propia salud e incluye la ejecución de actividad física, comprensión de la enfermedad, manejo de información acerca del tratamiento y posibles complicaciones de la enfermedad.
- **Capacidad para operacionalizar:** Analiza la aplicación práctica del autocuidado, toma en consideración el conocimiento de las complicaciones, disposición del paciente para mejorar su estado de salud mediante cambios en su estilo de vida como la dieta y también tiene relación con la implementación de acciones orientadas a su bienestar (Quiñonez et al., 2023).

Tras analizar las categorías del autocuidado, es importante destacar que este proceso implica la realización de acciones, desarrollo de la conciencia sobre el propio estado de salud, motivación personal y capacidad de tomar decisiones responsables. Sin embargo, en la práctica muchos pacientes enfrentan barreras, como el desconocimiento o la falta de interés en adquirir información, situación que limita la implementación adecuada de conductas de autocuidado, por esta razón, el aprendizaje y fortalecimiento del autocuidado deben ser promovidos de manera continua por parte del enfermero (Mendoza, 2025).

En el caso de los pacientes con ERC la teoría del autocuidado permite identificar el nivel de sumisión del individuo para facilitar la planificación de intervenciones de enfermería cabales a sus necesidades; su objetivo principal es promover de forma progresiva la autonomía del paciente acorde a sus capacidades (Mendoza, 2025).

En este contexto, el autocuidado se traduce en la ejecución de acciones relacionadas tratamiento como el cumplimiento de la terapia dialítica, cuidado del acceso vascular, adherencia a recomendaciones dietéticas y control de capitales complicaciones. Estas actividades se desarrollan con el acompañamiento del equipo de salud, en especial del personal de enfermería,

con el fin de garantizar un manejo adecuado de la ERC y mejorar la calidad de vida (Mendoza, 2025).

Autocuidado e intervenciones de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

El autocuidado se sustenta en la teoría de Dorothea Orem, quien conceptualiza este término como el conjunto de acciones y conductas que el individuo realiza de manera intencionada para regular los factores internos y externos que afectarían su vida, salud o desarrollo. Desde esta perspectiva, Orem señala que el autocuidado requiere de los llamados factores condicionantes básicos, mismos que influyen en la capacidad del individuo para llevar a cabo actividades orientadas a preservar su estructura, funcionalidad y bienestar general (Quiñonez et al., 2023).

En este sentido, el autocuidado y autogestión de la enfermedad por parte del paciente constituyen elementos fundamentales dentro del cuidado asistencial. No obstante, es importante reconocer que estas capacidades no siempre están presentes desde el inicio del proceso de la ERC, por esta razón, el personal de enfermería desempeña un rol fundamental al involucrar al paciente y su entorno familiar en el proceso de cuidado, de esta forma se facilita su adaptación a los cambios necesarios en su estilo de vida y afrontamiento de la enfermedad (Quiñonez et al., 2023).

La enfermera cumple un papel esencial al fomentar un espacio de comunicación abierto, ya que permite al paciente expresar sus dudas y ofrecer respuestas claras y adecuadas a sus necesidades, creencias y preocupaciones (Quiñonez et al., 2023). Las intervenciones de enfermería tienen un enfoque integral que atiende las necesidades físicas y emocionales para promover la expresión de sentimientos y brindar apoyo continuo junto con la participación de la familia del paciente (Arias et al., 2025).

Para Soledispa (2022), dichos cuidados dirigidos a personas con ERC incluyen acciones para preservar el bienestar integral, prevenir factores de riesgo y promover estilos de vida saludables para garantizar una atención humanizada de calidad, entre las funciones esenciales del enfermero se encuentran:

- Educar al paciente en hábitos saludables y fortalecer el empoderamiento para promover su capacidad para elegir la alternativa terapéutica más acorde a sus necesidades (Quiñonez et al., 2023).
- Participación activa dentro del equipo interdisciplinario para garantizar un abordaje integral, respeto y respaldo a las decisiones terapéuticas del paciente (Soledispa, 2022).
- Contribuir a la adecuada planificación y continuidad del tratamiento tanto con el personal médico como con la familia del paciente (Soledispa, 2022).
- Elaboración de planes de cuidado para cada persona, sustentados en evidencia científica y alineados con normativas internacionales (Soledispa, 2022).

Estrategias educativas para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

Según lo expresa Rodríguez & Herrera (2022), la educación en salud constituye el eje principal en el manejo de la ERC porque el paciente podrá comprender su enfermedad, participar de forma activa en su tratamiento, fortalecer la adherencia al tratamiento y promover conductas de autocuidado, escenarios que se traducen en mejores resultados clínicos y mayor calidad de vida. Cabe destacar que la educación tiene que ser continua, integral y acorde a las necesidades de cada paciente, a continuación, se presentan dichas estrategias:

Educación desde etapas tempranas: El paciente con ERC recibe información integral sobre la función renal, enfermedad y sus opciones terapéuticas, desde el diagnóstico temprano de la enfermedad; la educación en la etapa prediálisis facilita la toma de decisiones, reduce la ansiedad y permite iniciar de forma oportuna terapias como diálisis o trasplante (Rodríguez & Herrera, 2022). Sumado a esto, las intervenciones educativas desde estas etapas generan beneficios en el bienestar psicológico, mejoran el sueño, reducen la fatiga y disminuyen los niveles de depresión (Herrera et al., 2025).

Preparación para el tratamiento y autocuidado: Es importante aportar con conocimientos sobre el tratamiento, cuidados necesarios y cambios en el estilo de vida para ayudar a prevenir complicaciones y beneficiar la adaptación del paciente a su nueva condición de salud aparte que ayudan a reducir el temor e incertidumbre (Rodríguez & Herrera, 2022). En relación al tratamiento, la educación anticipada sobre la creación y cuidado de la fístula arteriovenosa o catéteres reduce complicaciones, facilita la adaptación al tratamiento y mejora la experiencia del paciente (Herrera et al., 2025).

Promoción de hábitos saludables: Las estrategias educativas incluyen orientación sobre dieta baja en sal, consumo de grasas saludables, ingesta de frutas y verduras, control del peso y práctica regular de actividad física ya que estas medidas contribuyen a retrasar la progresión de la enfermedad (Rodríguez & Herrera, 2022). Además, la educación sobre alimentación y restricción hídrica contribuye al control de presión arterial, reducción del volumen corporal y disminución de complicaciones (Herrera et al., 2025).

Control de enfermedades asociadas: Es fundamental educar sobre el manejo adecuado de patologías como hipertensión arterial y diabetes mellitus, mediante seguimiento continuo y tratamientos para cada paciente además de mantener parámetros clínicos controlados (Rodríguez & Herrera, 2022).

Fomento de la adherencia al tratamiento: La educación fortifica el compromiso del paciente, promueve cambios en la conducta que mejoran la adherencia terapéutica y favorece en los resultados clínicos (Rodríguez & Herrera, 2022).

Reforzamiento continuo y concientización: Es necesario realizar seguimiento y reforzar de manera periódica la educación para mantener conductas de autocuidado efectivas ya que, la educación a más de beneficiar al paciente también tiene efectos positivos en la población general porque se promueve la detección temprana de la ERC y, por lo tanto, la prevención de factores de riesgo (Rodríguez & Herrera, 2022).

2.2.14. Intervención educativa y teoría de autocuidado de Dorothea Orem en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

La aplicación correcta de los sistemas de enfermería de Orem permite brindar una atención progresiva y adecuada con las necesidades del paciente con ERC para así favorecer su paso de la dependencia hacia una mayor autonomía, por ello, el cuidado es integral y no se limita al control de síntomas (Rojas & Guarate, 2025).

Bajo este aspecto, los autores Rojas & Guarate (2025), proponen que el personal de enfermería guíe la atención e identifique las alteraciones, tipo de sistema de cuidado requerido, objetivos, factores condicionantes, diagnóstico de enfermería e intervenciones necesarias, con el fin de promover la independencia y mejorar la calidad de vida del paciente con ERC. Su propuesta se detalla a continuación en la **Tabla 2**:

Tabla 2
Intervención educativa basada en la teoría de Orem en pacientes con ERC

Objetivo del cuidado	Factores condicionantes	Actividades	Categoría de autocuidado (Orem)	Relación con la adherencia
Mantener equilibrio hídrico y prevenir sobrecarga de líquidos.	Conocimiento limitado, restricción hídrica, hemodiálisis.	Educación sobre líquidos, control de peso, registro hídrico, dieta con fibra.	Capacidades fundamentales / Capacidad para operacionalizar.	Favorece la adherencia al control de líquidos y dieta mediante el desarrollo de habilidades prácticas de autocuidado.
Fortalecer autoestima y adaptación a cambios físicos.	Alteración de imagen corporal, dependencia, pérdida de roles.	Talleres, apoyo emocional, seguimiento nutricional, grupos de apoyo.	Componentes de poder.	Mejora la adherencia al tratamiento porque aumenta la motivación, aceptación de la enfermedad

				y compromiso del paciente.
Desarrollar estrategias de afrontamiento.	Fatiga, ansiedad, cambios en estilo de vida.	Técnicas de relajación, planificación de actividades, apoyo psicológico.	Componentes de poder / Capacidad para operacionalizar.	Incrementa la adherencia al reducir ansiedad y mejorar la capacidad del paciente para seguir el tratamiento de forma constante.

Nota: Intervenciones de enfermería en pacientes con ERC.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes a partir de (Rojas & Guarate, 2025).

2.3.Marco legal del Ecuador

2.3.1. *Constitución de la República del Ecuador*

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Constitución de La República Del Ecuador, 2008, p. 18)

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (Constitución de La República Del Ecuador, 2008, p. 19)

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. (Constitución de La República Del Ecuador, 2008, p. 26)

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas

que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. (Constitución de La República Del Ecuador, 2008, p. 172)

2.3.2. *Ley Orgánica de Salud*

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias. (Ley Orgánica de Salud, 2015, p. 2)

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos (Ley Orgánica de Salud, 2015, p. 4)

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. (Ley Orgánica de Salud, 2015, p. 13)

2.4.Diagnóstico situacional

El Hospital de Especialidades Guayaquil es un hospital del Ministerio de Salud Pública ubicado en la ciudad de Guayaquil, su Servicio de diálisis reúne varias líneas de atención: hemodiálisis para pacientes crónicos en sala general, hemodiálisis para pacientes agudos, una sala de aislamiento para personas con VIH y hepatitis B, diálisis peritoneal y procedimientos como la colocación de catéteres y las biopsias renales. En el año 2023 se habilitó también una Sala de Terapia de Reemplazo Renal dentro de emergencia que permite hasta seis terapias diarias sin interrumpir la atención de urgencias.

El equipo de enfermería del área está formado por 15 profesionales y según el líder del servicio el área dispone de 20 camas, cada una con su máquina de hemodiálisis, sin embargo, no todas las camas funcionan; cinco máquinas dejaron de operar y las demás presentan daños de forma intermitente. Ante esa falta de equipos, las máquinas disponibles se asignan por turnos según el orden de llegada de los pacientes; cuando la máquina que correspondía estaba dañada, la sesión de ese día no se realizaba.

Según el registro mensual del hospital en estudio, en mayo de 2026 se realizaron 1.259 sesiones de hemodiálisis y una plasmaféresis, a las que se suman 25 sesiones de diálisis peritoneal continua ambulatoria. En ese mes pasaron por el servicio alrededor de 195 pacientes distintos y se registró 46 casos nuevos. Los pacientes atendidos son adultos, con una edad promedio de 54 años en la sala de agudos y de 53 en la de crónicos.

2.5.Definición de términos

Adherencia al tratamiento: Grado en que el paciente sigue de forma correcta las indicaciones médicas y de enfermería, es un factor importante en el control de las enfermedades (Arancibia & González, 2024).

Anemia: Se refiere a una alteración hematológica frecuente en pacientes con ERC que se caracteriza por la disminución de hemoglobina debido a la reducción en la producción de eritropoyetina por parte de los riñones (Martín & Lorenzo, 2024).

Autocuidado: Responsabilidad individual de promover, mantener y recuperar la salud mediante acciones deliberadas, estas conductas permiten a la persona regular factores internos y externos que intervienen en su bienestar y desarrollo. En este sentido, el autocuidado se manifiesta como un conjunto de prácticas orientadas a preservar la vida, salud y calidad de vida a nivel personal como en interacción con su entorno

Calidad de vida: Percepción subjetiva que tiene la persona acerca de su situación en la vida, se considera su contexto cultural y social, así como sus metas, expectativas y valores personales (Gimeno et al., 2026).

Diabetes mellitus (DM): Es un trastorno metabólico crónico que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre, debido a alteraciones en la producción o acción de la insulina (Garrido, 2024).

Diálisis peritoneal: Es una modalidad de tratamiento que utiliza el peritoneo como membrana semipermeable natural para eliminar toxinas y exceso de líquidos del organismo; el procedimiento consiste en la infusión de una solución dializante en la cavidad abdominal, donde se lleva a cabo el proceso de depuración mediante intercambios a través de la membrana peritoneal (Mendoza, 2025).

Educación al paciente: Proceso continuo mediante el cual el personal de enfermería proporciona información adecuada y comprensible al paciente con el objetivo de fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento (Arancibia & González, 2024).

Enfermedad renal crónica (ERC): Son alteraciones estructurales o funcionales de los riñones que persisten por más de tres meses, se detecta

mediante estudios de laboratorio, imagen o análisis histológicos. Se presenta con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular, es clínicamente relevante cuando esta es menor a 60 ml/min/1,73 m², ya que implica consecuencias importantes para la salud (Garrido, 2024).

Hemodiálisis: Es un procedimiento terapéutico que reemplaza de forma parcial la función renal mediante la filtración extracorpórea de la sangre; la sangre es extraída del organismo y conducida a un sistema extracorpóreo, donde pasa por un dializador. En este dispositivo, una membrana semipermeable permite la eliminación de desechos y líquidos en exceso, de manera posterior la sangre ya depurada es reintegrada al cuerpo del paciente (Baldeón, 2022).

Hipertensión arterial (HTA): Es una condición clínica que se caracteriza por el aumento persistente de la presión arterial que contribuye al deterioro progresivo de la función renal (Garrido, 2024).

Insuficiencia renal crónica (IRC): Pérdida progresiva de la capacidad de los riñones para cumplir su función principal de filtrar la sangre y da como consecuencia una acumulación de desechos y toxinas en el organismo (Soledispa, 2022).

Insuficiencia renal: Estado donde los riñones pierden su capacidad para realizar de forma adecuada sus funciones de filtración, excreción y regulación del equilibrio interno del organismo, esta condición se presenta de forma aguda o crónica (Macías et al., 2023).

Intervención de enfermería: Se refiere al conjunto de acciones organizadas, basadas en conocimientos científicos, dirigidas a prevenir complicaciones, aliviar síntomas y promover el bienestar del paciente (Soledispa, 2022).

Tasa de filtración glomerular (TFG): Es la medida que evalúa la eficiencia de los riñones para depurar sustancias de desecho, es importante para determinar el estadio de la ERC (Martín & Lorenzo, 2024).

Trasplante renal: Constituye la alternativa terapéutica más eficaz a largo plazo para pacientes con enfermedad renal avanzada y consiste en la sustitución del riñón dañado por uno sano proveniente de un donante

compatible, no obstante, requiere el uso permanente de medicamentos inmunosupresores con el fin de prevenir el rechazo del órgano trasplantado (Mendoza, 2025).

Valoración de enfermería: Consiste en la recopilación detallada de información del paciente mediante la observación, entrevista y examen físico con el fin de identificar necesidades y problemas de salud (Arancibia & González, 2024).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de investigación

3.1.1. Cuantitativo

El estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo y porque emplea variables numéricas y análisis estadísticos para la obtención de resultados (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En la presente investigación, este enfoque se aplicó mediante la recolección de datos numéricos relacionados con la intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida brindado a pacientes con ERC en el área de diálisis, se realizó su tabulación y análisis estadístico para interpretar los hallazgos.

3.1.2. Descriptivo

La investigación es descriptiva ya que especifica las características, propiedades más relevantes del fenómeno estudiado y las tendencias observadas en un grupo determinado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En este estudio, se describió las intervenciones educativas de enfermería proporcionados en el área de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón y se identificó los principales componentes y la forma en que se desarrollan en la práctica.

3.1.3. Transversal

El diseño transversal implica la recolección de datos en un único momento y en un solo periodo de tiempo (Arias, 2021). En esta investigación la información se obtuvo en un momento específico que es el periodo marzo - julio 2026, con el fin de analizar la situación actual de las intervenciones educativas de enfermería en pacientes con ERC.

3.1.4. De campo

La investigación de campo se caracteriza porque se realiza en el lugar donde ocurre el fenómeno de estudio y recopila información directa (Arias, 2021). En este caso, el estudio se desarrolló en el área de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón donde se recogió los datos directamente de la realidad asistencial.

3.2. Diseño

3.2.1. No experimental

El diseño es no experimental porque no se manipuló de forma deliberada las variables de estudio, más bien se observó y analizó en su entorno natural (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En la presente investigación, se identificó las intervenciones educativas de enfermería tal como se ejecutan en la práctica clínica habitual en los pacientes con ERC, sin intervenir o alterar las condiciones del servicio. Los hallazgos obtenidos sirvieron como base diagnóstica para el diseño de una propuesta de intervención educativa de enfermería.

3.3. Población y muestra

La población se define como el grupo de personas que comparten especificaciones, mientras que, la muestra es un subconjunto característico de la población de estudio, del cual se compilan datos necesarios para una investigación (Hernández & Mendoza, 2023).

La población del presente estudio es de 1.522 pacientes adultos, es decir, mayores de 18 años, del área de Diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón que se atendieron durante un periodo de 3 meses, es decir de marzo a mayo de 2026. Por otro lado, en el establecimiento de estudio en la actualidad laboran 15 enfermeros/as. Tanto a los pacientes como al personal de enfermería se aplicó un consentimiento informado que se detalla en los Anexos 6 y 7.

Para determinar la muestra de los pacientes atendidos se empleó la Ecuación 1, correspondiente al "muestreo probabilístico aleatorio simple empleado a poblaciones finitas conocidas" (Villavicencio, 2018).

Ecuación 1

Muestreo probabilístico aleatorio simple

$$\boldsymbol{n = \frac{p(1-p)z^2N}{p(1-p)z^2 + e^2(N-1)}}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra:

N= Tamaño de la población: 1.522 pacientes

p= Probabilidad de ocurrir alguna eventualidad: 0.5

e= Error admisible: 0.07

z= Nivel de confianza (95%): 1.96

$$\boldsymbol{n} = \frac{(0{,}5)(1-0{,}5)(1.96)^2(1.522)}{(0{,}5)(1-0{,}5)(1.96)^2 + (0.07)^2(.1522-1)}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{(0{,}5)(0{,}5)(3{,}8416)(1.522)}{(0{,}5)(0{,}5)(3{,}8416) + (0{,}0049)(1.521)}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{1.461{,}72}{8{,}41}$$

$$\boldsymbol{n} = 173{,}7 = 174 \text{ pacientes}$$

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos de 18 años o más con diagnóstico de ERC.
- Pacientes que se encuentren en terapia de diálisis en el área de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período de estudio marzo-julio de 2026.
- Pacientes que se encuentren clínicamente estables al momento de la aplicación del instrumento y puedan responder las preguntas.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en la investigación, previa explicación del estudio y aceptación del consentimiento informado**.**

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de ERC que no se encuentren en terapia de diálisis durante el período de estudio.
- Pacientes que presenten una condición clínica inestable al momento de la aplicación del instrumento que les impida participar adecuadamente.
- Pacientes con alteraciones del estado de conciencia o dificultades cognitivas que impidan comprender y responder el cuestionario.

- Pacientes que no deseen participar en el estudio o que retiren su consentimiento durante el proceso de investigación.

3.4. Variables

3.4.1. Variable independiente

Intervención educativa de enfermería

3.4.2. Variable dependiente

Calidad de vida del paciente con ERC

3.4.3. Operacionalización de las variables

Tabla 3
Matriz de operacionalización variable independiente

Variable Independiente	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Intervención educativa de enfermería	Se refiere al conjunto de acciones organizadas, basadas en conocimientos científicos, dirigidas a prevenir complicaciones, aliviar síntomas y promover el bienestar del paciente (Soledispa, 2022).	Cuidado asistencial	1. Control de signos vitales antes, durante y después de la diálisis. 2. Vigilancia del estado clínico del paciente.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
		Cuidado educativo	3. Instrucción sobre dieta renal. 4. Explicación del consumo de líquidos. 5. Conocimiento del procedimiento de diálisis. 6. Educación del cuidado de salud	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

			fuera del centro médico	
		Tratamiento y adherencia	7. Explicación de la importancia de cumplir el tratamiento	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
		Cuidado preventivo	8. Educación sobre prevención de infecciones. 9. Orientación sobre higiene personal. 10. Educación sobre signos de alarma.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

Nota: Se detalla las dimensiones, ítems y escala del instrumento a utilizar.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes a partir de (Huaman & Gutiérrez, 2021).

Tabla 4

Matriz de operacionalización variable dependiente

Variable dependiente	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores (Ítems ASA 24)	Escala
Calidad de vida del paciente con ERC	Percepción subjetiva que tiene la persona acerca de su situación en la vida, se considera su contexto	Capacidades Fundamentales	1. Ajusta su cuidado ante cambios en circunstancias. 2. Evalúa si sus prácticas de salud son adecuadas. 3. Busca ayuda cuando tiene dificultades para movilizarse.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

	cultural y social, así como sus metas, expectativas y valores personales (Gimeno et al., 2026).		
		4. Mantiene limpio su entorno.	
		5. Prioriza acciones para mantenerse saludable.	
		6. Reconoce limitaciones de energía para cuidarse.	
		7. Busca mejores formas de cuidar su salud.	
		8. Modifica hábitos de higiene cuando es necesario.	
	Componentes de Poder	9. Realiza cambios en hábitos alimenticios para mantener peso adecuado.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
		10. Maneja situaciones que afectan su bienestar.	
		11. Reconoce dificultad para cumplir ejercicio/descanso.	
		12. Recurre a amigos cuando necesita ayuda.	
		13. Duerme lo suficiente para descansar.	
		14. Solicita aclaraciones sobre información de salud.	
		15. Examina su cuerpo ante posibles cambios.	
		16. Cambia hábitos arraigados para mejorar salud.	

	Capacidad para operacionalizar el autocuidado	17. Busca información sobre medicamentos nuevos. 18. Toma medidas para evitar riesgos. 19. Evalúa la utilidad de sus acciones de cuidado. 20. Identifica dificultad para sacar tiempo para cuidarse. 21. Busca información cuando su salud se afecta. 22. Busca ayuda si no puede cuidarse solo. 23. Organiza tiempo personal para su cuidado. 24. Se cuida pese a limitaciones físicas.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

Nota: Se detalla las dimensiones, ítems y escala del instrumento a utilizar.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes a partir de (Manrique et al., 2009).

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnica

Encuesta

La encuesta es una técnica de investigación cuantitativa que facilita la recolección de datos mediante preguntas que miden las características, opiniones y percepciones del grupo de estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta que permitió obtener información directa de los pacientes con ERC en el área de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón; la encuesta se

aplicó de forma presencial a los pacientes seleccionados; también se aplicó otra encuesta al personal de enfermería de mencionada institución.

3.5.2. Instrumento

Instrumento 1: Cuestionario sobre intervención de enfermería

Este instrumento se diseñó para medir las prácticas del personal de enfermería sobre los cuidados brindados en el área de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, mismos que influyen en su calidad de vida del paciente. El instrumento estuvo compuesto por 10 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: cuidado asistencial, cuidado educativo, tratamiento y adherencia y cuidado preventivo.

Las respuestas se estructuraron bajo una escala tipo Likert de cinco opciones que son siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca, el instrumento permitió describir las intervenciones de enfermería y la forma en que se desarrollan en la práctica clínica. Este primer cuestionario sobre intervención de enfermería fue validado en la investigación de Huaman & Gutiérrez (2021), sin embargo, para efectos del presente estudio se realizó unos ajustes y de manera posterior se validó con Alfa de Cronbach para medir su consistencia interna.

Prueba piloto instrumento 1 y validación con Alfa de Cronbach

Un instrumento se considera confiable cuando tiene un coeficiente Alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90, valores que denotan una adecuada consistencia interna entre los ítems de la escala (Rodríguez & Reguant, 2020). Bajo este aspecto, la confiabilidad del instrumento se evaluó mediante una prueba piloto aplicada a 20 individuos, que correspondieron al personal de enfermería del Hospital General Riobamba, de las áreas de cirugía, unidad de cuidados intensivos, medicina interna mujeres y medicina interna hombres.

En el **Anexo 8** se expone un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,891 para los 10 ítems del instrumento 1 “Cuestionario sobre intervención de enfermería”, este valor evidencia una excelente consistencia interna e indica que las preguntas mantienen una adecuada relación entre sí y evalúan de manera homogénea el constructo de intervención educativa de enfermería en pacientes con ERC; por tanto, es confiable para su aplicación.

Instrumento 2: Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA)

Para identificar las necesidades de autocuidado se utilizó la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), desarrollada por G. Evers y basada en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (Manrique et al., 2009). El cuestionario ya es un instrumento validado a nivel internacional, por lo tanto, en este caso no fue necesario una validación adicional.

La versión del instrumento que se utilizó para el estudio consta de 24 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas las mismas que contienen un puntaje: siempre (5), casi siempre (4), a veces (3), casi nunca (2), y nunca (1), obteniendo como resultado una suma total dependiendo de sus respuestas, como puntaje mínimo: 24 a 48 puntos llegando a ser la baja capacidad de autocuidado donde requiere mayor intervención y educación, puntaje medio: 49 a 96 puntos refiriéndose a que posee de forma moderada la capacidad de autocuidado, y puntaje máximo: 97 a 120 puntos que conlleva a ser una alta capacidad de autocuidado lo que demuestra habilidades para satisfacer sus necesidades; la escala del cuestionario evalúa tres dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar el autocuidado (Manrique et al., 2009).

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Antes de realizar el procesamiento y análisis de datos, cabe recalcar que, el cuestionario sobre intervención de enfermería fue sometido a validación mediante Alfa de Cronbach para ver su consistencia interna. Mientras que, la escala ASA cuenta con validación internacional y adaptación al idioma español, es decir, tiene adecuados índices de confiabilidad en estudios previos.

Una vez recolectada la información mediante la aplicación de los instrumentos al personal de enfermería y a los pacientes con ERC en tratamiento de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, se procedió a la revisión, codificación y organización de los datos obtenidos, con el propósito de garantizar su correcta interpretación.

Los datos fueron ingresados en una base digital con ayuda del programa Microsoft Excel, donde se realizó la clasificación de la información para de

manera posterior, realizar el análisis estadístico mediante el software estadístico IBM SPSS, mismo que permitió procesar los resultados de forma confiable.

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva, donde se calculó frecuencias absolutas, porcentajes, promedios y medidas de tendencia central, con el fin de describir las características de las variables estudiadas que son la intervención educativa de enfermería y la calidad de vida de los pacientes. Los resultados obtenidos se presentaron mediante tablas y gráficos estadísticos para facilitar la interpretación y análisis de la información en relación con los objetivos planteados en la investigación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Resultados según objetivos

Tabla 5

Resultados según los objetivos planteados

OBJETIVOS	RESULTADOS
Objetivo específico 1 Identificar las necesidades de autocuidado de los pacientes con ERC en terapia de diálisis según el modelo de Dorothea Orem.	Se aplicó la Escala ASA a 174 pacientes, se identificó el nivel de autocuidado predominante medio de 71,3% y bajo de 28,7%. Se describieron las necesidades educativas de la población, donde en la dimensión de Capacidades Fundamentales que comprende el conocimiento, orientación y la habilidad para actuar, el 42,5% de los pacientes se ubicó en nivel bajo. En la dimensión Componentes de Poder que se relaciona con la motivación, toma de decisiones y compromiso con el autocuidado, el 26,4% presentó nivel bajo. Mientras que, en la dimensión Capacidad para Operacionalizar el Autocuidado que se refiere a la ejecución práctica de las conductas de cuidado, el 36,2% se encontró en nivel bajo.
Objetivo específico 2 Describir las intervenciones educativas de enfermería aplicadas durante la atención a pacientes con ERC en el área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón.	Se aplicó una encuesta a 15 profesionales de enfermería, se identificó las actividades educativas y asistenciales desarrolladas en el área de diálisis, donde se destacó el control de signos vitales, vigilancia clínica, educación sobre tratamiento, prevención de infecciones, higiene y signos de alarma.
Objetivo específico 3	Se elaboró y ejecutó una propuesta

Ejecutar una propuesta de intervención educativa de enfermería orientada al fortalecimiento de la calidad de vida en pacientes con ERC en el área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón.	educativa que incluye 5 ejes temáticos y su desarrollo se dio mediante una sesión educativa presencial con la presentación de infografías, trípticos y, por otra parte, un video educativo en la plataforma Tik Tok dirigido a consolidar los conocimientos de autocuidado en pacientes con ERC.

Nota: Resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

4.2. Resultados encuesta – Autocuidado de los pacientes con ERC

Tabla 6

Ajustes para mantener la salud.

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	38,5
	Casi siempre	50,0
	A veces	11,5
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 50,0% de los pacientes indicó que casi siempre realiza ajustes en sus hábitos para mantener su salud de acuerdo con las circunstancias, mientras que el 38,5% manifestó que siempre y el 11,5% a veces; es decir, la mayoría de los pacientes posee una buena capacidad de adaptación frente a los cambios derivados de la ERC y constituye un aspecto favorable del autocuidado.

La investigación de Tsai et al. (2021), menciona que los pacientes con ERC que poseen mayores conocimientos sobre su padecimiento desarrollan mejores conductas de autocuidado y son capaces de adaptar sus hábitos cotidianos conforme las circunstancias y condiciones clínicas lo ameriten.

Tabla 7

Formas habituales del cuidado de la salud son buenas

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	8,0
	Casi siempre	46,6
	A veces	45,4
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 46,6% de los participantes respondió casi siempre, el 45,4% a veces y el 8,0% siempre revisa si las acciones que realiza para cuidar su salud son adecuadas, en este aspecto, parte importante de los pacientes aún no evalúa de forma constante la efectividad de sus prácticas de autocuidado, esto evidencia la necesidad de consolidar los procesos de educación y reflexión sobre sus conductas de salud.

En la investigación realizada por Quiñonez et al. (2023), se menciona que el 59% de los pacientes con ERC siempre revisan las medidas que adoptan para el manejo de su enfermedad. Los estudios coinciden en resaltar que la capacidad de evaluar las propias acciones constituye un componente esencial del autocuidado porque permite al paciente reconocer la efectividad de las conductas adoptadas.

Tabla 8
Consigo ayuda para moverme

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	6,3
	Casi siempre	25,3
	A veces	16,1
	Casi nunca	23,6
	Nunca	28,7
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 28,7% de los pacientes nunca busca ayuda cuando tienen dificultades para movilizarse, seguido del 23,6% que indicó casi nunca, 25,3% casi siempre, el 16,1% a veces y el 6,3% siempre; los datos reflejan limitaciones en la búsqueda de apoyo cuando existen dificultades físicas, situación que agrava la continuidad del autocuidado y aumenta el riesgo de complicaciones.

Los autores Tsai et al. (2021) en su estudio reportaron que los programas de apoyo al automanejo dirigidos por enfermería fortalecen la capacidad del paciente para identificar sus limitaciones y solicitar ayuda cuando es necesario.

Tabla 9
Hago lo necesario para mantener limpio donde vivo

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	19,0
	Casi siempre	33,3
	A veces	26,4
	Casi nunca	14,9
	Nunca	6,3
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 33,3% de los pacientes manifestó que casi siempre mantiene limpio su entorno, el 26,4% a veces, el 19,0% siempre, mientras que el 21,2% se encasilló en casi nunca y nunca, bajo esta óptica, pese a que la mayoría mostró conductas favorables afines con la higiene del ambiente, aún existe un grupo que no mantiene esta práctica de manera constante, aspecto importante para prevenir infecciones.

Los resultados son similares a los alcanzados por Arooj et al. (2025), quienes expusieron mediante una revisión sistemática que las intervenciones educativas dirigidas por enfermería consolidan las prácticas preventivas de autocuidado, en particular las afines con la higiene del entorno y prevención de infecciones; los autores subrayan que estas acciones reducen el riesgo de complicaciones en pacientes con ERC y benefician a tener una mejor calidad de vida.

Tabla 10
Mantengo mi salud en primer lugar

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	28,2
	Casi siempre	63,8
	A veces	8,0
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

Los resultados señalan que, el 63,8% de los pacientes con ERC respondió casi siempre, 28,2% siempre y el 8,0% a veces en relación a la priorización de las acciones necesarias para conservar su salud; esta situación demuestra que la mayoría de los usuarios con ERC reconoce la importancia del autocuidado como una prioridad dentro de su vida cotidiana.

Este resultado concuerda con Tsai et al. (2021), los investigadores mencionan en su estudio que los pacientes que priorizan las actividades de autocuidado presentan superiores resultados clínicos y menor rapidez de deterioro de la función renal; asimismo, se manifiesta que convertir el autocuidado en una prioridad favorece la obediencia terapéutica y mejora el pronóstico de la enfermedad.

Tabla 11
Falta de fuerza para el cuidado

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Casi siempre	6,9
	A veces	58,6
	Casi nunca	27,6
	Nunca	6,9
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

La generalidad de personas con ERC en el hospital de estudio escogió la opción a veces con el 58,6%, seguido de casi nunca con el 27,6%, mientras que el 6,9% respondió casi siempre; los resultados recalcan que una parte significativa de los pacientes con ERC experimenta episodios de fatiga o disminución de energía que interfiere de manera ocasional con el cumplimiento de las actividades de autocuidado.

Los hallazgos del estudio son afines a lo mencionado por Ibrahim et al. (2024), quienes identificaron que la fatiga es una de las principales paredes para el autocuidado en pacientes que asisten a hemodiálisis. Del mismo modo, Arooj et al. (2025) demuestran que las intervenciones educativas lideradas por enfermería mejoran los niveles de energía, disminuyen la fatiga y fortifican la capacidad de los pacientes para realizar actividades de autocuidado.

Tabla 12

Búsqueda de formas para cuidado de salud

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	6,9
	Casi siempre	49,4
	A veces	40,8
	Casi nunca	2,9
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 49,4% de los pacientes con ERC respondió casi siempre, el 40,8% a veces, el 6,9% siempre en relación a su muestra de disposición para mejorar sus prácticas de autocuidado; sin embargo, aún es necesario consolidar sus conocimientos y habilidades para que estas acciones se conviertan en conductas permanentes.

Los resultados alcanzados son equivalentes a los obtenidos por Romero & Serrano (2024) donde se demostró que un programa educativo basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem incrementó los conocimientos y motivó a los pacientes renales a incorporar nuevas habilidades para el cuidado de su salud y de este modo, fortalecer su capacidad para tomar decisiones encaminadas al bienestar.

Tabla 13

Mantenerme limpio

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	70,7
	Casi siempre	27,0
	A veces	2,3
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 70,7% de los pacientes encuestados indicó que siempre modifica la frecuencia del baño para mantener una adecuada higiene personal, el 27,0% respondió casi siempre, es decir que, se evidencia alta adopción de prácticas de higiene que es importante para disminuir el riesgo de infecciones en pacientes sometidos a diálisis.

En relación al baño y limpieza de la piel, el estudio de Quishpe (2026), menciona que el 86,7% de los pacientes con insuficiencia renal presentaron un nivel medianamente adecuado en cuanto a mantenerse limpios, mientras que el 13,3% alcanzó un nivel propicio.

Tabla 14

Cambio de hábitos alimenticios

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	33,3
	Casi siempre	57,5
	A veces	8,6
	Casi nunca	0,6
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

Los resultados ostentan que el 57,5% de los pacientes con ERC respondió casi siempre, el 33,3% siempre, el 8,6% a veces, es decir que, la generalidad de los pacientes realiza modificaciones en su alimentación con el propósito de controlar su peso y favorecer su estado de salud.

Por otro lado, Quiñonez et al. (2023) indica que el 55% de los pacientes de su investigación tienen una nutrición propicia y que además llevan una dieta indicada por un nutricionista enfocado en ERC.

Tabla 15
Manejo de situaciones y forma de ser

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	10,3
	Casi siempre	39,1
	A veces	46,0
	Casi nunca	4,6
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 46,0% de los pacientes con ERC del Hospital Guayaquil respondió a veces, el 39,1% casi siempre, el 10,3% siempre y el 4,6% casi nunca en relación al manejo de situaciones; los datos reflejan que el afrontamiento emocional tiene dificultades, situación que tiene incidencia en la adaptación a la enfermedad.

Los resultados expuestos son coherentes con lo expresado por Arooj et al. (2025), los investigadores probaron que las intervenciones educativas dirigidas por enfermería benefician el afrontamiento emocional, empequeñecen los niveles de depresión y ansiedad y optiman la adaptación de los pacientes frente a las restricciones impuestas por la ERC.

Tabla 16

Ejercicio y descanso, pero no llego a hacerlo

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Casi siempre	8,6
	A veces	24,1
	Casi nunca	66,1
	Nunca	1,1
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En relación a la brecha existente entre pensar y hacer ejercicio o descansar de forma adecuada, el 66,1% de los pacientes con ERC señaló que casi nunca llega a hacerlo, seguido de a veces con el 24,1%, casi siempre con el 8,6% y nunca representa el 1,1 %.

Según lo expresa en su estudio Quiñonez et al. (2023), el 41% de los pacientes en diálisis consideran muy importante la actividad física y la aplican casa siempre, en contraste con el 59% que la aplica a veces y la considera moderadamente importante. Ambos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la educación sobre la actividad física y el descanso en pacientes con ERC, considerando sus condiciones de salud y las recomendaciones del personal sanitario.

Tabla 17

Amigos y ayuda

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	4,6
	Casi siempre	10,3
	A veces	17,8
	Casi nunca	35,1
	Nunca	32,2
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 35,1% de los pacientes con ERC respondió casi nunca, el 32,2% nunca, el 17,8% a veces, el 10,3% casi siempre, en este sentido, se demuestra que existe limitaciones en el apoyo social por parte de los amigos, situación que afecta el afrontamiento y la adherencia al tratamiento.

Los resultados expuestos tienen afinidad con el estudio de Quishpe (2026), desarrollado en el Hospital Santa Rosa, en el cual se demostró que el apoyo social es un componente primordial para fortificar el autocuidado y optimizar la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal. En el estudio se destaca que la condicionada disponibilidad de redes de apoyo afecta de modo negativo a la adherencia al tratamiento y afrontamiento de la enfermedad.

Tabla 18

Dormir y descanso

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	12,6
	Casi siempre	28,7
	A veces	35,6
	Casi nunca	23,0
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 35,6% de los pacientes con ERC del Hospital Guayaquil respondió a veces, el 28,7% casi siempre, el 23,0% casi nunca y el 12,6% siempre en relación a que el descanso adecuado constituye una dificultad frecuente en los pacientes con ERC y pueden hacerlo de manera propicia.

En relación al reposo, los autores Quiñonez et al. (2023), en su estudio mencionan que el 41% de los pacientes en diálisis siempre descansa de 6 a 8 horas, mientras que el 55% consideran que a veces consiguen dormir el tiempo mencionado y el 4% señaló nunca alcanzar dormir lo suficiente.

Tabla 19

Explicaciones sobre mi salud

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	34,5
	Casi siempre	62,1
	A veces	3,4
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

Los resultados de la encuesta aplicada a pacientes con ERC mostraron que el 62,1% respondió casi siempre, el 34,5% siempre y el 3,4% a veces, es decir, existe una actitud favorable hacia la búsqueda de información y resolución de dudas relacionadas con su estado de salud.

Por otra parte, Quiñonez et al. (2023) en su investigación indicó que el 55% de los pacientes con ERC siempre indaga información sobre su enfermedad, mientras que, el 23% busca estos datos a veces y, el 22% nunca realiza esta acción de indagación de información sobre su padecimiento.

Tabla 20

Examinar el cuerpo

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	33,9
	Casi siempre	59,8
	A veces	6,3
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 59,8% de los encuestados exteriorizó que casi siempre examina su cuerpo para revisar cambios, el 33,9% siempre y el 6,3% a veces, en este aspecto, la generalidad de los pacientes mantiene vigilancia sobre los cambios físicos relacionados con su estado de salud, esto ayuda a la detección temprana de posibles complicaciones.

En este sentido, los investigadores Tsai et al. (2021) manifestaron que los pacientes que tienen mayor conocimiento de la enfermedad y mejores conductas de autocuidado como examinar el cuerpo, tienen un deterioro más pausado de la función renal y mejor capacidad para manejar su enfermedad, al mismo tiempo, concluyen que el seguimiento permanente del propio estado de salud es un mecanismo esencial del autocuidado.

Tabla 21

Cambio de hábitos arraigados

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	12,6
	Casi siempre	42,0
	A veces	45,4
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

Durante la encuesta aplicada a pacientes con ERA se observó que el 45,4% respondió a veces, el 42,0% casi siempre y el 12,6% siempre en coherencia con los hábitos de salud; estos hallazgos exponen que, existe disposición para modificar hábitos perjudiciales, sin embargo, hay pacientes que aún presentan dificultades para mantener estos cambios de forma permanente.

Los resultados alcanzados tienen afinidad con lo informado por Romero & Serrano (2024) ya que evidenciaron que la implementación del programa educativo cimentado en la teoría de Dorothea Orem, produjo mejoras en los conocimientos y benefició la adopción de hábitos de autocuidado en pacientes con ERC, también se destaca que la educación continua es un elemento indispensable para consolidar cambios conductuales sostenibles y fortificar la autonomía del paciente.

Tabla 22

Nueva medicina y efectos secundarios

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	14,9
	Casi siempre	27,6
	A veces	50,0
	Casi nunca	6,9
	Nunca	,6
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 50,0% de los pacientes con ERC encuestados respondió a veces, el 27,6% casi siempre, el 14,9% siempre, el 6,9% casi nunca y el 0,6% nunca, es decir que no todos los pacientes reciben orientación constante acerca del uso seguro de los medicamentos y sus posibles efectos adversos.

En este aspecto, los investigadores Ibrahim et al. (2024) expusieron que las guías educativas dirigidas por enfermería incrementan el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico, ayudan el autocuidado y optiman la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, es decir que la orientación indeleble acerca del uso seguro de los medicamentos y sus posibles efectos desfavorables fortalece la adherencia terapéutica y reduce el riesgo de complicaciones.

Tabla 23

Medidas para no correr peligros

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	10,9
	Casi siempre	79,3
	A veces	9,8
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 79,3% respondió casi siempre, el 10,9% siempre y el 9,8% a veces, estos resultados exteriorizan una adecuada percepción de responsabilidad frente a la prevención de riesgos personales y familiares.

Según lo reportado por Romero & Serrano (2024) los programas educativos de enfermería fortifican las capacidades de autocuidado relacionadas con la toma de decisiones responsables en el entorno familiar, es decir que, la educación continua permite que los pacientes renales desarrollen conductas preventivas encaminadas a disminuir riesgos y preservar su bienestar.

Tabla 24

Evaluar lo que hago para mi salud

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	4,6
	Casi siempre	33,9
	A veces	51,7
	Casi nunca	9,8
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 51,7% de los pacientes con ERC respondió a veces, el 33,9% casi siempre, el 9,8% casi nunca y el 4,6 % siempre en relación a la evaluación personal de las acciones de autocuidado, aspecto que aún no compone una práctica frecuente para algunos de los pacientes.

Los autores Tsai et al. (2021) en su estudio señalan que la evaluación continua de las conductas de autocuidado junto con el conocimiento de la enfermedad renal da paso a poder identificar prácticas inadecuadas y realizar ajustes oportunos, esto favorece un mejor control de la ERC, así pues, la capacidad de valorar de forma crítica las propias labores compone un elemento esencial para consolidar la agencia de autocuidado.

Tabla 25

Ocupaciones y tiempo de cuidado

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Casi siempre	1,1
	A veces	52,3
	Casi nunca	42,0
	Nunca	4,6
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En relación a disponer de tiempo para realizar actividades de autocuidado el 52,3% de los pacientes con ERC respondió a veces, el 42,0% casi nunca, el 4,6% nunca y el 1,1% casi siempre, datos que reflejan que aún presentan dificultades ocasionales para cuidarse de forma adecuada.

Bajo esta perspectiva, Romero & Serrano (2024) en su estudio indicaron que la reorganización de las rutinas diarias y la consolidación del conocimiento mediante intervenciones educativas consienten que los pacientes integren de modo paulatino las actividades de autocuidado dentro de su vida cotidiana, es decir, la educación de enfermería orienta la planificación del tiempo e incorporación de hábitos saludables.

Tabla 26

Afectación de salud e información sobre qué hacer

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	9,8
	Casi siempre	33,3
	A veces	56,9
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En cuanto a la búsqueda de información de manera inmediata cuando presenta alteraciones en su estado de salud el 56,9% respondió a veces lo hace, el 33,3% casi siempre y el 9,8% lo hace siempre, se recalca que este es un aspecto susceptible de fortalecerse mediante intervenciones educativas.

Este hallazgo es notable al reflexionar que la búsqueda oportuna de información ante signos de alarma es un componente esencial del autocuidado en pacientes con ERC, ya que un reconocimiento tardío de las alteraciones en su estado de salud deriva en complicaciones evitables y en un mayor riesgo de hospitalización. En este sentido, Sajjadi et al. (2024) demostraron que la educación en pacientes con enfermedades renales mejora la comprensión de las necesidades de aprendizaje y beneficia la adherencia a las recomendaciones relacionadas con la alimentación y la restricción hídrica.

Tabla 27

Ayuda para cuidarme

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	24,7
	Casi siempre	52,3
	A veces	23,0
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En coherencia con la capacidad que tienen los pacientes con ERC para reconocer la importancia de solicitar apoyo cuando sus habilidades de autocuidado son insuficientes, el 52,3% respondió casi siempre lo hace, el 24,7% siempre y el 23,0% indicó que solo a veces busca ayuda.

En el estudio de Ibrahim et al. (2024) se recalca que las intervenciones educativas dirigidas por enfermería fortalecen el autocuidado, acrecientan la confianza del paciente para comunicarse con los profesionales de salud y benefician la búsqueda de apoyo cuando las demandas de la enfermedad prevalecen sus capacidades individuales, de este modo, dicho comportamiento mejora la calidad de vida y continuidad del tratamiento. Ambos estudios destacan la importancia del apoyo y la orientación de enfermería para cuidar la salud. Sin embargo, el 23,0 % que solo a veces busca ayuda demuestra que es necesario fortalecer la educación y el acompañamiento de estos pacientes.

Tabla 28

Tiempo para mi

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	24,7
	Casi siempre	60,9
	A veces	14,4
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 60,9% de los pacientes con ERC respondió casi siempre en relación al tiempo personal que tienen en el marco de su enfermedad, el 24,7% siempre y el 14,4% a veces; los resultados exponen que varios de los pacientes procuran disponer de tiempo para su bienestar personal y esto ayuda a mantener un adecuado equilibrio físico y emocional.

En el estudio de Quishpe (2026) se menciona que, el tiempo que las personas con ERC dedican a sí mismas se orienta a actividades de socialización, sus resultados mostraron los participantes presentaron un nivel medianamente adecuado en cuanto al tiempo para sí mismos con el 63,3%, seguido del 30% con un nivel adecuado y el 6,7% con nivel inadecuado.

Tabla 29

Pese a limitaciones de movimiento puedo cuidarme

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	12,1
	Casi siempre	52,3
	A veces	35,6
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 52,3% de los encuestados respondió casi siempre, el 35,6% a veces y el 12,1% siempre en correspondencia al grado de autonomía para realizar actividades de autocuidado, a pesar de ello, se evidencia que existe un grupo de individuos con ERC que presenta dificultades relacionadas con sus limitaciones físicas, por ello, se debe realizar intervenciones educativas y de apoyo orientadas a mejorar su independencia funcional.

En el estudio de Quiñonez et al. (2023), se recalca que el 52% de los pacientes en terapia de diálisis siempre son capaces de ejecutar por si mismos su autocuidado como a ellos les gusta, mientras que el 48% realiza esta acción a veces.

4.2.1. Consolidado por dimensiones Autocuidado de los pacientes con ERC

La encuesta ASA 24 permitió evaluar las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar el autocuidado para establecer el nivel de autonomía y primordiales necesidades educativas relacionadas con el cuidado de la salud de esta población. A continuación, se presenta el consolidado de resultados por dimensiones:

Tabla 30

Estadísticos descriptivos para las dimensiones de la Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA)

Estadísticos					
		Capacidades Fundamentales	Componentes de Poder	Capacidad para Operacionalizar el Autocuidado	ASA Total
N	Válidos	174	174	174	174
	Perdidos	0	0	0	0
Media		18,95	20,04	19,25	58,24
Mínimo		11	13	13	39
Máximo		24	25	24	68

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En la **Tabla 30** se visualiza los resultados obtenidos mediante la Escala ASA donde la dimensión Componentes de Poder registró la media más alta de 20,04 puntos, seguida de la dimensión Capacidad para Operacionalizar el Autocuidado con 19,25 puntos y, la dimensión Capacidades Fundamentales con 18,95 puntos. El puntaje promedio total de la escala fue de 58,24 puntos, con valores que fluctuaron entre 39 y 68 puntos, es decir que los pacientes poseen cierto grado de conocimientos y habilidades relacionadas con el cuidado de su salud, sin embargo, existen limitaciones que perturban la realización efectiva y constante de conductas de autocuidado.

Tabla 31
Niveles de la dimensión Capacidades Fundamentales

Nivel		Porcentaje
Válidos	Bajo	42,5
	Medio	57,5
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En la **Tabla 31** se presenta la dimensión Capacidades Fundamentales en la cual se evidencia que el 57,5% de los pacientes con ERC presentó un nivel medio de autocuidado, mientras que el 42,5% se ubicó en un nivel bajo, no se registraron pacientes con nivel alto. Los datos revelan que los pacientes poseen habilidades básicas para atender necesidades relacionadas con su salud y bienestar, no obstante, algunos presentan dificultades para mantener conductas de autocuidado de forma autónoma, situación que evidencia la necesidad de consolidar las capacidades básicas de autocuidado mediante intervenciones educativas de enfermería.

Resultados similares fueron descritos por Escudero-Lopez et al. (2024), quienes identificaron que las principales barreras para el autocuidado en pacientes en diálisis se relacionan con la fatiga, restricciones físicas, cambios en el estilo de vida y dependencia de los tratamientos sustitutivos renales que reducen la capacidad de los pacientes para mantener conductas constantes de autocuidado y afectan su autonomía funcional.

Tabla 32
Niveles de la dimensión Componentes de Poder

Nivel		Porcentaje
Válidos	Bajo	26,4
	Medio	73,6
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

La **Tabla 32** expone la dimensión Componentes de Poder misma que evalúa aspectos relacionados con el conocimiento, toma de decisiones y capacidad para buscar información o recursos que favorezcan el cuidado de la salud, en este sentido, el 73,6% de los pacientes con ERC obtuvo un nivel medio y el 26,4% un nivel bajo. En base a los datos, se menciona que la mayoría de las personas posee conocimientos elementales sobre su enfermedad y tratamiento, a pesar de ello, estos conocimientos no son suficientes para alcanzar una adecuada autonomía en el manejo de su condición, sus posibles complicaciones y estrategias para su control.

Estos hallazgos tienen afinidad con la investigación desarrollada por Yasin et al. (2024), donde se señala que factores como el nivel educativo, apoyo familiar, información proporcionada por el personal de salud y experiencia previa con la enfermedad influyen en el desarrollo de las capacidades de autocuidado en pacientes con ERC.

Tabla 33

Niveles de la dimensión Capacidad para Operacionalizar el Autocuidado

Nivel		Porcentaje
Válidos	Bajo	36,2
	Medio	63,8
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

La **Tabla 33** corresponde a la dimensión Capacidad para Operacionalizar el Autocuidado, donde el 63,8% de los pacientes con ERC se ubicó en un nivel medio y el 36,2% en un nivel bajo, es decir que a pesar de que las personas encuestadas cuentan con ciertos conocimientos sobre el cuidado de su salud, también presentan dificultades para llevarlas a la práctica de manera constante. En este sentido, la adherencia a hábitos saludables, seguimiento de recomendaciones terapéuticas e incorporación de conductas de autocuidado en la vida diaria son desafíos para una proporción de la población estudiada.

Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Friedrich et al. (2025), quienes identificaron que muchos pacientes en hemodiálisis poseen información elemental sobre su enfermedad, pero presentan dificultades para aplicar dichos conocimientos en la vida diaria, en especial en aspectos concernientes con la dieta, control hídrico y la adherencia terapéutica

Tabla 34

Niveles totales de la Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA)

Nivel total		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	50	28,7
	Medio	124	71,3
	Total	174	100,0

Nota: Resultados de la encuesta a los pacientes.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En relación al nivel global de agencia de autocuidado, en la **Tabla 34** se expone que el 71,3% de los pacientes con ERC del área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón presentó un nivel medio y el 28,7% un nivel bajo y no se identificaron pacientes con nivel alto; los resultados evidenciaron que la mayoría de los participantes posee capacidades moderadas para asumir el cuidado de su salud, no obstante, existen necesidades de fortalecimiento en aspectos afines con el manejo de la enfermedad, toma de decisiones y adopción de conductas saludables.

Bajo este aspecto, los resultados de la investigación respaldan la importancia de implementar estrategias educativas de enfermería, asimismo en el ensayo clínico aleatorizado realizado por Rezaei et al. (2026), evidencian que un programa educativo basado en el Modelo de Autocuidado de Orem produjo mejoras en los comportamientos de autocuidado, adherencia al tratamiento y calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis. Los autores concluyen que las intervenciones educativas permitieron consolidar la autonomía del paciente y beneficiar su participación activa en el manejo de la ERC.

4.3. Resultados encuesta - Intervenciones educativas de enfermería aplicadas durante la atención a pacientes con ERC

Tabla 35
Controlar de signos vitales y vigilancia de estado clínico

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	100,0

Nota: Resultados de la encuesta al personal de enfermería.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En los resultados se visualiza que el 100% de los profesionales de enfermería siempre realizan el control de signos vitales antes, durante y después de la diálisis, de igual forma, todos los profesionales de enfermería indicaron que siempre realiza la vigilancia del estado clínico del paciente con ERC durante la atención.

Mencionada situación que evidencia un alto nivel de cumplimiento de sus funciones en la atención de pacientes con ERC debido a que, la monitorización continua identifica de forma oportuna alteraciones hemodinámicas y previene complicaciones afines al procedimiento dialítico. Es adecuado el compromiso del personal con el seguimiento de modo constante de las condiciones de salud de los pacientes.

Los resultados son acordes con las recomendaciones de la Guía KDIGO, donde, de acuerdo a Stevens et al. (2024), se establece que la monitorización continua de los pacientes con ERC es una intervención esencial para garantizar la seguridad del paciente durante el procedimiento. De igual forma, las guías KDOQI señalan que la valoración clínica permanente antes, durante y después de la diálisis es una responsabilidad del profesional de enfermería, debido a que permite identificar complicaciones como hipotensión, sobrecarga de líquidos y alteraciones cardiovasculares.

Tabla 36
Instrucción de dieta

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	53,3
	Casi siempre	46,7
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta al personal de enfermería.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En relación a la instrucción sobre dieta renal el 53,3% de los encuestados señaló que siempre brinda esta educación a los pacientes, mientras que el 46,7% manifestó realizar esta acción casi siempre, los datos obtenidos demuestran que la orientación nutricional forma parte de las actividades educativas desarrolladas por el personal de enfermería, sin embargo, no se realiza de manera uniforme en todos los casos.

Los resultados alcanzados son similares a lo descrito por Vijay & Kaur (2022) quienes, mediante una revisión sistemática y metaanálisis concluyeron que la educación nutricional impartida por el personal de salud favorece la adherencia a las restricciones alimentarias en pacientes con ERC ya que muchas veces más del 60% de pacientes no cumple dieta, por lo tanto, la educación reduce el riesgo de alteraciones metabólicas y complicaciones asociadas.

Tabla 37
Explicar consumo de líquidos

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	60,0
	Casi siempre	40,0
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta al personal de enfermería.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

En cuanto a la explicación sobre el consumo de líquidos el 60,0% de los profesionales de enfermería del área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón indicó que siempre proporciona esta información, mientras que el 40,0% manifestó hacer esta acción casi siempre. Los resultados reflejan una apropiada participación del personal de enfermería en la educación concerniente con la restricción hídrica que es un aspecto esencial para prevenir la sobrecarga de líquidos y complicaciones cardiovasculares en pacientes con ERC.

Resultados afines con lo descrito por Bossola et al. (2022) donde se demostró que las intervenciones educativas desarrolladas por enfermería reducen la ganancia de peso interdialítica, benefician a cumplir con la restricción hídrica, reducen la aparición de dificultades cardiovasculares y al mismo tiempo, consolida la adherencia a la restricción hídrica y por lo tanto al tratamiento en pacientes con ERC.

Tabla 38
Conocimientos de procedimientos

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	100,0

Nota: Resultados de la encuesta al personal de enfermería.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 100% de los participantes encuestados señaló que siempre explica o posee conocimiento suficiente sobre el procedimiento de diálisis durante la atención al paciente con ERC, en este sentido, se evidencia que existe una adecuada preparación académica del personal de enfermería conforme a los procedimientos que ejecuta, situación que propicia un entorno de seguridad del paciente y fortalece la confianza en el tratamiento recibido.

Estos resultados coinciden con la revisión sistemática elaborada por Nopsopon et al. (2022), quienes declararon que las intervenciones educativas lideradas por enfermería acrecientan el conocimiento del paciente acerca de la terapia dialítica, benefician el autocuidado y optimizan la seguridad durante el tratamiento; se destaca que cuando el profesional domina el procedimiento, este trasmite la información de manera clara, comprensible, de este modo se fortalece la confianza del paciente y su participación activa en el proceso terapéutico.

Tabla 39
Educación fuera del hospital

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	93,3
	Casi siempre	6,7
	Total	100,0

Nota: Resultados de la encuesta al personal de enfermería.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

Los resultados exponen que el 93,3% de los profesionales de enfermería afirmó que siempre educa a los pacientes con ERC sobre los cuidados de salud que deben mantener fuera del área de diálisis del Hospital Abel Gilbert, mientras que el 6,7% indicó hacer esta labor casi siempre. Los datos reflejan que existe elevada participación del personal de enfermería en la promoción del autocuidado domiciliario que es un aspecto fundamental para propiciar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de complicaciones conexas con la ERC.

En la Guía KDIGO se enfatiza que la educación a los pacientes se tiene que extender más allá del entorno hospitalario, para que se promueva conductas de autocuidado relacionadas con la alimentación, tratamiento farmacológico, cuidado del acceso vascular y reconocimiento oportuno de complicaciones (Stevens et al., 2024); en este sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan una adecuada orientación del personal hacia la continuidad del cuidado en el hogar.

Tabla 40
Explicar importancia de tratamiento y signos de alarma

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	100,0

Nota: Resultados de la encuesta al personal de enfermería.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

El 100% del personal de enfermería encuestado manifestó que siempre explica a los pacientes con ERC la importancia de cumplir con el tratamiento indicado, de igual forma, todos los profesionales participantes indicaron que siempre educan a los pacientes acerca de los signos de alarma relacionados con su enfermedad y tratamiento.

Los datos demuestran que los enfermeros/as del área de diálisis del hospital en estudio reconocen la relevancia de la adherencia terapéutica como un factor esencial para mejorar la evolución clínica de los pacientes, al mismo tiempo, se da la importancia adecuada a la detección temprana de complicaciones y empoderamiento del paciente para reconocer situaciones que requieren atención médica inmediata. Bajo este aspecto, la educación permanente apoya a consolidar el compromiso del paciente con su procedimiento, autocuidado y brinda una respuesta oportuna ante posibles eventos adversos.

De igual manera, la Guía KDIGO establece que la educación continua compone uno de los pilares primordiales para alcanzar una participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad, beneficiar la detección temprana de complicaciones y disminuir las conductas de riesgo asociadas al tratamiento dialítico (Stevens et al., 2024).

Tabla 41
Educar sobre infecciones e higiene personal

	Opciones	Porcentaje
Válidos	Siempre	100,0

Nota: Resultados de la encuesta al personal de enfermería.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Análisis e interpretación

La totalidad de los profesionales de enfermería, es decir, el 100% manifestó que siempre brinda educación relacionada con la prevención de infecciones a pacientes con ERC y, de igual forma, todos los profesionales siempre orientan a los pacientes con ERC sobre higiene personal.

Se demuestra de este modo, la importancia que el personal otorga a las medidas preventivas, porque se toma en cuenta que los pacientes en diálisis presentan una mayor vulnerabilidad frente a procesos infecciosos, además, la promoción de hábitos higiénicos compone una actividad educativa permanente dentro de la atención de enfermería que contribuye a la prevención de infecciones y mantenimiento de una adecuada calidad de vida en los pacientes con ERC.

En su estudio, Nopsopon et al. (2022) establecieron que las intervenciones educativas impartidas por enfermería ayudan a la adopción de prácticas preventivas, debido a que las infecciones en los pacientes sometidos a diálisis son de prioridad por su elevada susceptibilidad a desarrollar complicaciones relacionadas con el acceso vascular y condición clínica.

4.4. Resultados - Ejecución de intervención educativa de enfermería

4.4.1. Título

Intervención educativa de enfermería para el fortalecimiento de la calidad de vida de pacientes con ERC en terapia de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón.

4.4.2. Objetivos

- Desarrollar contenidos educativos dirigidos a pacientes con ERC sobre autocuidado, control del equilibrio hídrico y electrolítico, adherencia al tratamiento, cuidado del acceso vascular y prevención de infecciones.
- Diseñar estrategias educativas presenciales y digitales que faciliten el aprendizaje y fortalecimiento del autocuidado en los pacientes en terapia de diálisis.
- Elaborar materiales educativos de apoyo orientados a promover hábitos saludables, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC.

4.4.3. Alcance

La propuesta contempla la realización de una sesión educativa presencial impartida por las investigadoras donde se aborde temas relacionados con el autocuidado, control del equilibrio hídrico y electrolítico, adherencia al tratamiento, cuidado del acceso vascular, prevención de infecciones, alimentación saludable y reconocimiento de signos de alarma.

Con la finalidad de reforzar los conocimientos de sesión presencial y favorecer el acceso continuo a la información, el contenido educativo será adaptado en formato digital con un video informativo donde participan las investigadoras y será publicado en la red social Tik Tok permitiendo que los pacientes puedan verlo en cualquier momento y compartir el video. Además, se realizará la entrega de trípticos e infografías de fácil comprensión.

4.4.4. Justificación de la propuesta

Los resultados obtenidos mediante la Escala de ASA-24 manifiestan que el 71,3% de los pacientes con ERC en terapia de diálisis del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón poseen nivel medio de agencia de autocuidado, mientras que el 28,7% se ubicó en un nivel bajo, sin registrarse casos en nivel alto, es decir, no existió un desarrollo óptimo de las capacidades necesarias para gestionar de manera autónoma su tratamiento; esta es una condición de riesgo para la aparición de complicaciones asociadas a la ERC y su terapia dialítica.

Es importante destacar que, durante el análisis de resultados se identificó que, la dimensión de Capacidades Fundamentales que agrupa procesos como la orientación, energía, conocimiento y habilidad para actuar fue la que presentó un mayor porcentaje de pacientes en nivel bajo, correspondiente al 42,5%, seguida de la Capacidad para Operacionalizar el Autocuidado con el 36,2% y los Componentes de Poder con el 26,4%. Los datos indican que las limitaciones de los pacientes con ERC tienen afinidad con el déficit de conocimientos y habilidades para ejecutar las conductas de autocuidado requeridas por su condición.

En el contexto presente en este estudio se confirma el planteamiento de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, teoría sobre el cual se sustenta el instrumento ASA-24, en donde se plantea que cuando las demandas terapéuticas superan la capacidad de acción del paciente, se genera un déficit de autocuidado y tiene que compensarse mediante sistemas de enfermería de apoyo/educación, orientados a desarrollar en el paciente el conocimiento y las habilidades necesarias para asumir el control de su propio cuidado.

Es relevante aplicar la propuesta de intervención de enfermería con un programa educativo dirigido a fortalecer las capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operacionalización del autocuidado en los pacientes con ERC del área de diálisis, con el propósito de favorecer a la disminución de complicaciones, consolidar la adherencia terapéutica y, en consecuencia, a la mejora de su calidad de vida.

4.4.5 Desarrollo de la intervención

El desarrollo de la intervención educativa se organiza en función de los tres objetivos específicos planteados, se articula de manera secuencial la construcción de los contenidos educativos, diseño de las estrategias de enseñanza-aprendizaje y elaboración de los materiales de apoyo. Esta intervención se realiza en respuesta directa a los déficits identificados en el diagnóstico realizado mediante la escala ASA-24 y la encuesta al personal de enfermería. A continuación, se desglosa las actividades según los objetivos:

Tabla 42
Desarrollo de la intervención educativa

Objetivo específico 1: Desarrollar contenidos educativos dirigidos a pacientes con ERC.	
Eje temático	**Descripción de la intervención**
1: Autocuidado en la enfermedad renal crónica	• Concepto de ERC, causas más frecuentes como diabetes, e hipertensión y su relación con la necesidad de diálisis. • Definición de autocuidado e importancia como pilar del tratamiento. • Rol activo del paciente y personas en el hogar para el control cotidiano de la enfermedad, control del peso, presión arterial, ingesta de líquidos y alimentos. • Caracterización de barreras particulares para el autocuidado y estrategias para superarlas como la organización de horarios, apoyo familiar, uso de agendas.
2: Control del equilibrio hídrico y electrolítico	• Valor de la restricción de líquidos entre sesiones de diálisis y cálculo del volumen autorizado según ganancia de peso interdiálisis. • Verificar signos de sobrecarga hídrica: edema en piernas y párpados, dificultad respiratoria, aumento brusco de peso. • Manejo hábil de la sensación de sed: uso de hielo, caramelos ácidos sin azúcar, enjuagues bucales, fraccionamiento de tomas. • Riesgos del desequilibrio electrolítico de potasio, sodio, fósforo y su relación con arritmias o complicaciones cardiovasculares.
3: Adherencia al	• Valor de la asistencia puntual y precisa a las sesiones de

tratamiento	hemodiálisis según el esquema prescrito. • Cumplir con la receta indicada ya sean antihipertensivos, quelantes de fósforo, eritropoyetina, suplementos y consecuencias de la automedicación o el abandono. • Consecuencias clínicas de la adherencia irregular: acumulación de toxinas, sobrecarga de volumen, mayor riesgo de hospitalización y mortalidad. • Estrategias motivacionales para sostener la adherencia a largo plazo como las metas pequeñas que poseen, refuerzo positivo y participación familiar.
4: Cuidado del acceso vascular y prevención de infecciones	• Cuidados frecuentes de la fístula arteriovenosa como higiene de la zona, palpación diaria del thrill, impedir compresión, punción o toma de presión en el brazo del acceso. • Protección del catéter venoso central en pacientes que usen este instrumento: conservar el apósito seco y limpio, señales de alarma como color rojo, secreción, dolor o fiebre. • Medidas de prevención de infecciones como lavado de manos, higiene corporal antes de la sesión, notificación temprana de signos de infección al personal de salud. • Acciones a evitar para proteger el acceso vascular como cargar peso, dormir sobre el brazo o usar ropa apretada.
5: Alimentación saludable y reconocimiento de signos de alarma	• Compendios de la dieta renal como control de sodio, potasio y fósforo, leída de etiquetas nutricionales, técnicas de doble cocción para reducir potasio en alimentos. • Ejemplos de alimentos autorizados de consumo moderado y restringidos. • Registrar signos de alarma que requieren atención médica inmediata como disnea súbita, dolor torácico, sangrado del acceso vascular, fiebre, confusión, calambres severos. • Pasos a seguir ante la identificación de un signo de alarma, es decir, a quién acudir, qué información reportar.

Nota: Cada eje temático se desarrolló en base a los tres componentes evaluados por la escala ASA-24, de manera que el contenido incorporó intervenciones que facilitan la traducción del conocimiento en conductas de autocuidado.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

En base a que el 73,6% de los pacientes con ERC presentó un nivel medio en la dimensión de Componentes de Poder que incluye motivación, toma de decisiones y compromiso con el autocuidado, se diseñó estrategias didácticas combinadas, es decir, presenciales y digitales, orientadas a mantener el interés, favorecer la participación de los usuarios y asegurar la continuidad del aprendizaje más allá del momento de la sesión. Se expone a continuación:

Tabla 43
Desarrollo de la intervención educativa

Objetivo específico 2: Diseñar estrategias educativas presenciales y digitales.	
Estrategia	**Descripción de la intervención**
Estrategia presencial: Sesión educativa participativa	• **Modalidad:** Sesión educativa grupal, impartida por las investigadoras en el área de diálisis del Hospital, dirigida a pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis y cuando sea posible, a sus familiares o cuidadores. • **Duración:** 45 a 60 minutos, fraccionados en bloques temáticos breves para mantener la atención de la audiencia. • **Metodología:** Exposición dialogada con apoyo visual de infografías y trípticos, se prioriza el uso de lenguaje sencillo y ejemplos cotidianos y en lo posible se evita tecnicismos.
Estrategia digital: Video educativo en TikTok	• Elaboración de un video educativo corto de 3 minutos, protagonizado por las investigadoras, que sintetiza los puntos importantes de los cinco ejes temáticos en formato dinámico y visual. • Publicación en la red social TikTok que es una plataforma de alto alcance y fácil acceso, que permite a los pacientes revisar el contenido cuantas veces lo necesiten fuera del entorno hospitalario. • Diseño del guion con lenguaje cercano, apoyo de subtítulos, gráficos simples y llamados a la acción. • Posibilidad de que los pacientes compartan el video con sus familiares o cuidadores, esto genera un efecto multiplicador de la información.

Nota: La articulación de una estrategia presencial y digital de refuerzo continuo responde a la necesidad de sostener en el tiempo el aprendizaje adquirido.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Tabla 44
Desarrollo de la intervención educativa

Objetivo específico 3: Elaborar materiales educativos de apoyo.	
Material educativo	**Descripción**
Tríptico educativo	• **Formato:** Se diseño en la aplicación CANVA un tríptico tamaño A4 plegado en tres cuerpos, de fácil manejo y bajo costo de reproducción. • **Contenido:** Fue una síntesis visual de los cinco ejes temáticos mediante textos y listas cortas, iconografía e ilustraciones a color. • **Secciones:** Portada con el título "Cuidando mis riñones, cuidando mi vida" con recomendaciones prácticas de autocuidado, control hídrico, adherencia y cuidado del acceso vascular; contraportada con signos de alarma. La entrega del tríptico fue de forma individual a cada paciente al finalizar la sesión educativa, con recomendación de colocarlo en un lugar visible del hogar. **Código QR:** El tríptico también estará disponible mediante un código QR que permita a los pacientes acceder al material educativo de forma rápida, permanente y desde cualquier dispositivo móvil.
Infografía educativa	• Recursos didácticos diseñados en CANVA, utilizados durante la sesión educativa, con imágenes grandes, llamativas, esquemas sencillos y textos mínimos, que facilita la explicación de conceptos como el equilibrio hídrico, la dieta renal y el cuidado de la fístula. • Diseñado para reforzar de forma visual los mensajes importantes y facilitar la participación de pacientes con baja visión o dificultades de lectura **Código QR:** La infografía también estará disponible mediante un código QR que permita a los pacientes acceder al material educativo de forma rápida, permanente y desde cualquier dispositivo móvil.
Video educativo	• Funciona como material de apoyo permanente, complementario a la sesión presencial, disponible en la red social TikTok para consulta ilimitada.

	• Incluye elementos visuales de refuerzo que facilitan la retención de la información en pacientes con distintos niveles de escolaridad.

Nota: Los materiales promueven hábitos saludables, ayudan a prevenir complicaciones asociadas a la ERC y contribuyen a mejorar la calidad de vida de pacientes.
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Los materiales a ser utilizados en la intervención educativa de enfermería orientada al fortalecimiento de la calidad de vida en pacientes con ERC en el área de diálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón se presentan a continuación:

1. Para la estrategia digital: Guion para video educativo en Tik Tok

Tabla 45
Guion para video educativo en Tik Tok

Guion: Cuidando mis riñones, cuidando mi vida	
Escenas	**Descripción del guion**
Escena 1: Introducción	Mónica: ¿Estás en tratamiento de diálisis y no sabes bien cómo cuidarte en casa? Melody: Quédate, porque en 3 minutos te enseñamos lo más importante para cuidar tus riñones y sentirte mejor. Texto en pantalla: 5 pasos para tu autocuidado en diálisis.
Escena 2: Autocuidado	Mónica: Tú eres parte activa de tu tratamiento y no se trata solo de venir a tus sesiones, sino de lo que haces cada día en casa como tu alimentación, tus líquidos y el cuidado de tu cuerpo. Texto en pantalla: autocuidado = tu participación diaria.
Escena 3: Control de líquidos	Melody: Cuida los líquidos. Toma solo la cantidad que tu médico te indicó, pésate todos los días a la misma hora y si te da mucha sed, prueba con hielo o un caramelo sin azúcar en lugar de tomar más agua Texto en pantalla: Controla tus líquidos
Escena 4: Alimentación	Mónica: Tu alimentación. Reduce la sal y ten cuidado con alimentos altos en potasio como el plátano, tomate y papa. Melody: Un truco fácil es cocinar tus alimentos con doble hervor, así reduces el potasio. Texto en pantalla: Alimentación saludable

Escena 5: Adherencia y acceso vascular	Mónica: No faltes a tus sesiones de diálisis ni suspendas tus medicamentos sin consultar a tu médico. Melody: Cuida tu fístula o catéter. No cargues peso con ese brazo, no dejes que te tomen la presión ahí y revisa todos los días que sientas esa pequeña vibración. Texto en pantalla: No faltes a tu tratamiento, cuida tu acceso vascular
Escena 6: Señales de alarma	Mónica: Si sientes dificultad para respirar, dolor en el pecho, sangrado del acceso, fiebre o hinchazón repentina... Melody: Acude de inmediato al hospital o contacta a tu personal de salud. No esperes a que pase. Texto en pantalla: Señales de alarma = actúa rápido
Escena 7: Cierre	Mónica: Guarda este video y compártelo con tu familia. Melody: Y si tienes dudas, coméntanos o pregúntale a tu enfermera en tu próxima sesión. ¡Nos vemos pronto!

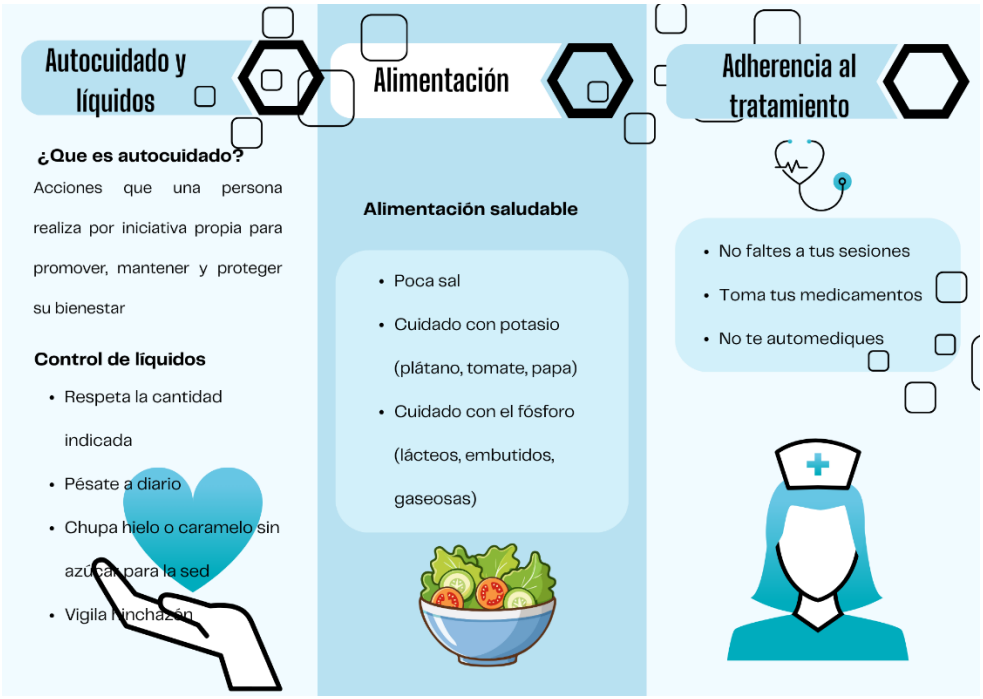
Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

2. Para la estrategia presencial: Material visual: tríptico e infografías educativas

Figura 1

Tríptico educativo 1





Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Figura 2

Póster educativo 1



Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes

Figura 3

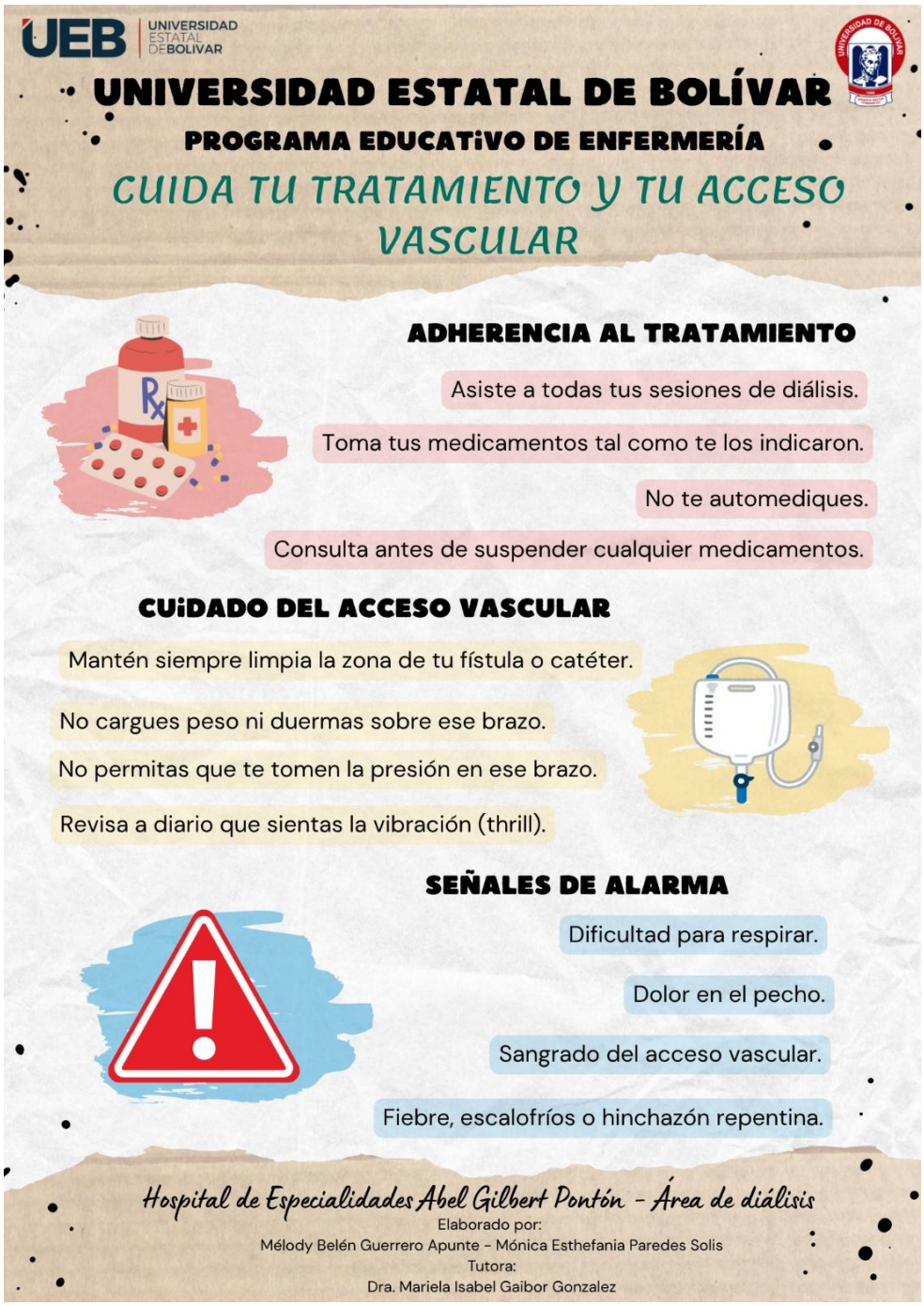
Infografía educativa 1



Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Figura 4

Infografía educativa 2



Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Figura 5

Infografía educativa 3



Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

Figura 6

Infografía educativa 4



Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes

CAPÍTULO V

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1. Cronograma de actividades

Tabla 46
Cronograma

Actividades	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			Responsable
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	Melody Guerrero / Mónica Paredes
Solicitud de modalidad del proyecto de titulación y presentación del tema																				Melody Guerrero / Mónica Paredes
Aprobación del tema																				Melody Guerrero / Mónica Paredes
Asignación de tutores																				Melody Guerrero / Mónica Paredes
Revisión bibliográfica																				Melody Guerrero / Mónica Paredes

Diseño y validación de instrumentos																			Melody Guerrero / Mónica Paredes
Solicitud de permisos institucionales																			Melody Guerrero / Mónica Paredes
Aplicación de encuestas a pacientes																			Melody Guerrero / Mónica Paredes
Codificación y tabulación de datos																			Melody Guerrero / Mónica Paredes
Análisis estadístico																			Melody Guerrero / Mónica Paredes
Interpretación de resultados																			Melody Guerrero / Mónica Paredes
Redacción de resultados e intervención educativa																			Melody Guerrero / Mónica Paredes
Revisión final y entrega de la tesis																			Melody Guerrero / Mónica Paredes

***Nota**:* Cronograma de ejecución de actividades de la investigación.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

5.2. Presupuesto

Tabla 47
Presupuesto

Tipo de recurso	Ítem	Descripción	Cantidad	Costo unitario	Total
Recursos humanos	Tesistas investigadoras	Ejecución del trabajo, recolección y análisis de datos	2	0	0
	Tutor y pares revisores de tesis	Orientación metodológica y revisión de tesis	3	0	0
Recursos tecnológicos	Computadora portátil	Equipo para análisis y redacción (propio de las tesistas)	2	0	0
	Servicio de internet	Conectividad durante la investigación que son 4 meses	1	25	25
	Tik Tok	Grabación de video para red social	1	0	0
	Memoria USB	Respaldo de información	1	15	15
Recursos materiales	Impresión de encuestas	Formularios aplicados a pacientes	120	0,2	24
	Impresión de materiales de la propuesta	Trípticos e infografías	150	0,2	30
	Resma de hojas A4	Presentación de documentos	1	7	7
	Tinta de impresora	Kit de colores	1	25	25
	Material de oficina	Carpetas, esferos	1	10	10

	Copias y anillados	Presentación de borradores y final de la tesis	4	10	40
	Transporte	Traslado para aplicación de encuestas	10	25	250
		Total			**426**

Nota: Presupuesto empleado para el desarrollo de la investigación.

Elaborado por: Mélody Guerrero y Mónica Paredes.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- Los resultados de la Escala ASA-24 demostraron que la mayoría de los pacientes con ERC presentó un nivel medio de agencia de autocuidado, mientras que el nivel bajo correspondió a una menor población de pacientes, se destaca que, la dimensión de Capacidades Fundamentales fue la más afectada ya que su resultado fue un nivel bajo. Los datos permitieron establecer que las principales necesidades educativas de los pacientes con ERC se concentran en el conocimiento y habilidades prácticas para ejecutar conductas de autocuidado.
- Se identificó que el personal de enfermería brinda educación al paciente de manera verbal y rutinaria durante las sesiones de hemodiálisis donde el mayormente siempre proporciona instrucciones sobre dieta renal y se explica recomendaciones sobre líquidos; sin embargo, esta práctica no se traduce en un nivel alto de agencia de autocuidado en los pacientes con ERC, situación que demuestra que la educación actual es informativa y carece de sistematicidad y materiales de apoyo que refuercen el aprendizaje.
- La propuesta es una estrategia innovadora y replicable para reforzar el conocimiento de los pacientes con ERC más allá del entorno hospitalario. Su ejecución integró una capacitación presencial, un video educativo difundido a través de TikTok, infografías digitales, trípticos impresos y un código QR que facilita el acceso permanente al material educativo. Esto permitió abordar de forma didáctica y accesible los ejes de autocuidado, equilibrio hídrico, adherencia, cuidado del acceso vascular y prevención de infecciones.

6.2. Recomendaciones

- Al personal de enfermería del área de diálisis se recomienda aplicar la escala ASA-24 de manera periódica, por ejemplo, semestral, a los pacientes en terapia de diálisis, con el fin de monitorear la evolución de su agencia de autocuidado y ajustar de forma oportuna las estrategias educativas según las dimensiones que presenten mayor déficit.
- El líder de enfermería debe estandarizar las intervenciones educativas de enfermería mediante un protocolo institucional que incluya contenidos, materiales de apoyo ya sea impresos y digitales y una técnica de verificación de la comprensión del paciente para no depender de manera única de la instrucción verbal individual.
- Los futuros investigadores deben evaluar el impacto de la propuesta a mediano plazo mediante una nueva aplicación de la escala ASA-24 en el área de diálisis y explorar la ampliación de la estrategia digital a otras plataformas o grupos de WhatsApp utilizados por los pacientes y sus familiares, con el fin de ampliar su alcance y sostenibilidad en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acán, E. (2024). *Intervención de Enfermería en el Autocuidado en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis: Una Revisión Bibliográfica* [Universidad Regional Autónoma de los Andes]. https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/18415/1/UA-ENF-EAC-007-2024.pdf

Alodhailah, A., & Almutairi, M. (2025). Evidence-based nursing strategies and quality of life in Saudi CKD patients with cardio-renal-metabolic comorbidities. *BMC Nursing*, *24*(1), 1291–1299. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03944-7

American Kidney Fund. (2026, March 5). *Cuidado de tu acceso vascular*. AKF's Medical Advisory Committee. https://www.kidneyfund.org/es/tratamientos/la-dialisis/cuidado-de-tu-acceso-vascular

Arancibia, C., & González, A. (2024). Cuidado de enfermería del paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria de salud. *Enfermería Nefrológica*, *27*(2), 134–142. https://doi.org/10.37551/S2254-28842024016

Ardila, M., Arias, J., Salazar, F., Mármol, J., & Trujillo, S. (2024). Rol del profesional de Enfermería en terapias de reemplazo renal, diálisis peritoneal. *Med UNAB*, *7*(2), 107–113.

Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación* (1st ed.). University of British Columbia.

Arias, J., Acurio, S., Vásquez, B., & Villamar, A. (2025). Proceso de atención de enfermería en paciente con insuficiencia renal crónica estadío 5: un estudio de caso. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, *5*(2), 282–293. https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i2.828

Arooj, H., Aman, M., Hashmi, M., Nasir, Z., Zahid, M., Abbas, J., Amjad, N., Maryam, S., & Farhan, K. (2025). The impact of nurse-led care in chronic kidney disease management: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, *24*(1), 188–198. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02829-z

Baldeón, I. (2022). Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal, basado en su adherencia al tratamiento sustitutivo renal/hemodiálisis. *REVISTA U-Mores*, *1*(1), 11–26. https://doi.org/10.35290/ru.v1n1.2022.556

Bossola, M., Pepe, G., Antocicco, M., Severino, A., & Di Stasio, E. (2022). Interdialytic weight gain and educational/cognitive, counseling/behavioral and psychological/affective interventions in patients on chronic hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Nephrology*, *35*(8), 1973–1983. https://doi.org/10.1007/s40620-022-01450-6

Caraguay, R. (2025). *Satisfacción de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Respecto a la atención de enfermería en el Hospital General del Norte de Guayaquil "Los Ceibos".* [Maestría, Universidad Católica Santiago de Guayaquil]. http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/24166/1/UCSG-C178-23714.pdf

Chadban, S., Ahn, C., Axelrod, D., Foster, B., Kasiske, B., Kher, V., Kumar, D., Oberbauer, R., Pascual, J., Pilmore, H., Rodrigue, J., Segev, D., Sheerin, N., Tinckam, K., Wong, G., & Knoll, G. A. (2020). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation. *Transplantation*, *104*(4S1), S11–S103. https://doi.org/10.1097/TP.0000000000003136

Chávez, E., Rochina, N., & López, S. (2023). Relatos de pacientes con insuficiencia renal sobre su autocuidado: Hospital Básico Guaranda. *AlfaPublicaciones*, *5*(2), 167–189. https://doi.org/10.33262/ap.v5i2.369

Constitución de La República Del Ecuador, Pub. L. Decreto Legislativo 0 Registro Oficial 449 (2008). https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Darni, Z., & Sasmita, M. (2021). Liquid Restriction for Patients With Chronic Kidney Disease to Prevent The Risk of Fluid Overload. *JIKO (Jurnal*

Ilmiah Keperawatan Orthopedi), *5*(1), 17–25. https://doi.org/10.46749/jiko.v5i1.57

De Francisco, A. (2024). *Guías KDIGO 2024 para la Enfermedad Renal Crónica (ERC)*. Sociedad Española de Nefrología. https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-guias-kdigo-2024-en-espanol-para-enfermedad-renal-cronica-erc-644

de Matos, D., & Leyraud, S. (2024). *Nefrologia: Anatomia, fisiologia e ajuste de medicamentos para função renal*. Editora Licuri. https://editoralicuri.com.br/index.php/ojs/article/view/533/434

Escudero-Lopez, M., Martinez-Andres, M., Marcilla-Toribio, I., Moratalla-Cebrian, M. L., Perez-Moreno, A., & Bartolome-Gutierrez, R. (2024). Barriers and facilitators in self-care and management of chronic kidney disease in dialysis patients: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(10), 3815–3830. https://doi.org/10.1111/jocn.17193

Franco, V., Manrique, Y., Martínez, J., Sarmiento, J., Pérez, V., Cortés, L., Cadena, A., Vélez, M., & González, H. (2025). Intervención educativa por enfermería para la adherencia a los cuidados del paciente en diálisis peritoneal. *Revista Colombiana de Nefrología*, *12*(3), 80–90. https://doi.org/10.22265/acnef.12.3.848

Friedrich, N., Schmitt, N., Hruby, H., & Kugler, C. (2025). Self-management interventions for adult haemodialysis patients: a scoping review of randomized controlled trials. *BMC Nephrology*, *26*(1), 285–292. https://doi.org/10.1186/s12882-025-04229-6

Garrido, C. (2024). *Impacto de la educación para la salud en la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica: revisión sistemática según las directrices prisma* [Tesis de grado, Universidad de Salamanca]. https://gredos.usal.es/handle/10366/158213

Gimeno, V., Duran, M. I., del Pino, M., Farlado, A., Oliva, M., & Ortuño, I. (2026). Calidad de vida y de la atención percibida del paciente en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: estudio descriptivo

transversal. *Enfermería Clínica*, *36*(2), 502418–502429. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2025.502418

Gimero, H., Durán, I., Pinto, M., Faraldo, A., Oliva, M., & Ortuño, I. (2025). Calidad de vida y percepción de la atención recibida por pacientes en consultas por enfermedad renal crónica avanzada: un estudio descriptivo transversal. *Cornell University* , *8*(5), 1–21. https://arxiv.org/abs/2501.01198

Giraldo, Y., Fernández, E., Muñoz, R., & Fuente, A. (2023). Protocolo diagnóstico de la enfermedad renal crónica. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *13*(80), 4751–4754. https://doi.org/10.1016/j.med.2023.05.015

Gómez, A., Arias, E., & Jiménez, C. (2025). Insuficiencia Renal Crónica. In *Tratado de Geriatría para residentes* (62). https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2062_III.pdf

Górriz, J., Adán, F., Botana, M., Buño, A., Campos, F., Cisneros, A., Cobo, S., Conejos, M., Egocheaga, I., Fernández, M., García, L., Jiménez, N., Julián, J., León, D., Martínez, D., Mazón, P., Ortiz, A., Palau, G., Quevedo, J., … Vallés, R. (2025). Mejora en la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad renal crónica en España. Proyecto IntERKit. *Nefrología*, *45*(5), 351–359. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2025.02.001

Górriz, J., Górriz, C., & Pallarés, V. (2023). Fisiopatología renal y mecanismos farmacológicos de nefroprotección. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *49*(5), 102021–102030. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102021

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HIL.

Herrera, I., Jaque, I., Müller, M., Rivera, M., & Valenzuela, Y. (2025). *Efecto de las intervenciones educativas de Enfermería sobre autocuidado en la adherencia al tratamiento para pacientes con Enfermedad Renal Crónica* [Tesis de grado, Universidad del Desarrollo]. https://repositorio.udd.cl/items/e0aa7c11-ee1f-4ca2-8b53-bac195d3fbac

Huaman, L., & Gutiérrez, H. (2021). Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica*, *24*(1), 68–76. https://doi.org/10.37551/S2254-28842021007

Ibrahim, M., Ali, A., & Allawy, M. (2024). Effect of Educational Nursing Guidelines on Self-management and Health-Related Quality of Life for Hemodialysis Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *29*(4), 460–465. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_191_22

Jiménez, D., & Jiménez, F. (2022). Global Perspective on Kidney Transplantation: Ecuador. *Kidney360*, *3*(10), 1772–1774. https://doi.org/10.34067/KID.0003452022

Lee, V., & Mather, A. (2024). *El sistema renal* (3rd ed.). Elservier Limited. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=2wsLEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Anatom%C3%ADa+del+sistema+renal&ots=Utuc5o3pS3&sig=2o2nO5-EcW6bn7G_bsshc3njx7E&redir_esc=y#v=onepage&q=Anatom%C3%ADa%20del%20sistema%20renal&f=false

Ley Orgánica de Salud, Pub. L. Ley 67 Registro Oficial Suplemento 423 (2015). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf

Lino, Y. (2022). *Intervención de enfermería en el estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica.* [Universidad Estatal del Sur de Manabí]. https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4154/1/TESIS.%20YADIRA%20LINO%20C.pdf

Loor, E. (2022). *Autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica* [Universidad Estatal del Sur de Manabí]. https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3927/1/TESIS%20%20EVELYN%20MONSERRATE%20LOOR%20VELASQUEZ%20.pdf

López, F., Matos, M., Inclán, D., Escobar, I., & Valdés, V. (2021). Intervención educativa en adultos mayores sobre la enfermedad renal

crónica. *Univ Méd Pinareña*, *17*(1), 1–10. https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2021/ump211f.pdf

Macías, K., Montes, R., Pacheco, D., Pacheco, S., & Guanoluisa, G. (2023). Rol de la enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Polo Del Conocimiento*, *8*(4), 1241–1259. https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5497/13558

Malkina, A. (2025, June 4). *Enfermedad renal crónica*. MSD. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica

Manrique, F., Fernández, A., & Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichán*, *9*(3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972009000300003&script=sci_arttext

Martín, Á., & Lorenzo, V. (2024). Enfermedad Renal Crónica. In *Nefrología al día*. Sociedad Española de Nefrología. https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-654-pdf

Martín, A., & Pallas, J. (2025, January 26). *Ejercicio Físico en la Enfermedad Renal Crónica*. Nefrología al Día.

Mendoza, C. (2025). *Autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el centro de hemodiálisis Laurent – Cajamarca 2022* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Cajamarca]. https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/8689/Tesis-PDF-Mendoza%20Zegarra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Miranda, P., Ramírez, E., Carsi, X., Cruz, C., & Espinosa, Á. (2022). Hydration status according to impedance vectors and its association with clinical and biochemical outcomes and mortality in patients with chronic kidney disease. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(5), 1037–1046. https://doi.org/10.20960/nh.03970

Nopsopon, T., Kantagowit, P., Chumsri, C., Towannang, P., Wechpradit, A., Aiyasanon, N., Phaichan, R., Kanjanabuch, T., & Pongpirul, K. (2022). Nurse-based educational interventions in patients with peritoneal dialysis: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *4*(7), 100102–100112. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100102

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Día Mundial del Riñón. Documento orientador*. Organización Panamericana de La Salud. https://www.paho.org/sites/default/files/2023-03/dia-mundial-rinon-2023.pdf

Osejo, M. (2023). *Modos de vida de pacientes en hemodiálisis por insuficiencia renal crónica: una mirada desde la determinación social* [Universidad Andina Simón Bolívar]. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9210/1/T4032-MESC-Osejo-Modos.pdf

Pérez, N., Polo, J., Alonso, M., & Martínez, L. (2026). Documento de posicionamiento de SEMERGEN sobre la enfermedad renal crónica. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *52*(3), 102690–102699. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2026.102690

Pineda, K., & Culqui, B. (2023). *Programa educativo domiciliario a pacientes con insuficiencia renal crónica aplicando la teoría del autocuidado. Guaranda. Período diciembre 2022 – abril 2023* [Tesis de grado, Universidad Estatal de Bolívar]. https://dspace.ueb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/643a07f0-7444-4acc-975e-8c483bb617f5/content

Quiñonez, P., Ochoa, M., Genovesi, G., & Cusquillo, L. (2023). El Autocuidado en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Revista Especialidades HAGP*, *2*(6), 1–8.

Quishpe, J. (2026). *Autocuidado y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal en la unidad de Hemodiálisis, Hospital Santa Rosa – 2025* [Tesis de grado, Universidad Nacional Amazónica Madre de Dios].

https://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14070/1565/004-1-9-118.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Radesi, L. (2023, January 21). *Nursing Competencies: A Complete Guide and Checklist for Success*. Alliant Univertsity. https://www.alliant.edu/blog/nursing-competencies

Rezaei, S., Bijani, M., Dehghan, A., & Fereidouni, Z. (2026). The Effect of an Educational Program Based on Orem's Self-care Model on Treatment Adherence, Self-care Behaviors, and Quality of Life in Hemodialysis Patients in Iran: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *59*(3), 249–257. https://doi.org/10.3961/jpmph.25.727

Rodríguez, J., & Herrera, G. (2022). Estrategia educativa sobre enfermedad renal crónica en el Policlínico Turcios Lima de Pinar del Río. *Medisur*, *20*(5), 1–10. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2022000500854&script=sci_arttext&tlng=en

Rodríguez, J., & Reguant, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista de Innovación Recerca En Educación*, *13*(2), 1–13. https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048

Rojas, A., & Guarate, Y. (2025). Teoría de Dorothea Orem en un paciente con enfermedad renal crónica: relatos de vida. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, *5*(1), 495–503. https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i1.754

Romero, R., & Serrano, F. (2024). Effectiveness of the educational program in the knowledge about self-care in renal patients. *Sciéndo*, *27*(4), 401–407. https://doi.org/10.17268/sciendo.2024.069

Sajjadi, S., Ghafourifard, M., & Khosroshahi, H. (2024). The effect of individualized education on learning needs of patients undergoing hemodialysis: a randomized controlled clinical trial. *BMC Nephrology*, *25*(1), 452–450. https://doi.org/10.1186/s12882-024-03886-3

Soledispa, T. (2022). *Cuidados a pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de diálisis* [Universidad Estatal del Sur de

Manabí]. https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/5097/1/Soledispa%20Segovia%20Tania%20Marielena.pdf

Stevens, P., Ahmed, S., Carrero, J., Foster, B., Francis, A., Hall, R., Herrington, W., Hill, G., Inker, L., Kazancıoğlu, R., Lamb, E., Lin, P., Madero, M., McIntyre, N., Morrow, K., Roberts, G., Sabanayagam, D., Schaeffner, E., Shlipak, M., … Levin, A. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, *105*(4), S117–S314. https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018

Sumida, K., Yamagata, K., & Kovesdy, C. P. (2020). Constipation in CKD. *Kidney International Reports*, *5*(2), 121–134. https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.11.002

Supramanian, K., Sekar, M., & Safwan, N. (2024). Chronic Kidney Disease: Etiology, Pathophysiology, and Management Strategies to Increase Quality of Life. In *Chronic Kidney Disease - Novel Insights into Pathophysiology and Treatment*. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.1005083

Surace, F., & Tammone, D. (2023). Sistema renal. In *Fisiología humana. Un enfoque destinado a los profesionales de la salud* (Vol. 1, pp. 238–251). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/186575

Tejada, D., & Velásquez, C. (2025). Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en Chalatenango, El Salvador. *Alerta, Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, *8*(2), 160–170. https://doi.org/10.5377/alerta.v8i2.18760

Tsai, Y.-C., Wang, S.-L., Tsai, H.-J., Chen, T.-H., Kung, L.-F., Hsiao, P.-N., Hsiao, S.-M., Hwang, S.-J., Chen, H.-C., & Chiu, Y.-W. (2021). The interaction between self-care behavior and disease knowledge on the decline in renal function in chronic kidney disease. *Scientific Reports*, *11*(1), 401–420. https://doi.org/10.1038/s41598-020-79873-z

Universidad de la Rioja. (2024, September 4). *¿Qué es la enfermería y cuáles son sus funciones?* UNIR. https://peru.unir.net/revista/gestion-sanitaria/que-es-enfermeria/

Vijay, V., & Kaur, H. (2022). The Worldwide Prevalence of Nonadherence to Diet and Fluid Restrictions Among Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Renal Nutrition*, *32*(6), 658–669. https://doi.org/10.1053/j.jrn.2021.11.007

Villavicencio, E. (2018). El tamaño muestral para la tesis.¿cuántas personas debo encuestar? *Odontología Activa Revista Científica*, *2*(1), 59–62. https://doi.org/10.31984/oactiva.v2i1.175

Yasin, F., Khraim, F., Santos, M., Forgrave, D., & Hamad, A. (2024). Factors influencing self-care management in adult hemodialysis patients: An integrative review. *Qatar Medical Journal*, *2024*(1), 1–4. https://doi.org/10.5339/qmj.2024.12

ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del tema Consejo Directivo.

UEB | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CONSEJO DIRECTIVO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Resolución Nro. DFCS- RCD- 139-2026
Guaranda, 04 de abril de 2026

EL SUSCRITO DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO. Mgtr., CERTIFICA: Que, el Consejo Directivo de la Facultad en sesión extraordinaria (04) del 27 de marzo de 2026, en el:

PUNTO 6.- Lectura y aprobación de la asignación de Tutores y aprobación de temas propuestas por los estudiantes, como proyectos de investigación de estudio de caso, noveno ciclo (cohorte de internado rotativo de enfermería septiembre 2025- agosto 2026.

EL CONSEJO DIRECTIVO
CONSIDERANDO:

QUE, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 350 dispone: "El Sistema de Educación Superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo".

Que, el **Oficio N° 058-UT-CE-FCSSH**, suscrito por la Licenciada María Olalla García, PhD., Coordinadora de la Unidad de Titulación, solicita el análisis y aprobación de la asignación de tutores y temas de investigación para los estudiantes del noveno ciclo, cohorte septiembre 2025 - agosto 2026.

Que, la Comisión de Titulación de la Carrera de Enfermería analizó la pertinencia de los temas y anteproyectos en reunión efectuada el 10 de marzo de 2026.

Que, existe la sumilla de "Tratamiento en Consejo Directivo" de fecha 27 de marzo de 2026

Que, mediante el **Memorando Nº UEB-CCE-2026-105-M**, de fecha 18 de marzo de 2026, la Lcda. Stefanny Días, Mgtr., Coordinadora de la Carrera de Enfermería, remite al Decanato el Punto 3 del Acta de la Comisión de Titulación

CONSEJO DIRECTIVO RESUELVE:

Aprobar los Temas, Modalidades y Tutores para los Proyectos de Investigación y Estudios de Caso del PAO marzo-julio 2026, según el siguiente detalle:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nº	Nombres y apellidos	Modalidad	Tema	Línea	Sublínea	Tutor
1	Abril Zapata Liliana Esthefania Salazar Goyes Gislainne Mayerly,	Proyecto de Investigación	Percepciones y practicas sobre la paternidad responsable en madres y padres adolescentes de comunidades indígenas Cantón Guaranda, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Mery Rea
2	Kerly Johanna Agualongo Pachala Angeles Jamileis Moreno Moreno,	Proyecto de Investigación	Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en neonatología, Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante. Marzo–julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr. Vanessa Mite
3	Daniela Alexandra Alarcón Veloz Sandra Lisbeth Chela Chela	Proyecto de Investigación	Entrega de turno y continuidad del cuidado enfermero Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, Marzo - Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Mery Rea

4	Amangandi Arévalo Lizeth Vanessa Zabala Lema Jhonthan David	Proyecto de Investigación	Deterioro cognitivo y los índices antropométricos de los adultos mayores de los Centros Gerontológicos "San Miguel y "Atalaya", periodo Marzo- Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Stefanny Días
5	Diana Emilia Carvajal Riera Allan Gabriel Pérez Lara	Proyecto de Investigación	Intervención educativa de enfermería para la rehidratación oral efectiva en niños hospitalizados con EDA, Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud Infantil	Dra. Gladys Naranjo
6	Cristian Miguel Cely Vergara Merlyn Liseth Sanabria García	Proyecto de Investigación	Violencia urbana y su influencia en la salud mental de los profesionales de la salud, Hospital Martín Icaza, marzo - julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud y ambiente	Mgtr. Norma Paredes
7	Chamorro Tonato Jessica Mariela Paredes Uchubanda Kerly Naomi,	Proyecto de Investigación	Conocimiento y competencia técnica del personal de enfermería sobre la administración del Kit Púrpura, Hospital General Martín Icaza, marzo–julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Silvana López
8	Chasi Lumbi Leonela Marilin, Punina Ayme Carla Cecilia,	Proyecto de Investigación	Impacto de los registros de enfermería en la calidad de atención. Hospital Martín Icaza, marzo- julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr Stefanny Días
9	Coavoy Cevallos Araceli Lizeth Guerrero Peñafiel Mavelyn Jennifer	Proyecto de Investigación	Efecto de la consejería de enfermería en la citología cervical, Centro de Salud San Luis de Pambil, Marzo–Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Patricia Guerra
10	García García Naydelin Mallerly Ramos Vallejo Abigail Cristina	Proyecto de Investigación	Evaluación del nivel de comprensión del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, Hospital General Martín Icaza, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Dr. Santiago Freire
11	Deysi Abigail Guamán Quinatoa Liliana Lisbeth Llumitaxi Sisa	Proyecto de Investigación	Proceso de atención nutricional: antropométrico y dietético en adultos mayores, Medicina Interna, Hospital Alfredo Noboa, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Janine Taco
12	Sisa Sarai Gaumbuguete Llumiguano Jenniffer Jhoana Guamán Mora	Proyecto de Investigación	Competencias laborales de los internos de enfermería: Impacto en la calidad asistencial y seguridad del paciente, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr. Norma Paredes
13	Guerrero Apunte Mélody Belén	Proyecto de Investigación	Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica.	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Dra. Mariela Gaibor

	Paredes Solis Mónica Esthefanía		Hospital Guayaquil, marzo-julio 2026				
14	Nataly del Carmen Jácome Rea Kerly Yuliana Moreta Tualombo	Proyecto de Investigación	Prácticas alimentarias interculturales y su relación con el estado nutricional en niños de 1 a 3 años, San Juan de Llullundongo, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud Infantil	Mgtr. Janine Taco	
15	Aguilar Lema Rocío Judith Curi Moreta Jessica Lizbeth	Proyecto de Investigación	Desarrollo de competencias de liderazgo y razonamiento clínico en el internado rotativo de enfermería UEB, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Dra. Mariela Galbor	
16	Kamilo Joel Jurado Morales Bianca Luisiana Barahona Solano	Proyecto de Investigación	Intervenciones de Enfermería para la prevención de infecciones por Klebsiella pneumoniae KPC, Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante, marzo -julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Salud Infantil	Mgtr. Lourdes Paucar	
17	Lara Págalo Daniela del Carmen Sánchez Pérez Tatiana Anabel,	Proyecto de Investigación	Calidad del agua de consumo de familias en situación de pobreza Cantón Guaranda, marzo-Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Janine Taco	
18	Carmen Lisbeth León Vacacela, Glenda Jahaira Medrano Lara,	Proyecto de Investigación	Plan de mejora para fortalecer los cuidados paliativos en el primer nivel de atención del centro de salud San Miguel, Marzo-Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Silvana López	
19	Cristina Yomayra Oleas Garcia Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay	Proyecto de Investigación	Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil, marzo-Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr. Morayma Remache	
20	Evelyn Jaqueline Quinche Ramírez Víctor Manuel Vargas Armijos	Proyecto de Investigación	Manejo de enfermería en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud, Hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Gladys Naranjo	

MODALIDAD ESTUDIOS DE CASO

Nº	Nombres y apellidos	Modalidad	Tema	Línea	Sublínea	Tutor
1	Katerine Mariel Andrade Barragán Iván Patricio Chacha Chacha	Estudio de Caso	Experiencias de internos rotativos de enfermería sobre la tutoría clínica, durante su práctica preprofesional, UEB, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Enf. María Olalla

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR | CONSEJO DIRECTIVO | FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

2	Guaylla Yépez José Fernando Sigcha Chiguano Dina Alexandra	Estudio de Caso	Experiencias del personal de Enfermería sobre el trabajo en equipo, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, marzo – julio 2026.	Salud y Bienestar Humano	Cuidados para la salud y la vida	Mgtr. Patricia Guerra
3	Angela Daniela Guevara Carrasco Keisy Landerine Luna Quintanilla	Estudio de Caso	Percepciones de los estudiantes de enfermería, sobre el aprendizaje de habilidades blandas a través de simulación clínica, UEB, marzo-julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Dra. Enf. Maria Olalla

Notificar a la Unidad de Titulación y a los docentes designados para el inicio inmediato de las tutorías correspondientes

Notifíquese. –

ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO Mgtr.
DECANO

Lo certifico. –

ABG. CRISTINA SANCHEZ NARANJO
SECRETARIA Ah-doc DE CONSEJO DIRECTIVO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DECANO

CR/CS

Anexo 2: Oficio de asignación de tutores.

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA
Unidad de Titulación

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 09 de abril de 2026
Oficio Nº 073-UT-CE-FCSSH

Doctora
Mariela Gaibor González
Profesora Investigadora
Presente

De mi consideración:

Con un cordial saludo, me permito informar que con fecha 06 de abril de 2026, siendo las 14.29 pm, se recibe la resolución Nro. FCSSH- RCD- 139-2026 del Consejo Directivo en sesión ordinaria (04) del 27 de abril de 2026, en la que resuelve:

Aprobar la distribución de los grupos de Titulación de la Carrera de Enfermería según: acta 011-UT-CEFCSSH, Punto 3, de la Comisión de Titulación con la asignación de Tutores según la modalidad, tema presentado, líneas de investigación. Período académico marzo-julio 2026, Modalidad Proyecto de Investigación.

Por lo expuesto se ha realizado la designación como Tutor de la investigación según el siguiente detalle:

Nombres y Apellidos	Tema Aprobado por consejo directivo	Modalidad de titulación	Tutora asignada
Guerrero Apunte Mélody Belén Paredes Solis Mónica Esthefania	Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Hospital Guayaquil, marzo-julio 2026	Proyecto de Investigación	Dra. Mariela Gaibor

Por lo que solicito muy respetuosamente se proceda con el acompañamiento y tutoría, según los tiempos establecidos, indico además que la fecha para la entrega final de los trabajos de investigación será el 19 de julio de 2026.

Atentamente

Dra. Enf. María Olalla García
Coordinadora Unidad de Titulación

Recibo Huda 9-04-2026

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 3: Autorización para el desarrollo y ejecución de la investigación.

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Hospital de Especialidades Guayaquil
"Dr. Abel Gilbert Pontón"

Oficio HAGP-UDI-2026-05- 022-A

Guayaquil, Mayo 15 de 2026

Estimadas:
Mélody Belén Guerrero Apunte
Mónica Esthefania Paredes Solis
Presente.

De mis consideraciones:

La presente tiene como finalidad notificarles que su tema de investigación, **[Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica.]**, ha sido formalmente autorizado por la Coordinación de Docencia e Investigación, para realizarse en esta unidad hospitalaria.

Particular que se comunica para fines pertinentes.

Agradezco de antemano su estricto apego a los lineamientos éticos y protocolos de esta institución.

Atentamente.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN
MSP
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dr. Roberto Cedeño German, Esp.
Coordinador Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil
"Dr. Abel Gilbert Pontón"

Anexo 4: Instrumento 1: Intervención educativa de enfermería

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS Y CUIDADO EN PACIENTES CON ERC

Objetivo: Describir las intervenciones educativas de enfermería actuales aplicadas durante la atención a pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionados con las actividades de cuidado y educación brindadas a pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Lea cada una y marque con una (X) la opción que mejor refleje la frecuencia con la que realiza cada actividad en su práctica profesional.

Se solicita responder con sinceridad y veracidad. La información proporcionada será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

No.	Indicador	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1	Control de signos vitales antes, durante y después de la diálisis.	X				
2	Vigilancia del estado clínico del paciente.	X				
3	Instrucción sobre dieta renal.	X				
4	Explicación del consumo de líquidos.		X			
5	Conocimiento del procedimiento de diálisis.	X				
6	Educación del cuidado de salud fuera del centro médico.	X				
7	Explicación de la importancia de cumplir el tratamiento.	X				
8	Educación sobre prevención de infecciones.	X				
9	Orientación sobre higiene personal.	X				
10	Educación sobre signos de alarma.	X				

¡Gracias por su participación!

Anexo 5: Instrumento 2: Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA)

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC): EVALUACIÓN DEL AUTOCUIDADO

Objetivo: Identificar las necesidades de autocuidado de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con el cuidado de su salud.

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una (X) la alternativa que mejor describa la frecuencia con la que realiza cada actividad relacionada con la enfermedad que usted padece.

Se solicita responder con sinceridad y honestidad. La información proporcionada será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

No.	Ítem	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	X				
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.		X			
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	X				
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	X				
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.		X			
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.			X		
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.		X			
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	X				
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	X				
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda			X		

UEB
UNIVERSIDAD
ESTATAL DE BOLIVAR

	mantener mi forma de ser.					
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el dia, pero no llego a hacerlo.		X			
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				X	
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.			X		
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	X				
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	X				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.			X		
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.		X			
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.		X			
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.			X		
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.			X		
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.		X			
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.			X		
23	Puedo sacar tiempo para mí.	X				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.		X			

¡Gracias por su participación!

Anexo 6: Consentimiento informado para pacientes

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO FINAL PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Encuesta a pacientes)

Usted ha sido invitado a participar en nuestro trabajo investigativo con el tema: **"Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Hospital Guayaquil, marzo – julio 2026"**, a cargo de las estudiantes de la carrera de Enfermería, Guerrero Apunte Mélody Belén con C.I. 0202417762, Paredes Solis Mónica Esthefania con C.I. 0202296950 y bajo la supervisión de la Tutora Dra. Mariela Gaibor docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

El objetivo principal de este trabajo es diseñar una intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período marzo-julio 2026 para el fortalecimiento del cuidado y atención integral del paciente

Si acepta participar en este estudio requerirá responder a todas las preguntas de la encuesta que se le va a aplicar.

Esta actividad se realizará de forma individual con un tiempo estimado para su aplicación de 45 minutos aproximadamente.

Su participación es enteramente voluntaria y podrá desertar de la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o justificación y sin que ello represente algún daño o consecuencia para usted.

La integridad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán fichados con códigos, sin que la identidad de los participantes sea solicitada en la encuesta a responder.

Los datos tomados serán interpretados en el marco del presente estudio, su presentación y propagación científica será realizada de forma que los usuarios no puedan ser individualizados. Sus datos estarán protegidos y resguardados en el Repositorio Digital de la Universidad Estatal de Bolívar.

UEB
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

Su participación en esta investigación no le reportará beneficios monetarios, sin embargo, los resultados del estudio contribuyen como un aporte al conocimiento de la sociedad en relación a la enfermedad renal crónica e intervenciones educativas de enfermería.

Para cualquier duda que se presente o si se quebrantan sus derechos puede comunicarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar.

Por medio del presente documento expreso haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del trabajo de investigación **"Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Hospital Guayaquil, marzo – julio 2026".**

Manifiesto mi interés de participar en este estudio de caso, expongo que recibí un duplicado firmado de este documento que ratifica lo actuado.

Apruebo participar en el presente estudio.

Nombre o Seudónimo: Gloria de los Lirios Pin Gonzales

Firma: Gloria Pin

Fecha: 04/06/2026

Anexo 7: Consentimiento informado para enfermeros/as

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO FINAL PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Encuesta a enfermeros/as)

Usted ha sido invitado a participar en nuestro trabajo investigativo con el tema: **"Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Hospital Guayaquil, marzo – julio 2026"**, a cargo de las estudiantes de la carrera de Enfermería, Guerrero Apunte Mélody Belén con C.I. 0202417762, Paredes Solis Mónica Esthefania con C.I. 0202296950 y bajo la supervisión de la Tutora Dra. Mariela Gaibor docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

El objetivo principal de este trabajo es diseñar una intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el período marzo-julio 2026 para el fortalecimiento del cuidado y atención integral del paciente

Si acepta participar en este estudio, se le solicitará responder a todas las preguntas de la encuesta dirigida al personal de enfermería del área de diálisis, relacionada con las intervenciones educativas que se brindan a los pacientes con enfermedad renal crónica.

Esta actividad se realizará de forma individual, con un tiempo estimado para su aplicación de 15 minutos aproximadamente.

Su participación es enteramente voluntaria y podrá desertar de la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o justificación y sin que ello represente algún daño o consecuencia para usted.

La integridad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán fichados con códigos, sin que la identidad de los participantes sea solicitada en la encuesta a responder.

Los datos tomados serán interpretados en el marco del presente estudio, su presentación y propagación científica será realizada de forma que los usuarios no puedan ser individualizados.

Sus datos estarán protegidos y resguardados en el Repositorio Digital de la Universidad Estatal de Bolívar.

Su participación en esta investigación no le reportará beneficios monetarios, sin embargo, los resultados del estudio contribuyen como un aporte al conocimiento de la sociedad en relación a la enfermedad renal crónica e intervenciones educativas de enfermería.

Para cualquier duda que se presente o si se quebrantan sus derechos puede comunicarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar.

Por medio del presente documento expreso haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del trabajo de investigación **"Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Hospital Guayaquil, marzo – julio 2026".**

Manifiesto mi interés de participar en este estudio de caso, expongo que recibí un duplicado firmado de este documento que ratifica lo actuado.

Apruebo participar en el presente estudio.

Nombre o Seudónimo:_____

Cargo / Función: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 8: Prueba piloto

Tabla 48
Resumen del procesamiento de los casos

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos[a]	0	,0
	Total	20	100,0
a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.			

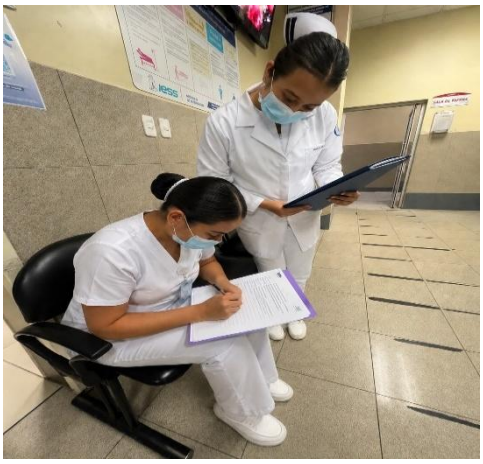
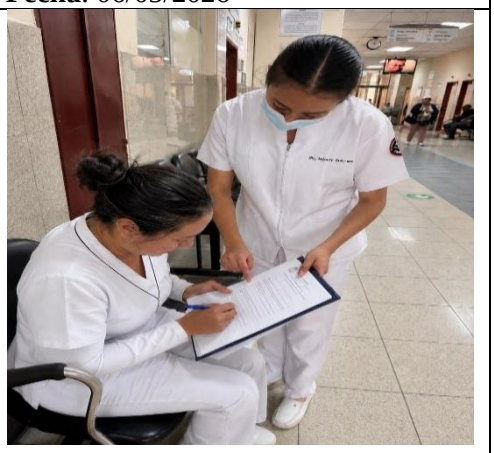
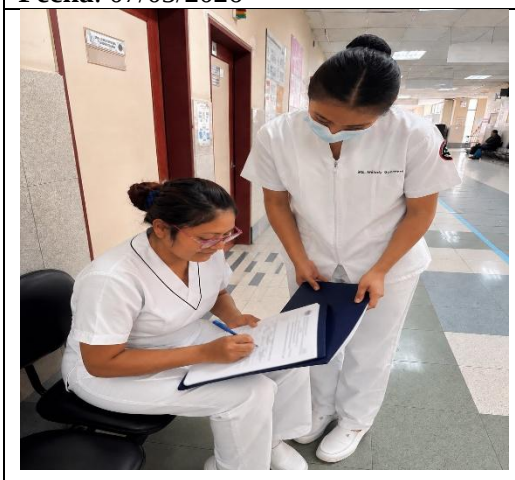
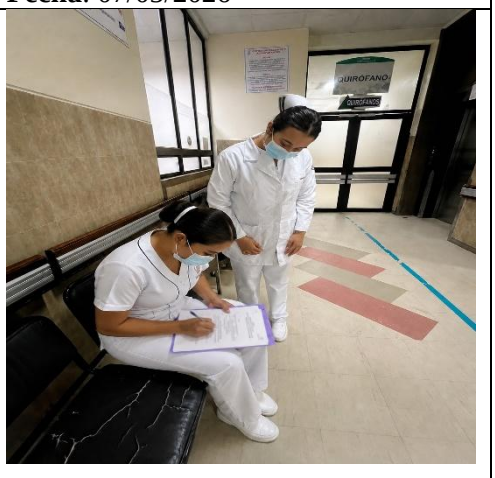
Tabla 49
Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,891	0,891	10

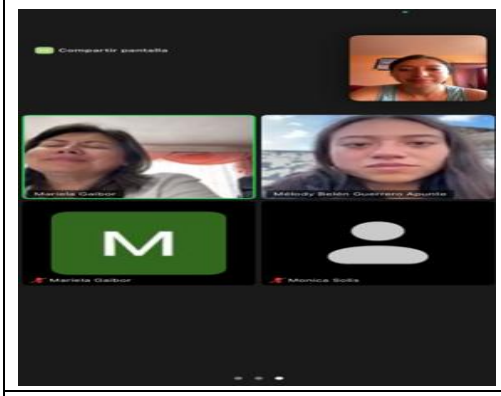
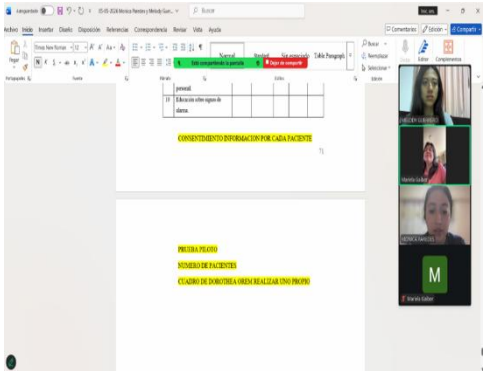
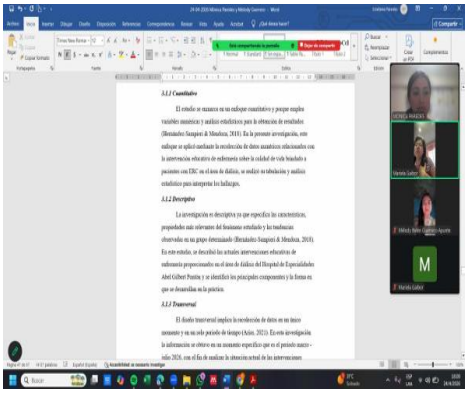
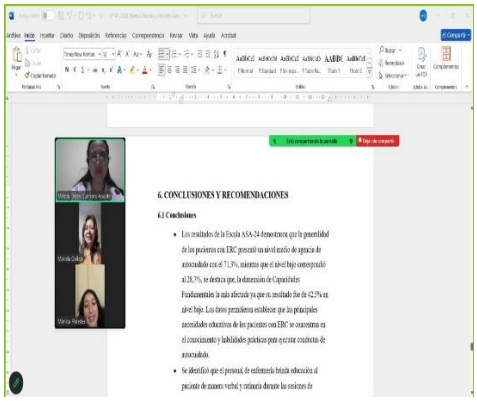
Tabla 50
Estadísticos de la escala

Estadísticos de la escala			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
14,55	19,208	4,383	10

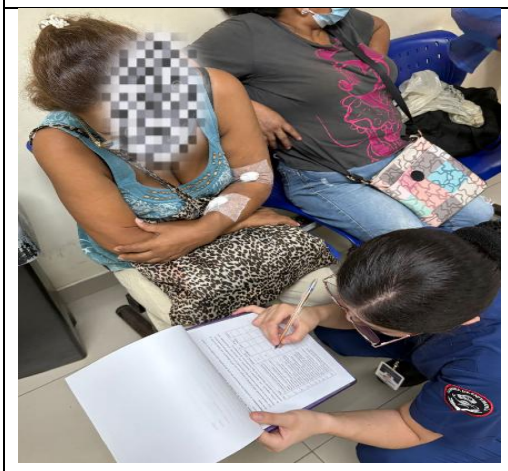
Anexo 9: Registro fotográfico de la aplicación de la prueba piloto para validación del instrumento en el Hospital General Riobamba

	
Actividad: Realización de la prueba piloto. **Fecha**: 06/05/2026	**Actividad**: Realización de la prueba piloto. **Fecha**: 06/05/2026
	
Actividad: Realización de la prueba piloto. **Fecha**: 07/05/2026	**Actividad**: Realización de la prueba piloto. **Fecha**: 07/05/2026
	
Actividad: Realización de la prueba piloto. **Fecha**: 07/05/2026	**Actividad**: Realización de la prueba piloto. **Fecha**: 08/05/2026

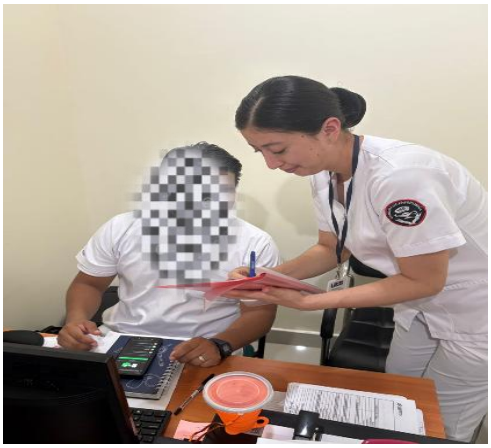
Anexo 10: Registro fotográfico de las tutorías a cargo de la Dra. Mariela Gaibor

	
Actividad: Tutorías del proyecto de investigación. **Fecha**: 10/04/2026	**Actividad**: Tutorías del proyecto de investigación. **Fecha**: 24/04/2026
	
Actividad: Tutorías del proyecto de investigación. **Fecha**: 15/05/2023	**Actividad**: Tutorías del proyecto de investigación. **Fecha**: 22/05/2026
	
Actividad: Tutorías del proyecto de investigación. **Fecha**: 03/07/2026	**Actividad**: Tutorías del proyecto de investigación. **Fecha**: 13/07/2026

Anexo 11: Registro fotográfico de la aplicación del instrumento ASA-24 a pacientes en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

	
Actividad: Aplicación del Instrumento. **Fecha**: 04/06/2026	**Actividad**: Aplicación del Instrumento. **Fecha**: 05/06/2026
	
Actividad: Aplicación del Instrumento. **Fecha**: 11/06/2026	**Actividad**: Aplicación del Instrumento. **Fecha**: 12/06/2026
	
Actividad: Aplicación del Instrumento. **Fecha**: 18/06/2026	**Actividad**: Aplicación del Instrumento. **Fecha**: 19/06/2026

Anexo 12: Registro fotográfico de la aplicación del instrumento al personal de enfermería en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

	
Actividad: Aplicación del Instrumento al personal de Enfermería. **Fecha**: 04/06/2026	**Actividad:** Aplicación del Instrumento al personal de Enfermería. **Fecha**: 04/06/2026
	
Actividad: Aplicación del Instrumento al personal de Enfermería. **Fecha**: 11/06/2026	**Actividad**: Aplicación del Instrumento al personal de Enfermería. **Fecha**: 11/06/2026
	
Actividad: Aplicación del Instrumento al personal de Enfermería. **Fecha**: 18/06/2026	**Actividad**: Aplicación del Instrumento al personal de Enfermería. **Fecha**: 18/06/2026

Anexo 13: Registro fotográfico de la ejecución de la intervención educativa en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

	
Actividad: Ejecución de la propuesta educativa. **Fecha**: 02/07/2026	**Actividad**: Ejecución de la propuesta educativa. **Fecha**: 02/07/2026
	
Actividad: Ejecución de la propuesta educativa. **Fecha**: 02/07/2026	**Actividad**: Ejecución de la propuesta educativa. **Fecha**: 02/07/2026
	
Actividad: Ejecución de la propuesta educativa. **Fecha**: 02/07/2026	**Actividad**: Ejecución de la propuesta educativa. **Fecha**: 02/07/2026

Anexo 14: Constancia de Aplicación de la Propuesta a los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

Carrera de Enfermería

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DE LA PROPUESTA A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema de investigación: ***Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Hospital Guayaquil, marzo-julio 2026.***

Área o servicio: Nefrología / Área de Diálisis

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CÉDULA	FIRMA
1	Gala Solis Soria	098466791-9	
2	María Mina Mercado	0929394059	
3	Esther Suarez	0936221824	
4	Francisca Sanchez	0991944239	
5	Cristhian Josue Roman	0919493610	
6	Carlos Mieles Varon	0920056626	
7	Margarita Medina Pincay	0940542602	
8	Marina Reinafel	0936491620	
9	Antonio Morales Sanchez	0929109036	
10	María Bernardes	0936421209	
11	María Gabriela Toala	0918232318	
12	Manuel Rodrigues Vilhamar	0993441390	
13	Richard Cárdenas	0933427277	
14	Wilmer Bravo	0945241708	
15	Abel Intriago	0981467288	

Anexo 15: Constancia de la Aplicación de la Encuesta a Profesionales de Enfermería

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

Carrera de Enfermería

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema de investigación: ***Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Hospital Guayaquil, marzo-julio 2026.***

Área o servicio: Nefrología / Área de Diálisis

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CÉDULA	FIRMA
1	Jonathan Parrales	0967788901	
2	Dana Pinargote	0943938700	
3	Rafa Cardenas	0910327675	
4	Génesis Andrade	0947753201	
5	Alejandra Alcivar	0972563412	
6	Belén Mendoza	0910328540	
7	Liliana Almada	0998103254	
8	Paola Mendoza.	0965870921	
9	Alexander Loor	0956987040	
10	José Cedeño	0912563408	
11	Wendy Parrales	0901234567	
12	Fernanda Zambrano	0918765432	
13	Miguel Delgado	0971452310	
14	Xaver Macías	0975223104	
15	Daniela Rodriguez	0980721402	

Anexo 16: Acta de entrega y socialización de la Intervención Educativa para el fortalecimiento de la calidad de vida de pacientes con ERC del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Guayaquil, 02 de julio 2026

Universidad Estatal de Bolívar
Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano
Carrera de Enfermería

ACTA DE SOCIALIZACIÓN Y ENTREGA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA Y MATERIAL EDUCATIVO AL PERSONAL DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS

En el Hospital de Especialidades "Dr. Abel Gilbert Pontón", se llevó a cabo la socialización y entrega de la intervención educativa de enfermería y del material educativo desarrollado para fortalecer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en terapia de diálisis, como parte del proyecto de investigación titulado **"Intervención educativa de enfermería sobre la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. Hospital Guayaquil, marzo-julio 2026".**

La actividad contó con la participación del personal de enfermería de la Unidad de Diálisis y fue liderada por las estudiantes Mélody Guerrero y Mónica Paredes, quienes presentaron los contenidos educativos y materiales elaborados para la intervención dirigida a los pacientes con enfermedad renal crónica.

Durante la socialización se dio a conocer al personal de la unidad el contenido de la intervención educativa implementada con los pacientes, abordando los temas relacionados con el autocuidado en la enfermedad renal crónica, el control del equilibrio hídrico y electrolítico, la adherencia al tratamiento, el cuidado del acceso vascular y la prevención de infecciones, así como la alimentación saludable y el reconocimiento oportuno de signos de alarma. Asimismo, se explicaron las estrategias educativas empleadas, tanto presenciales mediante sesiones participativas como digitales a través de un video educativo en la plataforma TikTok.

De igual manera, se realizó la entrega y explicación del material educativo diseñado para apoyar el proceso de aprendizaje de los pacientes, conformado por un tríptico educativo, infografías educativas y un video informativo.

Al finalizar la actividad, el personal de enfermería manifestó conocer los contenidos y materiales educativos desarrollados, comprometiéndose a difundir la información y fortalecer la educación continua brindada a los pacientes con enfermedad renal crónica durante su permanencia en la Unidad de Diálisis. Para constancia de lo actuado, firman los presentes:

Socializadoras

Mélody Belén
Guerrero Apunte

Mónica Esthefania
Paredes Solis

Personal responsable

Anexo 17: Evidencias del código QR y video educativo

Código QR de material de la intervención educativa: Educación para el autocuidado en ERC
Código QR Video Educativo de Enfermería

Anexo 18: Estadísticas de Visualizaciones del Video Educativo en la Plataforma de Tik Tok

