



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TEMA

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS
CON INSUFICIENCIA RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAI.
GUAYAQUIL 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTOR

LAÍNEZ BELTRÁN WILMER GUSTAVO

TUTORA

LIC. ELENA PÉREZ PONS, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2022/1

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS**

Lic. Milton Marcos González Santos,
Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA
SALUD**



Firmado electrónicamente por:
**NANCY MARGARITA
DOMINGUEZ
RODRIGUEZ**

Lic. Nancy Domínguez Rodríguez,
MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Firmado electrónicamente por:
**ANABEL
SARDUY**

Lic. Anabel Sarduy Lugo, MSc
DOCENTE DE ÁREA



Firmado electrónicamente por:
ELENA PEREZ PONS

Lic. Elena Pérez Pons, MSc
TUTORA



Firmado electrónicamente por:
**VICTOR MANUEL
CORONEL ORTIZ**

Ab. Víctor Coronel Ortiz, MSc
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de tutora del proyecto de investigación: AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAÍ. GUAYAQUIL 2022, elaborado por el señor LAÍNEZ BELTRÁN WILMER GUSTAVO, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

ELENA PEREZ PONS

Lic. Elena Pérez Pons, MSc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre, Sr. Jorge Láinez Merchán, quien con amor y cariño me enseñó la importancia del respeto y la responsabilidad, virtudes que me ayudaron a sobrellevar cualquier situación a lo largo de mi carrera universitaria, a mi madre, Sra. María Beltrán Malavé, quien con su amor y cuidado se mantiene siempre a mi lado, apoyándome en cada momento de mi vida, por ser ejemplo de fortaleza y lucha constante, a mis hermanos y hermanas, por su apoyo incondicional, por enseñarme la importancia del trabajo honesto e íntegro, por nunca dejarme solo y recibirme siempre con las puertas abiertas.

Dedico este trabajo a mi familia por ser mi soporte y motivación principal en la vida, por mantenerse siempre a mi lado, por sus consejos y por todo su amor.

Láinez Beltrán Wilmer Gustavo

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por brindarme salud y vida hasta el día de hoy, por darme la fortaleza necesaria para poder culminar mi carrera universitaria, a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, a mis docentes que supieron guiarme y transmitirme confianza para aprender y poder desenvolverme en el ámbito laboral.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, por abrirme las puertas de su institución y forjar en mí los conocimientos necesarios en el ámbito profesional.

A mi mejor amiga y compañera Jennifer, por su amor y paciencia, por ser guía y ejemplo de lucha, y por nunca dejarme solo, por mantener siempre la confianza en todo lo que realizo y estar en cada momento de mi vida.

A mis ángeles Jorge, Patricia, Ubaldo y Joffre a quienes extraño mucho, por aún estar presentes en mi corazón y seguir siendo mi principal fuente de motivación.

Laínez Beltrán Wilmer Gustavo

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Firmado electrónicamente por:

**WILMER GUSTAVO
LAINEZ BELTRAN**

Láinez Beltrán Wilmer Gustavo

C.I 2400283772

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DE TUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. El Problema	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación del problema	4
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Justificación	5
CAPÍTULO II	6
2. Marco teórico	6
2.1 Fundamentación referencial	6
2.2 Fundamentación teórica	8
2.3 Fundamentación legal	21
2.4 Formulación de la hipótesis	23
2.5 Identificación y clasificación de variables	23
2.6 Operacionalización de variables	24
CAPÍTULO III	26
3. Diseño Metodológico	26
3.1 Tipo de investigación	26
3.2 Métodos de investigación	26
3.3 Población y muestra	26
3.4 Tipo de muestreo	27
3.5 Técnicas de recolección de datos	27
3.6 Instrumentos de recolección de datos	28
3.7 Aspectos éticos	28
CAPÍTULO IV	29
4. Presentación de resultados	29
4.1 Análisis e interpretación de resultados	29
4.2 Comprobación de hipótesis	34
5. Conclusiones	35
6. Recomendaciones	36
7. Referencias bibliográficas	37
8. Anexos	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Procesos que intervienen en la producción de orina	10
Tabla 2. Causas de la insuficiencia renal de origen intrínseco o parenquimatoso	12
Tabla 3. Manifestaciones clínicas de acuerdo a su etiología	13
Tabla 4. Criterios diagnósticos de la lesión renal aguda	13
Tabla 5. Tratamiento de la IRA	15
Tabla 6. Estadios de la IRC	16
Tabla 7. Etiología de la Insuficiencia Renal Crónica	17
Tabla 8. Aspectos importantes en el diagnóstico de la ERC	18
Tabla 9. Fármacos usados en el tratamiento de la IRC.....	19
Tabla 10. Cuidados de enfermería en pacientes con IRC	20
Tabla 11. Matriz de operacionalización de variable independiente	24
Tabla 12. Matriz de operacionalización de variable dependiente	25
Tabla 13. Significado de indicadores de la fórmula	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Datos Sociodemográficos: Sexo y Edad	29
Gráfico 2. Clasificación según el índice de masa corporal (IMC)	30
Gráfico 3. Antecedentes patológicos asociados a la insuficiencia renal	31
Gráfico 4. Actividades de autocuidado.....	32
Gráfico 5. Nivel de capacidad de agencia de autocuidado	33
Gráfico 6. Otras actividades de autocuidado	41

RESUMEN

La presente investigación se enfoca en evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal en el hospital general Monte Sinaí, esto debido a la existencia de un índice elevado de usuarios con complicaciones vinculadas a esta patología, asociadas a hábitos personales deficientes como, mala alimentación, sedentarismo, aseo corporal inadecuado, bajo nivel de conocimiento sobre la patología y un alto grado de dependencia en estadios avanzados de enfermedad renal, por lo tanto, se pretende determinar la capacidad del individuo para administrarse el autocuidado, esto mediante un estudio cuantitativo de corte trasversal, realizado a 60 pacientes con edades superiores a 40 años de edad, a quienes se les aplicó la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado y la revisión del historial clínico mediante el acceso a la base de datos de dicha unidad. Los principales resultados evidenciaron que del total de la población estudiada un 57% eran de sexo masculino y un 43% de sexo femenino, así también, se constató la presencia de otros diagnósticos padecidos por los individuos como, diabetes mellitus 35%, hipertensión arterial 45% y, por último, insuficiencia cardíaca 13%, por otro lado, un total del 67% de la población refleja una capacidad de agencia de autocuidado baja, por tanto, se concluye que el déficit de autocuidado se asocia al desarrollo de factores de riesgo que intervienen en el desarrollo progresivo de la insuficiencia renal aguda o crónica.

Palabras clave: Agencia de autocuidado; hábitos saludables; insuficiencia renal.

ABSTRACT

The present investigation focuses on evaluating the capacity of self-care agency in patients with kidney failure at the Monte Sinaí General Hospital, due to the existence of a high rate of users with complications related to this pathology, associated with poor personal habits such as, poor diet, sedentary lifestyle, inadequate body hygiene, low level of knowledge about the pathology and a high degree of dependence in advanced stages of kidney disease, therefore, it is intended to determine the individual's ability to manage self-care, this through a quantitative study cross-sectional study, carried out on 60 patients over 40 years of age, to whom the Self-Care Agency Appreciation Scale was applied and the clinical history was reviewed through access to the database of said unit. The main results showed that of the total population studied, 57% were male and 43% female, as well as the presence of other diagnoses suffered by individuals such as diabetes mellitus 35%, arterial hypertension 45 % and, finally, heart failure 13%, on the other hand, a total of 67% of the population reflects a low self-care agency capacity, therefore, it is concluded that the self-care deficit is associated with the development of risk factors involved in the progressive development of acute or chronic renal failure.

Keywords: Self-care agency; healthy habits; kidney disease.

INTRODUCCIÓN

La capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal representa un factor clave en la prevención de complicaciones de esta enfermedad, misma que es considerada como un grave problema de salud pública en el país, por sus elevados índices de morbi-mortalidad y lo costoso de su tratamiento, en el Hospital General Monte Sinaí, solo en el año 2020, se realizaron alrededor de 5,000 hemodiálisis en personas con insuficiencia renal crónica, esto sin contar los múltiples ingresos hospitalarios de usuarios con complicaciones asociadas a esta patología u otras enfermedades subyacentes.

La práctica de autocuidado es de vital importancia en el retardo del desarrollo de esta patología, ya que los principales objetivos del tratamiento, se centran en disminuir la progresión de la enfermedad y controlar los factores de riesgo que puedan agravar el cuadro clínico del individuo, a través del manejo de factores modificables como la restricción del consumo excesivo de alcohol, mantenimiento de hábitos dietéticos saludables, el control de un índice de masa corporal (IMC) de acuerdo a los valores óptimos referenciales, esto mediante la práctica de ejercicio físico diario, la asistencia oportuna a valoración médica y un cumplimiento responsable del tratamiento prescrito, así también, se incluyen los cuidados autónomos que los pacientes en proceso de diálisis le dan a los accesos vasculares, mismos que pueden ser causa de múltiples procesos infecciosos, estenosis u obstrucción del catéter venoso central.

En este sentido, el estudio realizado se centra en fomentar la promoción de salud y realizar un análisis individualizado que permita establecer pautas para el cuidado del paciente con insuficiencia renal, de acuerdo a sus deficiencias en la realización de autocuidado, de esta manera, el presente trabajo de investigación se enfoca en determinar cuál es la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí, determinando así las principales causas que provocan la existencia de un déficit de autocuidado.

De esta manera, la evaluación del estilo de vida del paciente con insuficiencia renal, permite detallar cuáles son sus principales falencias relacionadas con el autocuidado y a su vez, valorar su predisposición a realizar cambios que mejoren su calidad de vida, mediante la adquisición de conocimientos que le faciliten implementar y establecer prácticas saludables, con el fin de recuperar su salud o manejar adecuadamente su enfermedad.

CAPÍTULO I

1. El Problema

1.1 Planteamiento del problema

La insuficiencia renal (IR) “se caracteriza por la disminución abrupta de la filtración glomerular, la cual resulta por la incapacidad del riñón para excretar los productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos” (Díaz et al, 2017), del mismo modo, la insuficiencia renal crónica (IRC), se entiende como “la presencia de alteraciones en la estructura o la función renal durante al menos tres meses con implicaciones para la salud.” (Osuna, 2016, p.7).

Por otra parte, se define a la agencia de autocuidado como aquello que, “permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben ser controlados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, así como la capacidad para decidir lo que puede y debería hacer por su salud y bienestar” (Morales y Flórez, 2016), por lo tanto, el déficit del mismo se asocia con el desarrollo de complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como la insuficiencia renal, ya que esta patología requiere la instauración de cambios en el estilo de vida del individuo.

Según la Sociedad Internacional del Riñón (ISN) y la Federación Internacional de Fundaciones Renales (IFKF), por sus siglas en inglés, se estima que aproximadamente 850 millones de personas en el mundo sufren de enfermedad renal, y a su vez esta es una importante causa de muerte prematura por falta de acceso a tratamientos oportunos con 2.4 millones de muertes anuales. (ISN/IFKF, 2019), así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan que “la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial” (OPS/OMS, 2015).

Por otra parte, Cockwell y Fisher (2020), afirman que solo en 2017 hubo aproximadamente 700 millones de pacientes con insuficiencia renal crónica, lo cual se traduce a una incidencia del 9,1%, a su vez, se visibilizó un aumento del 60% en defunciones asociadas a la IRC (p. 662), así también, “en América Latina central y andina, la ERC fue, respectivamente, la segunda y quinta causa de muerte clasificada en 2017.” (Cockwell y Fisher, 2020, p. 663).

Mientras tanto, se considera que “Latinoamérica tiene la tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica (ERC) más alta de todo el mundo” (Cueto, 2019), según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), “la prevalencia de la enfermedad

renal en América latina es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento del 10% anual.” (MSP, 2015), así también, “en los países desarrollados, las enfermedades renales son una de las patologías más frecuentes. En Ecuador es la cuarta causa de mortalidad general y una de las más costosas.” (Heredía, 2019).

Veletanga (2016), menciona que, “En Ecuador existen cerca de 10.000 personas que padecen insuficiencia renal”, a su vez, Coello (2019) describe a esta enfermedad como un grave problema de salud en el país, ya que al menos 15.000 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) requieren diálisis. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2021), en el período del 2019 al 2020 se reportaron al menos 869 muertes por enfermedad renal crónica en el país. (p. 23).

La enfermedad renal es considerada un importante problema de salud en Ecuador, y se encuentra ligada a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes e hipertensión, mismas que a su vez, poseen altos índices de morbi-mortalidad en el país, por lo tanto, es de especial importancia una detección temprana y tratamiento oportuno que garantice el control o retardo de la aparición de complicaciones propias de esta enfermedad.

En este sentido, “en el 2017 se registraron 20.182 egresos en el sistema de salud de pacientes con daños en los riñones; 10.229 fueron por insuficiencia renal” (Heredía, 2019), concretamente, el Hospital General Monte Sinaí, recibe a diario pacientes con complicaciones propias de esta enfermedad, en áreas como medicina interna, centro de diálisis y emergencia, según la base de datos de esta unidad de salud, solo en el año 2020 se realizaron 5268 diálisis en pacientes con IRC, dicho esto, es importante mencionar que la IR es una enfermedad progresiva, es decir, que su agravamiento se vincula directamente con el modo en que el individuo maneje su patología.

Del mismo modo, mediante las prácticas pre-profesionales realizadas en la institución, se pudo evidenciar la presencia de un déficit de autocuidado en estas personas, ya que la mayoría no sigue un régimen terapéutico acorde a su padecimiento, sea este la insuficiencia renal como tal, o una enfermedad subyacente como la diabetes o hipertensión, se añaden también, la higiene y cuidado de los accesos vasculares para diálisis, los malos hábitos nutricionales, al poseer un alto consumo de alimentos ricos en grasas, e ingerir bebidas alcohólicas incluso antes de dializarse, estas acciones se convierten entonces, en el principal motivo de internación en dichos pacientes afectando su calidad de vida y empeorando su condición de salud.

1.2 *Formulación del problema*

¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí, Guayaquil 2022?

2. *Objetivos*

2.1 *Objetivo general*

Determinar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí. Guayaquil 2022

2.2 *Objetivos específicos*

- Determinar las causas del déficit de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal.
- Evaluar el estilo de vida en pacientes con insuficiencia renal.

3. Justificación

La insuficiencia renal es una enfermedad progresiva que generalmente ocurre por la degradación abrupta de la nefrona en los riñones la cual impide que los productos nitrogenados o de desechos puedan eliminarse por completo del sistema circulatorio, causando daño a los órganos de una persona agravando su condición de salud y predisponiéndola a diversas complicaciones que podrían en el mayor de los casos provocarle la muerte.

El presente trabajo de investigación está centrado en evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal que acuden a los servicios del Hospital General Monte Sinaí, un considerable número de personas propias de esta patología en la mayoría de ocasiones el motivo de internación hospitalaria, es relacionada a una complicación de su estado de salud vinculada al déficit de autocuidado, por lo cual es muy necesario que los profesionales de salud determinen estrategias que permitan a estas personas generar una expectativa de autocuidado para mejorar su calidad de vida después de su estancia hospitalaria.

A través una evaluación observacional y un estudio detallado en las áreas de emergencias, hospitalización clínica y unidad de diálisis se pretende identificar, como el déficit de autocuidado influye en las complicaciones de la enfermedad renal teniendo en cuenta que esta es una enfermedad progresiva que a pesar de no ser curada puede ser tratada y controlada, se pretende que los profesionales de la salud brinden conocimientos a los pacientes explicando como un cambio en las conductas y hábitos de vida pueden evitar las complicaciones que son propias de su enfermedad.

También es de mucha importancia mencionar que la insuficiencia renal es considerada la cuarta causa de muerte a nivel nacional y al mismo tiempo una de las más costosas debido a los implementos utilizados en el tratamiento y al mismo tiempo teniendo en cuenta la frecuencia con la que los pacientes deban realizarse estos tratamientos, lo cual implica un mayor uso de los insumos dados por el estado y que se podría evitar con el adecuado cuidado que las personas se brindan en beneficio de su propia salud.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 *Fundamentación referencial*

El autocuidado en pacientes con insuficiencia renal radica en alterar aquellos factores modificables que representan riesgos asociados a su patología, como se mencionó anteriormente la IR es una enfermedad que guarda estrecha relación con el estilo de vida de las personas que la padecen, por ello, es necesario evaluar la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal, prestando especial importancia a sus prácticas habituales de salud.

De esta manera, Costa et al. (2016), un estudio descriptivo de corte transversal, buscaba evaluar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica que mantenían un tratamiento en un centro de hemodiálisis en el municipio de Cajazeiras, Alto Sertão da Paraíba, con 39 personas participantes de la investigación, se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el WHOQOL-BREF, a través de esto, se obtuvieron los siguientes resultados, en relación al género y edad, el grupo predominante fue el masculino con un 54% y mujeres un 46%, con un rango de edad superior comprendido entre los 31 años en adelante con un 89,75%. (p.63). En relación a la calidad de vida de las personas con IRC, se demostró que, “las limitaciones físicas ocasionadas por la enfermedad, así como las condiciones ambientales en que viven, son los factores más agravantes para la calidad de vida de los pacientes con IRC detectadas por este estudio.” (Costa et al., 2016, p. 66).

Mediante la investigación Costa et al. (2016) se identificó al dominio físico como el más afectado, con un 59,44, seguido del dominio psicológico y ambiental, mismos que obtuvieron una media de 64,96, a su vez se establece al dominio social como el más preservado con una media de 72,87. De tal manera se concluye que, el tratamiento de hemodiálisis en pacientes con IRC en el lugar de estudio genera enormes dificultades en el ámbito físico y psicológico, ya que disminuye enormemente su estado de independencia, al generar molestias en la realización de las actividades cotidianas de cada individuo. (p. 65-66).

Por otra parte, un estudio descriptivo trasversal realizado por Samaniego et al. (2018) en Ciudad Juárez, Chihuahua, México buscaba determinar el nivel de autocuidado que existe en pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis, para ello se utilizó a una muestra de 50 pacientes con al menos 3 meses de tratamiento, a quienes se les aplicó la

Escala Valoración de Agencia de Autocuidado, la cual está conformada por 5 categorías, mismas que evalúan interacción social, interacción personal, actividad y reposo, consumo de alimentos y promoción del funcionamiento y desarrollo personal. (p. 18-19).

De esta forma se obtuvieron los siguientes resultados, Samaniego et al. (2018), un 44% de la muestra estudiada eran mujeres y un 56% eran hombres, en cuestión a la interacción social relacionada con el mantenimiento del autocuidado se demostró que un 68% tiene una capacidad de autocuidado media, un 26% tiene una capacidad alta y un 6% mantiene una capacidad de autocuidado baja, por otra parte, en cuanto a la interacción personal, misma que evalúa aspectos relacionados con el conocimiento que tiene el usuario respecto a su enfermedad, así como ciertas prácticas personales de autocuidado, se obtuvo que, un 52% mantiene una capacidad de autocuidado media, un 12% alta y un 36% una baja. (p. 19).

A su vez, Samaniego et al. (2018), el apartado actividad y reposo se demostró que un 90% de los encuestados mantiene una capacidad de autocuidado baja, con respecto a aquellas actividades relacionadas con el descanso y la realización de ejercicio, por otro lado, con relación al consumo de alimentos se concretó que un 60% de los encuestados están dispuestos a realizar cambios en su dieta en beneficio de su salud. Por último, un 54% de la población manifestó mantener una capacidad de autocuidado media en cuanto a la realización de actividades emocionales y físicas que mejoren su estado de salud. (p. 19).

En el año 2017, Cantillo y Blanco, realizaron un estudio descriptivo con un enfoque transversal en 111 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis en la unidad renal de Florencia en Colombia, el objetivo de la presentación se centraba determinar la capacidad de autocuidado de las personas con insuficiencia renal crónica y su nexos con las características sociodemográficas y clínicas. (p. 330).

En cuanto a la edad, Cantillo y Blanco (2017), obtuvieron que, el 49,5% tenían 60 años o más, con respecto a la clínica del paciente se detalló que poseían una buena percepción de su propia salud, no poseían antecedentes de importancia, y mantenían un tratamiento de hemodiálisis de dos años o más, por otra parte, con relación a la capacidad de agencia de autocuidado se entiende que, de manera global la mayoría de la población encuestada mantiene una capacidad de agencia de autocuidado alta, con un 80,2% y media con un 19,8% esto bajo el puntaje obtenido mediante la aplicación del instrumento Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso. Otro aspecto

importante fue la relación entre la edad y la capacidad de agencia autocuidado, ya que se demostró que a mayor edad menor capacidad de administrarse cuidados. (p. 332).

En Ecuador, una investigación de carácter descriptivo-analítico, no experimental realizada por Lucas et al. (2021), pretendía analizar el nivel de autocuidado y la calidad de vida de pacientes con IR en tratamiento de hemodiálisis, en 50 individuos en la clínica Trasdial en Manabí, mediante la aplicación de una encuesta dirigida a evaluar los factores biopsicosociales de los usuarios, de tal manera, se obtuvo que, un 64% de la población encuestada era género masculino y un 36% femenina, en relación a la edad, un 50% tenían una edad comprendida entre los 45 a 54 años, un 12% entre los 55 a 63 años y un 38% entre los 64 años en adelante, así también, un 44% se mantenía en tratamiento de hemodiálisis hace más de dos años, con una frecuencia de dos veces por semana 54%. (p. 614).

De manera general Lucas et al. (2021), se identificó que un 44% de la población percibe una grave afectación en todos los ámbitos, ya que esta patología afecta de manera directa su estilo y calidad de vida, un 38% manifiesta presentar repercusiones a nivel psicológico y emocional y un 14% a nivel físico, de esta manera tan solo un 4% declara mantener un autocuidado independiente referente a su enfermedad. (p. 614).

2.2 Fundamentación teórica

2.2.1 Sistema urinario

El sistema renal está constituido de manera general por uréteres, vejiga, uretra y riñones, mismos que cumplen con “funciones endocrinas, regulación de la presión arterial y la hemodinámica intraglomerular, transporte de solutos y agua, equilibrio ácido-base y eliminación de metabolitos de fármacos.” (George y Neilson, 2018). A su vez, “intervienen en el metabolismo del calcio, en particular en la absorción del mismo, mediante la conversión de un precursor de la vitamina D.” (Yaber et al., 2015, p. 28).

- **Los Riñones**

“Los riñones son órganos pares, de forma lenticular, cuyo borde lateral es convexo y el medial cóncavo. El riñón está rodeado por una cápsula fibrosa y situado dentro de la masa de tejido adiposo.” (Cesolari et al., 2015, p. 40).

Según Tyler (2018), el riñón está constituido de tres partes: corteza renal, médula renal y pelvis renal. (p. 341), “la corteza renal es la parte más externa del riñón. Se localiza entre la cápsula renal y la médula renal. Contiene mecanismos que filtran la sangre (corpúsculos y tubos renales), conductos de recolección y una gran red vascular.” (Tyler, 2018, p. 342).

Del mismo modo, se define a la médula renal como:

Es la parte interna del riñón. Está compuesta por porciones de tejido en forma de cono que se denominan *pirámides renales (medulares)*. Cada riñón contiene de 8-10 pirámides renales (cuñas que se forman de haces paralelos de túbulos y capilares). Un túbulo mayor, el asa de Henle, se extiende desde la corteza renal hasta la médula renal. (Tyler, 2018, p. 342).

Así también, la pelvis renal es considerada como:

Un tubo en forma de embudo cuyas ramificaciones se llaman *cálices (cáliz, en singular)*. Los cálices menores se unen para formar dos o tres cálices mayores. Los cálices mayores son contenedores en forma de vaso que recolectan orina desde la paila de cada pirámide renal y drenan en la pelvis renal, la cual trasporte la orina al uréter. (Tyler, 2018, p. 342).

“La unidad funcional del riñón es el túbulo urinífero y está compuesto por una larga porción contorneada que se denomina nefrón y un sistema de conductos colectores intrarrenales.” (Cesolari et al., 2015, p. 40).

El nefrón o nefrona, “está integrado por varias regiones histológicamente distintas caracterizadas por células de formas complicadas y que se presentan numerosas prolongaciones laterales interdigitadas.” (Cesolari et al., 2015, p. 40). Para, Tyler (2018) sus principales funciones son la filtración de líquidos y la reabsorción y secreción de iones para mantener un correcto equilibrio electrolítico. (p. 343).

La nefrona está compuesta por un corpúsculo y un túbulo renal.

– Corpúsculo renal

Un conglomerado de capilares fenestrados (porosos) denominado glomérulo. El glomérulo se encuentra dentro de un conducto recolector, la cápsula glomerular o de Bowman. La capsula de Bowman también se continua con el túbulo renal. En este sitio, la sangre que entra al riñón desde las arterias se convierte en un líquido de proteínas y células. Los túbulos renales son el lugar donde el cuerpo recaptura de manera selectiva las sustancias que necesita reabsorber. Se logran reabsorber cerca del 99% de estas sustancias. Cualquier cosa que no se reabsorba se convierte en orina. (Tyler, 2018, p. 345-346).

– Túbulo renal

Cada túbulo se divide en tres partes: túbulo contorneado proximal, asa de Henle y túbulo contorneado distal, de manera general, “los glomérulos y los túbulos distales de la nefrona se ubican en la corteza renal. Las sustancias que se han filtrado viajan por toda

la longitud de los túbulos, desde la porción proximal hasta a la distal” (Tyler, 2018, p. 346-347).

– Túbulo colector

El túbulo colector es el encargado de recibir los líquidos que ya han pasado por un proceso de filtración, estos están conformados por dos tipos de células, “*células principales y células intercaladas*. Las células principales mantienen la concentración de agua y sodio, mientras que las intercaladas mantienen el equilibrio ácido base.” (Tyler, 2018, p. 347).

Según Mezquita et al (2019), existen diferentes dos tipos de nefronas las cuales son clasificadas según su ubicación en la corteza del riñón: las nefronas superficiales, ubicadas en la superficie renal y las nefronas yuxtamedulares ubicadas en la interfase corteza-médula, ambas ingresan la parte interna y externa de la médula mediante el asa de Henle. (p. 182).

Tabla 1.

Procesos que intervienen en la producción de orina

Filtración	La filtración glomerular es el mecanismo que inicia la producción de orina, consiste en el paso de los capilares glomerulares a la capsula de Bowman.
Reabsorción	Comprende la reabsorción del filtrado glomerular, misma que se da en los túbulos renales, este mecanismo es de vital importancia ya que evita la pérdida excesiva de líquidos.
Secreción	Se entiende como el traspaso de moléculas desde el líquido intersticial hacia los túbulos renales, este proceso permite una regulación homeostática activa.

Elaborado por: Laínez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Mezquita, C., Mezquita, J., Mezquita, B., & Mezquita, P. (2019). *Fisiología Médica* (2da ed.). Médica Panamericana.

Se denomina tasa de filtración glomerular (TFG) al volumen de filtrado que se produce por unidad de tiempo. En una persona joven y sana, la TFG es de alrededor de 180 l/día (125 ml/min). Si se tiene en cuenta que el volumen de plasma en una persona adulta es de unos 3 l, resulta que el volumen total de plasma del organismo se filtra en el glomérulo unas 60 veces cada día” (Mezquita et al, 2019, p. 182).

- Uréteres

Son los encargados de transportar “la orina desde los riñones hasta la vejiga. Cada uno de los uréteres desciende de los riñones y entra de forma oblicua por la pared posterior de la vejiga, lo que previene el flujo retrógrado de orina.” (Tyler, 2018, p. 349). Al pasar

por el uréter la orina estimula cierto peristaltismo el cual ayuda a un tránsito normal de la misma.

- Vejiga urinaria

La vejiga se ubica en la región retroperitoneal, es la encargada de almacenar la orina para su posterior eliminación. “El interior de la vejiga tiene dos aberturas para los uréteres y una para la uretra. La región de la vejiga con forma triangular que se forma entre estas aberturas se denomina trígono.” (Tyler, 2018, p. 350). La vejiga está compuesta de tres capas: la mucosa, muscular y adventicia.

- Uretra

Se define como “un tubo delgado y circular que dirige la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. La micción es consecuencia de procesos involuntarios (reflejos) y voluntarios (intencionales).” (Tyler, 2018, p. 351). Para la eliminación de la orina, “el cerebro, mediante una reacción voluntaria, provoca que se relaje el esfínter externo para comenzar la micción. Este proceso se denomina reflejo miccional.” (Tyler, 2018, p. 351).

2.2.2 *Insuficiencia renal aguda*

- Definición

Se define a la insuficiencia renal aguda (IRA) como “un síndrome clínico caracterizado por el deterioro agudo y abrupto en horas o días, y potencialmente reversible de la función renal.” (Idiarte et al, 2021, p. 970). Por otra parte, se la conceptualiza como “un descenso súbito de la función renal caracterizado por un disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG)” (Faubel y Edelstein, 2015), de esta manera se considera que para que exista una IRA debe existir “1) un aumento de la creatinina sérica $\geq 0,3\text{mg/dl}$ en 24 h respecto de su cifra basal, o 2) un aumento en la creatinina sérica $\geq 1,5$ veces la basal, que se sabe o presume ocurrió en los 7 días previos, o 3) un volumen urinario $< 0,5$ (ml/kg)h durante 6 h.” (Faubel y Edelstein, 2015).

La IRA “se describe como oligúrica o no oligúrica. La oliguria se define como una diuresis inferior a 400ml/día; 400 ml es la cantidad mínima de orina que una persona en un estado metabólico normal debe excretar para eliminar la producción diaria de solutos.” (Faubel y Edelstein, 2015).

- Etiología y fisiopatología

La insuficiencia renal puede ser clasificada de acuerdo a su etiopatología, Idiarte et al (2021) considera que existen tres tipos de mecanismos: prerrenal o por

hipoperfusión, intrínseco o parenquimatoso y de origen obstructivo. (p. 971). En el caso de la insuficiencia prerrenal o pose determina que consiste en “una caída de la TFG debido a una reducción de la perfusión renal en la que se ha producido un daño mínimo o ningún daño estructural o celular en el riñón.” (Faubel y Edelstein, 2015). Sin embargo, “se caracteriza por la recuperación rápida, inmediata y sin secuela de la función renal cuando se normaliza la perfusión renal, siempre que la isquemia no haya producido daño tisular en los riñones.” (Idiarte et al, 2021, p. 971).

La IRA de origen intrínseco o parenquimatoso Faubel y Edelstein (2015) es considerada una de las causas más comunes de lesión renal aguda, esta se origina por trastornos intersticiales, vasculares, tubulares o glomerulares, dentro del riñón, la isquemia suele ser una de las causas más comunes de esta afección.

Tabla 2.

Causas de la insuficiencia renal de origen intrínseco o parenquimatoso

Lesión tubular	Puede originarse debido a una lesión isquémica prolongada o tóxica en el riñón.
Lesión intersticial	Se produce por causas infecciosas, inmunitarias y tóxicas y constituyen las nefritis tubulointersticiales agudas.
Lesión glomerular	No suelen ser tan comunes, se originan por glomerulopatías post-infecciosas, vasculíticas, entre otras.
Lesión vascular	Se producen por afecciones como la HTA maligna, vasculitis, microangiopatías, entre otras.

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Idiarte, L., Fortunato, R., & Leguizamón, L. (2021). Insuficiencia Renal. En H. Argente, & M. Álvarez (Edits.), *Semiología Médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica* (3ra ed.). Médica Panamericana.

La insuficiencia de etiología obstructiva “se presenta cuando hay una obstrucción de la vía urinaria y afecta el flujo de orina de ambos riñones o de un riñón único funcionando.” (Idiarte et al, 2021, p. 974). Para Faubel y Edelstein (2015), la población en riesgo en este caso son los adultos mayores, con presencia de neoplasias o cálculos en las vías urinarias, aunque son muchos factores los que pueden originar esta patología.

- Manifestaciones clínicas

Es importante evaluar correctamente las manifestaciones clínicas de la enfermedad renal aguda, para poder establecer una clasificación de acuerdo a su etiología, por ello es primordial realizar una correcta anamnesis y examen físico mismo que permitirá crear diferencias que permitan encasillar sus signos y síntomas de acuerdo a su causalidad.

Tabla 3.
Manifestaciones clínicas de acuerdo a su etiología

Prerrenal	Deshidratación, hipotensión ortostática, signo de pliegue positivo.
Intrínseca	Edema corneal y con fóvea, presencia de estertores crepitantes en los pulmones, HTA, ingurgitación yugular, ascitis, disnea, hepatomegalia.
Obstructiva	Oligoanuria, retención nitrogenada, acidosis metabólica, hiperpotasemia, entre otros.

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Idiarte, L., Fortunato, R., & Leguizamón, L. (2021). Insuficiencia Renal. En H. Argente, & M. Álvarez (Edits.), *Semiología Médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica* (3ra ed.). Médica Panamericana.

Para Gunther (2016), en la IRA los signos y síntomas que presente el paciente estarán ligados al estadio de la enfermedad, en etapas iniciales este podría presentar oliguria, hipotensión, mucosas secas, letargo disminución del gasto cardiaco e insuficiencia cardíaca, mientras que en estadios avanzados de la insuficiencia renal aguda los síntomas son confusión, problemas gastrointestinales, signos de infección y edema pulmonar. (p. 852-853). Se considera que la lesión renal aguda puede ser controlada y erradicada mediante un tratamiento idóneo, sin embargo, al no mantener un manejo correcto de esta patología “puede progresar a enfermedad renal en etapa terminal, exceso de urea en la sangre (hiperazoemia prerrenal o uremia) y muerte.” (Gunther, 2016, p. 853).

- Diagnóstico

La enfermedad renal aguda al ser diagnosticada se comprende como “una falla abrupta de la función renal causada principalmente por isquemia aguda severa y/o agresión tóxica con evolución clínica persistente y no modificada por la supresión de la causa que la originó. (Idiarte et al, 2021, p. 975). Los criterios diagnósticos de esta patología constan de varios puntos establecidos que permiten el profesional de la salud encaminarse a un tratamiento correcto.

Tabla 4.
Criterios diagnósticos de la lesión renal aguda

Anamnesis	-Valoración de antecedentes urinarios. -Historial de tratamiento farmacológico. -Estado de volumen: control de líquidos, peso corporal.
Exploración Física	-Examen físico general.
Pruebas diagnósticas	-Pruebas de laboratorio: análisis de orina, sedimento activo, análisis de sangre. -Pruebas de imagen: ecografía renal, TC sin contraste. -Técnicas diagnósticas: biopsia renal.

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Gupta, D., Larson, D., & Goldberg, S. (2016). Lesión renal aguda, glomerulopatías e insuficiencia renal crónica. En H. Satela, & T. De Fer (Edits.), *Manual Washington de Medicina Interna Ambulatoria* (2da ed.). Wolters Kluwer.

Como ya se mencionó anteriormente la insuficiencia renal aguda puede originarse por diversos factores que determinan su grado de complejidad, por lo tanto, “no hay un dato de laboratorio exclusivo para el diagnóstico. Se utiliza una combinación de los ya mencionados para evaluar los índices de insuficiencia renal que permitan orientar el diagnóstico.” (Idiarte et al, 2021, p. 976).

- Factores de riesgo

Existen ciertos factores que predisponen el desarrollo de la lesión renal aguda, para Sauer y Lundquist (2016), estos pueden ser factores como la edad, un índice de masa corporal elevado, enfermedades crónicas no transmisibles, sepsis, leucemia, así también menciona al consumo de ciertos medicamentos como posibles causantes de LRA, tales como, IECA y AINES, a su vez esta patología puede originarse por diversos procedimientos como cirugías de emergencia, transfusiones sanguíneas, bypass cardiopulmonar y exposición de medios de contraste. (p. 392).

- Tratamiento

El tratamiento de la insuficiencia renal se centra en su origen, por tanto, si esta es de causa prerrenal se requiere mejorar la perfusión renal, de esta manera, “la pérdida de agua y grave de sangre debe tratarse con concentrados eritrocíticos. Se emplean soluciones isotónicas de cristaloides o coloides en la hemorragia menos grave o pérdida de plasma en el caso de quemaduras y pancreatitis.” (Waikar y Bonventre, 2018).

Si la causa aparente de insuficiencia renal es de origen intrínseco, debido a una lesión glomerular o vascular, Waikar y Bonventre (2018) mencionan que, esta se puede tratar con inmunodepresores o plasmaféresis, en el caso de que sea causada por lesiones tubulares los fármacos a elegir serían diuréticos de asa, antagonistas de calcio, antagonistas de los receptores α -adrenérgicos, análogos de las prostaglandinas en etapas iniciales de la enfermedad, aunque cabe recalcar que su uso no está del todo establecido.

En la insuficiencia posrenal el tratamiento consiste en la identificación temprana del sitio obstruido, una vez solucionado el problema “suele haber diuresis adecuada durante varios días. En casos raros persiste la poliuria intensa por disfunción tubular y obliga a veces a la administración ininterrumpida de soluciones intravenosas y electrolitos durante un tiempo.” (Waikar y Bonventre, 2018).

Tabla 5.
Tratamiento de la IRA

Tratamiento sin diálisis	-Prevención de la expansión de volumen en la azoemia prerrenal. -Restringir las nefrotoxinas: suspender IECA, ARA, AINE y diuréticos. -Control de electrolitos estricto. -Control de EKG y gasometría arterial en caso de trastornos acido-básicos. -Soporte Nutricional.
Tratamiento con diálisis	-Indicaciones: desequilibrio hidroelectrolítico, trastornos acido-básicos, síndrome urémico.

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Gupta, D., Larson, D., & Goldberg, S. (2016). Lesión renal aguda, glomerulopatías e insuficiencia renal crónica. En H. Satela, & T. De Fer (Edits.), *Manual Washington de Medicina Interna Ambulatoria* (2da ed.). Wolters Kluwer.

- **Complicaciones**

La insuficiencia renal aguda puede causar un sinnúmero de complicaciones a nivel sistémico, Waikar y Bonventre (2018) destacan entre las más importantes a la uremia, hipervolemia, hipovolemia, alteraciones relacionadas con los electrólitos como el sodio, potasio, calcio y fósforo, presencia de hemorragias, infecciones debido a una inmunosupresión, arritmias, acidosis metabólica y desnutrición.

- **Cuidados de enfermería en el paciente con IRA**

Los cuidados enfermeros en pacientes con lesión renal aguda en etapas iniciales de la patología, abarcan la detección temprana de signos y síntomas, Gunther (2016) aclara la importancia de priorizar la aplicación de medidas que prevengan el desarrollo de posibles complicaciones, tales como mantener un control de balance hidroelectrolítico en pacientes encamados, vigilar la turgencia de la piel y signos de edema a través de un examen físico completo, se debe mantener la valoración continua del estado de conciencia, revisar las características de los análisis de laboratorio y alertar en caso de presentarse alguna anomalía, mantener un seguimiento estricto de la dieta establecida por el médico y nutricionista, entre otros. (p. 854-855).

2.2.3 *Insuficiencia renal crónica*

- **Definición**

La IRC se define “una disminución progresiva y por lo general irreversible de la tasa de filtración glomerular. Puede deberse a glomerulonefritis o pielonefritis crónica, riñón poliquístico o pérdida traumática de tejido renal.” (Tortora y Derrickson, 2018). Tal como lo menciona Singh (2015), quien la describe como “la disminución de la función

renal, con una tasa de filtración glomerular ajustada al tamaño corporal (TeFG/1,73 m²) menor de 60 ml/min, o una lesión renal que persiste por lo menos durante 3 meses.”

El desarrollo de la IRC se da en tres estadios los cuales (Tortora y Derrickson, 2018) describen como, la disminución de la reserva renal, insuficiencia renal y la insuficiencia renal terminal, en el primer estadio se desarrolla la degradación del 75% de la funcionalidad de las nefronas, para lo cual los pacientes aún pueden pasar asintomáticos debido a que las nefronas no degradadas se encargan de realizar el trabajo de las otras nefronas, así también en la fase de insuficiencia renal la disminución de la tasa de filtración glomerular se desarrolla en conjunto con el aumento del nivel sanguíneo de desechos nitrogenados y creatinina, para luego llevar al estadio final donde la degradación del 90% de las nefronas provocan la disminución del 10-15% de la filtración glomerular en conjunto con el aumento de desechos nitrogenados y creatinina en sangre, oliguria, provocan que los pacientes requieran de diálisis y en otros casos necesiten trasplante renal.

Tabla 6.
Estadios de la IRC

Estadio	Descripción	FG ([ml/min]/1,73 m²)	Acción
1	Lesión renal con FG normal	>90	Diagnóstico y tratamiento; progresión lenta
2	Lesión renal con FG ligeramente reducido	60-89	Estime la progresión
3	FG moderadamente reducido	30-59	Evalúe y trate las complicaciones
4	FG gravemente reducido	15-29	Prepare para tratamiento de restitución renal
5	Insuficiencia renal	<15 o diálisis	Evalúe las necesidades de tratamiento de restitución renal

Nota: FG, filtrado glomerular. **Fuente:** Gupta, D., Larson, D., & Goldberg, S. (2016). Lesión renal aguda, glomerulopatías e insuficiencia renal crónica. En H. Satela, & T. De Fer (Edits.), *Manual Washington de Medicina Interna Ambulatoria* (2da ed.). Wolters Kluwer.

- Etiología y fisiopatología

Abarca dos grupos generales de mecanismos lesivos: 1) mecanismos desencadenantes específicos de la causa primaria (como anomalías en el desarrollo o la integridad del riñón, depósito de complejos inmunitarios e

inflamación en algunas glomerulonefritis o contacto con toxinas en ciertas enfermedades de los túbulos y el intersticio renales) y 2) hiperfiltración e hipertrofia de las nefronas restantes viables, efecto frecuente de la disminución de largo plazo de la masa renal, cualquiera que sea el origen primario, y que inflige mayor deterioro a la función de los riñones. (Bargman y Skorecki, 2018).

Tabla 7.
Etiología de la Insuficiencia Renal Crónica

Causas principales de CKD*
• Glomerulopatía diabética.
• Glomerulonefritis
• CKD relacionada con hipertensión (incluye enfermedad renal vascular e isquémica y enfermedad glomerular primaria con hipertensión relacionada)
• Enfermedad de riñón poliquístico autosómica dominante.
• Otras nefropatías quísticas y tubulointersticiales.

Nota: *Cronic Kidney Disease. **Fuente:** Bargman, J., & Skorecki, K. (2018). Nefropatía crónica. En J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo (Edits.), *Harrison. Principios de Medicina Interna* (20ava ed.). McGraw Hill.

- Manifestaciones clínicas

En estadios iniciales, la IRC suele no presentar sintomatología de importancia, sin embargo, en etapas más graves de la enfermedad “síntomas como prurito, malestar, astenia, fallas de memoria, pérdida de la libido, náuseas y fatiga fácil son frecuentes” (Lee y Vicenti, 2014, p. 546). Un gran número de personas con esta patología suelen mantener cifras tensionales elevadas, así también, taquicardia, anemia y acidosis metabólica. “la exploración oftalmoscópica puede mostrar retinopatía hipertensiva o diabética. Alteraciones de la córnea y el cristalino se han relacionado con enfermedad metabólica. (Lee y Vicenti, 2014, p. 546).

- Diagnóstico

El manejo de la IRC, se basa en ciertos aspectos importantes tales como, “detección precoz, diagnóstico etiológico y estadificación de la gravedad de la ERC; identificación y manejo de los pacientes en alto riesgo de progresión; tratamiento de las complicaciones de la ERC; y preparación del paciente para el trasplante.” (Singh, 2015). Entre los exámenes de laboratorio más importantes tenemos examen de orina, análisis sanguíneo, biopsia renal, entre otros.

Tabla 8.
Aspectos importantes en el diagnóstico de la ERC

Detección precoz	-Monitorización de proteinuria. -Valoración de la función renal. -Evaluación de factores de riesgo de ERC.
Diagnóstico etiológico	-Identificación de causas de la ERC.
Estadificación	-Etapa 1 y 2 (TeFG/1,73 m ² > 60ml/min.) -Etapa 3, 4 y 5 (TFG < 60, 30 y 15 ml/min.)

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Singh, A. (2015). Abordaje de los pacientes con enfermedad renal crónica, etapas 1-4. En J. Daugirdas, P. Blake, & T. Ing (Edits.), *Manual de Diálisis* (5ta ed.). Wolters Kluwer.

- Factores de riesgo

Según Dunn y Faulk (2018), los factores de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal crónica pueden ser antecedentes previos de insuficiencia renal aguda, tener un diagnóstico adicional de enfermedad crónica no transmisible como diabetes o hipertensión, mantener un índice de masa corporal elevado, afecciones cardiovasculares y edad avanzada. (p.542).

- Tratamiento

En la IRC, el tratamiento va enfocado en “retener la función renal, mantener la homeostasis del cuerpo, tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones, control del equilibrio hídrico y control de electrolitos.” (Moscoso et al. 2019, p. 29). Así también, de acuerdo al estadio de la enfermedad se emplean diversos procedimientos:

- Diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal se define como “una alternativa a la hemodiálisis que aprovecha las características de transporte de líquidos y solutos del peritoneo como una membrana de diálisis endógena.” ((Danovitch, 2018). Este procedimiento se realiza introduciendo lentamente líquido para diálisis peritoneal mismo que comprende cantidades desde los “1500 ml y 3000 ml, en la cavidad abdominal mediante flujo inducido por gravedad (lo que permite que el líquido permanezca en el abdomen durante un período definido), y a continuación drenándolo y desechándolo.” (Danovitch, 2018).

- Hemodiálisis

La hemodiálisis es el procedimiento de elección en el tratamiento de paciente con insuficiencia renal en estadios más graves de la enfermedad, “durante la diálisis, los solutos se eliminan por difusión a través de una membrana semipermeable en un

dializador, o riñón artificial, de la sangre que circula a través de un circuito extracorpóreo.” (Danovitch, 2018).

– Trasplante renal

El trasplante renal se entiende como, “una intervención quirúrgica mediante la cual un donante vivo o fallecido dona un riñón a un paciente con IRC irreversible. Han de cumplirse ciertos criterios para que esto pueda darse, como la compatibilidad de donante y receptor.” (Torralba et al, 2021). Dicho procedimiento es una de las últimas alternativas de tratamiento en individuos con insuficiencia renal crónica avanzada, para Sardo et al (2017) ofrece enormes beneficios en la calidad y tiempo de vida de los pacientes, y a su vez, representa menores gastos que un tratamiento prolongado de hemodiálisis, sin embargo, es un proceso que puede generar complicaciones como el contagio de enfermedades catastróficas como VIH y cáncer. (p. 5-6).

Tabla 9.

Fármacos usados en el tratamiento de la IRC

IECA /Bloqueadores del receptor de la angiotensina	Utilizados para disminuir el avance progresivo del daño renal.
Antagonistas de la aldosterona	Permiten mantener las cifras tensionales en niveles establecidos.
Hipolipemiantes	Reducen el riesgo de aterosclerosis, poseen propiedades que inhiben el progreso del daño renal.
Eritropoyetina	Utilizada en casos de anemia.
Antiácidos	Empleados en el equilibrio electrolítico y retención de vitamina D.

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Lee, B., & Vincenti, F. (2014). Nefropatía crónica y tratamiento de reemplazo renal. En J. McAninch, & T. Lue (Edits.), *Smith y Tanagho. Urología General* (18ava ed., págs. 546-548). McGraw Hill.

- Complicaciones

El Ministerio de Salud Pública (MSP) (2018), en su guía de práctica clínica menciona las principales complicaciones asociadas a la insuficiencia renal terminal, entre las más importantes destacan: anemia, enfermedad ósea-metabólica, acidosis metabólica y dislipidemia, mismas que poseen recomendaciones específicas para su manejo oportuno y tratamiento eficaz. (p. 48–53). En caso de que el individuo se encuentre en etapa terminal, esta enfermedad llega a producir la muerte del paciente, por ello, su control y tratamiento debe ser estricto para prolongar y mejorar su calidad de vida.

- Cuidados de enfermería en el paciente con IRC

Según Ángel et al (2016), las acciones de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica deben estar basadas en conocimientos teórico-prácticos que

fundamenten la práctica profesional, ya que el manejo de estos pacientes mantiene un nivel elevado de complejidad, de esta manera el enfermero debe administrar cuidados especializados con el fin de crear un ambiente positivo en la relación con el individuo. (párrafo 14).

Tabla 10.

Cuidados de enfermería en pacientes con IRC

Recomendaciones generales en el manejo de pacientes con IRC

- Establecer un seguimiento estricto de enfermedades asociadas a la insuficiencia renal crónica.
- Brindar información oportuna y real sobre los procesos clínicos del paciente y evaluar su capacidad de adaptación a realizar cambios permanentes en su estilo de vida.
- Mantener un control estricto de ingresos y egresos en el paciente y priorizar el seguimiento de la dieta prescrita.
- Elaborar un registro del peso diario del paciente cada que este sea sometido a diálisis.
- Fomentar la participación de los familiares en el cuidado del paciente.
- Educar al paciente sobre los aspectos fundamentales de su enfermedad y la importancia de implementar hábitos saludables.

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Torralba, S., Sanz, J., Valiente, R., Vázquez, S., Torralba, L., Torralba, M., & Villagrasa, M. (2021). Insuficiencia renal crónica. Calidad y cuidados de enfermería en el paciente dializado. *Portales Médicos, XVI* (15). Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/insuficiencia-renal-cronica-calidad-y-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-dializado/>

2.2.4 Definición de autocuidado

Orem define al autocuidado como:

La práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician o llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (Berbligia y Banfield, 2011, p. 269).

Por tanto, se entiende como autocuidado a todas las acciones independientes que las personas realizan con el objetivo de mantener un óptimo estado de salud, dichas acciones deben ir basadas en conocimientos plenos sobre su patología, bajo una guía terapéutica adecuada, priorizando los problemas de salud que presenta y los factores clínicos que pueden agravar su condición de salud.

- Capacidad de agencia de autocuidado

La agencia de autocuidado comprende la capacidad que tiene el individuo para implementar un cambio en la práctica de su cuidado personal, ya que esto, influye de manera directa en el control de su condición clínica, Orem conceptualiza al término

agencia de autocuidado como “la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado; habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje.” (Rodríguez et al, 2013).

2.2.5 Fundamentación teórica de enfermería

- Teoría enfermera del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, Berbligia y Banfield (2011), está compuesta de tres teorías unificadas: teoría del autocuidado, misma que comprende el estudio de las acciones que la personas realizan de manera autónoma en búsqueda de su propio bienestar; teoría del déficit de autocuidado, que explica la relación existente entre el déficit de autocuidado y los cuidados de enfermería, es decir, como el profesional puede colaborar con cuidados especializados de acuerdo a las falencias del usuario y la teoría de sistemas de enfermería, la cual indica los procesos que deben llevarse a cabo para la aplicación del cuidado enfermero. (p.269).

La capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal representa un factor que regula su condición clínica, ya que esta patología implica cambios directos en el estilo de vida de los usuarios, como parte fundamental del tratamiento, mismo que se enfoca en mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas, por tanto, el desarrollo de complicaciones de esta patología dependerá de las acciones que el individuo realice en búsqueda de su propio bienestar.

La teoría del déficit de autocuidado se basa en el estudio del individuo como el principal actor en el control de su salud, de esta manera, se entiende que solo este puede retrasar del desarrollo acelerado de su afección clínica y en el caso de la insuficiencia renal aguda, revertir el proceso, esto mediante la implementación de hábitos saludables en la práctica de sus actividades cotidianas.

2.3 Fundamentación legal

Constitución Política de la República de Ecuador

Artículo 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. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de

promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Const., 2021, art. 32).

Código Orgánico de Salud

Artículo 111.-

Autocuidado responsable de la salud

Los miembros del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito de sus competencias, deberán promover el autocuidado responsable de la salud, a fin de que las personas desarrollen comportamientos que les permitan prevenir complicaciones en la salud, participar en el tratamiento de su enfermedad, hacer frente a los problemas de salud y fomentar prácticas y hábitos de vía saludable. (Código Orgánico de Salud, 2020, art. 111).

Ley Orgánica de Salud

Art. 8.- Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:

- a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud.
- c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos en su entorno familiar o comunitario. (Ley Orgánica de Salud, 2015, art 8).

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. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. (Ley Orgánica de Salud, 2015, art 69).

2.4 *Formulación de la hipótesis*

El déficit de capacidad de agencia de autocuidado influye en la condición de salud de pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí.

2.5 *Identificación y clasificación de variables*

Variable independiente

Agencia de autocuidado

Variable dependiente

Insuficiencia renal

2.6 Operacionalización de variables

Tabla 11.

Matriz de operacionalización de variable independiente

DEFINICIÓN OPERACIONAL			
HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES INDICADORES TÉCNICAS Y INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
El déficit de capacidad de agencia de autocuidado influye en la condición de salud de pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí.	Agencia de autocuidado	Orem define a la agencia de autocuidado como aquello que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben ser controlados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, así como la capacidad para decidir lo que puede y debería hacer por su salud y bienestar.	Actividad física
			Frecuencia Tiempo
		Hábitos alimenticios Y terapéuticos	Historia clínica
		Sedentarismo	Escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA).
		Capacidad de agencia de autocuidado	IMC
			Muy baja Baja Regular Buena

Elaborado por: Lainez Beltrán Wilmer Gustavo

Tabla 12.
Matriz de operacionalización de variable dependiente

DEFINICIÓN OPERACIONAL					
HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
El déficit de capacidad de agencia de autocuidado influye en la condición de salud de pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí.	Insuficiencia renal	Se caracteriza por la disminución abrupta de la filtración glomerular, la cual resulta por la incapacidad del riñón para excretar los productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos	Datos sociodemográficos	IMC Peso Talla Sexo	Historia clínica
			Clasificación	IRA IRC	Escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA)
			Manejo de la IR	Manejo no farmacológico Manejo farmacológico	

Elaborado por: Lainez Beltrán Wilmer Gustavo

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1 *Tipo de investigación*

Esta investigación es un tipo de estudio no experimental ya que no busca establecer un manejo directo de las variables agencia de autocuidado e insuficiencia renal, por tanto, se enfoca en evaluar aspectos fundamentales que asocian estos dos términos mediante la aplicación de una escala previamente validada, misma que permita el análisis y evaluación de los temas afines al estudio, esto sin la necesidad de una intervención directa en el paciente.

Así también, es de carácter transversal ya que su realización está establecida en un período de tiempo específico en el Hospital General Monte Sinaí, por otra parte, se presenta como una investigación descriptiva ya que se pretende detallar las principales características entre la capacidad de agencia de autocuidado y los pacientes mayores de 40 años con insuficiencia renal en el sitio de estudio, valorando así su estilo de vida y las limitaciones que poseen al administrarse cuidados autónomos en beneficio de su salud.

3.2 *Métodos de investigación*

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, al realizarse un tabulación de los resultados obtenidos mediante la revisión de la base de datos del hospital y las respuestas de los encuestados una vez aplicada la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), datos que serán presentados a través de cifras porcentuales, tablas y gráficos, de igual, dicha investigación mantiene un método deductivo al realizar el estudio y descripción individual de cada una de las variables, para determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal.

3.3 *Población y muestra*

La población de estudio está constituida por 70 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal que acuden al Hospital General Monte Sinaí, en edades comprendidas desde los 40 años en adelante, se aplica la fórmula de cálculo de población finita para obtener una muestra, misma que comprende:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N - 1)}{z^2} \cdot \epsilon^2 + p \cdot q}$$

Tabla 13.*Significado de indicadores de la fórmula*

Indicadores	Descripción
N	Muestra
N	Población
P	Posibilidad de ocurrencia (0,5)
Q	Posibilidad de no ocurrencia (0,5)
E	Margen de error 5% (0,005)
Z	Nivel de confianza (1,96)

Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo. **Fuente:** Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación* (3ra ed.). (O. Fernández, Ed.) PEARSON EDUCACIÓN.

$$n = \frac{70 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{\frac{(70 - 1)}{1,96^2} \cdot 0,05^2 + (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$n = \frac{70 \cdot (0,25)}{\frac{(69)}{3,841} \cdot 0,0025 + 0,25}$$

$$n = \frac{70 \cdot (0,25)}{17,9 \cdot 0,0025 + 0,25}$$

$$n = \frac{17,5}{0,0447 + 0,25}$$

$$n = \frac{17,5}{0,294}$$

$$n = 59,52 = 60$$

3.4 Tipo de muestreo

El estudio está basado en un tipo de muestreo probabilístico, aleatorio simple, ya que la población objeto de estudio se encontraba dentro de los criterios de inclusión necesarios en el proyecto, debido a esto y mediante el cálculo previo se obtiene como muestra final 60 pacientes mayores de 40 años de edad con diagnóstico de insuficiencia renal en el hospital General Monte Sinaí.

3.5 Técnicas de recolección de datos

La recogida de información se realizó mediante el análisis del historial clínico de los pacientes sujetos a investigación, para evaluar sus antecedentes patológicos y establecer un vínculo con su condición actual de salud, a través de la revisión de la base de datos del Hospital General Monte Sinaí, así también, se empleó la aplicación de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), misma que está basada en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, esto con el fin de estimar la capacidad del paciente para ejercer el autocuidado y conocer su percepción actual y grado de conocimiento con relación a su condición de salud.

3.6 Instrumentos de recolección de datos

- Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA).

Según Leiva (2015), la escala de valoración de agencia de autocuidado, fue elaborada por Isenberg y Evers con base en el concepto fundamental de la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, la agencia de autocuidado, con su traducción completa al idioma español obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0,77, lo que indica un alto grado de validez y confiabilidad, a su vez, está compuesta de 24 preguntas que evalúan la capacidad del individuo para administrarse cuidados autónomos, mantiene 4 opciones de respuestas en donde 1 equivale a nivel más bajo de autocuidado y 4 equivale al más alto.

3.7 Aspectos éticos

El trabajo investigativo se llevó a cabo con base a los principios éticos básicos, respetando la autonomía de los pacientes, obteniendo la aprobación legal de su participación en dicho estudio, mediante la aplicación del consentimiento informado (véase anexo 2), mismo que fue facilitado por el Hospital, garantizando el cumplimiento de los derechos de confidencialidad en el manejo de sus datos personales y clínicos, adjunto a esto, se realizó la solicitud por parte de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, para obtener la autorización que facilite el acceso a la información requerida en dicho establecimiento.

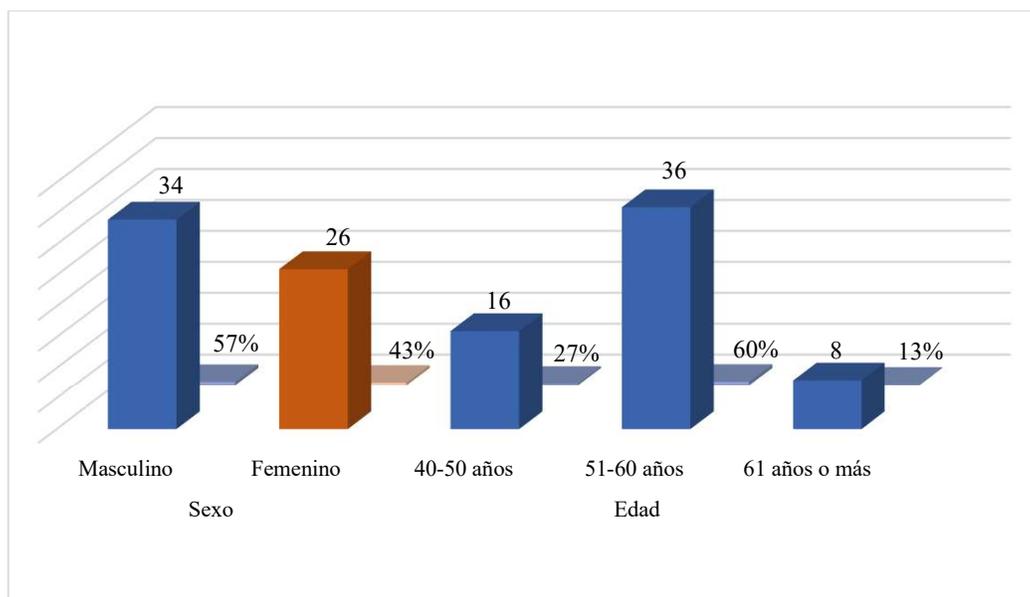
CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

4.1 Análisis e interpretación de resultados

Gráfico 1.

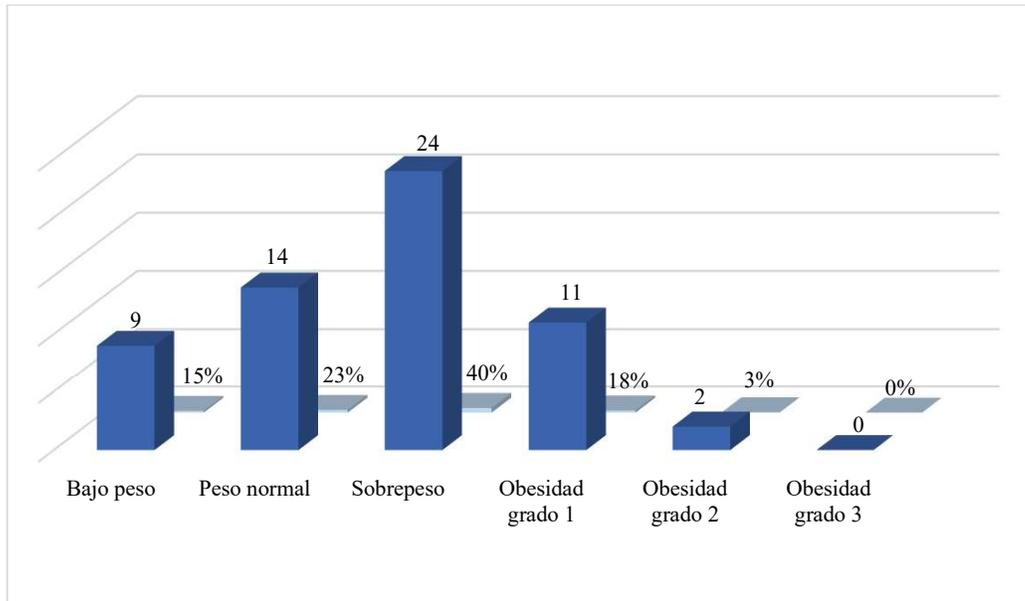
Datos Sociodemográficos: Sexo y Edad



Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo.

Como se puede visualizar, en el gráfico 1, en relación a los datos sociodemográficos: sexo y edad, se obtuvieron los siguientes resultados, 57% (34) de los pacientes encuestados son de sexo masculino, en comparación a un 43% (26) pertenecientes al sexo femenino, así también, con respecto a la edad, un 60% (36) mantienen una edad comprendida entre los 51 y 60 años, un 27% (16) entre 40 y 50 años y por último, un 13% (8) de 61 años en adelante, por lo tanto, queda expresado que existe un mayor índice de pacientes masculinos con insuficiencia renal, la mayor parte de ellos con edades superiores a los 50 años de edad, por otro lado, un estudio realizado por Torres et al (2017), a usuarios con insuficiencia renal crónica demostró que el desarrollo de esta enfermedad se presenta mayormente en varones con un 69,2%, así también se indica que la edad promedio de los participantes con IR fue de 52,1 años. (p. 269).

Gráfico 2.
Clasificación según el índice de masa corporal (IMC)

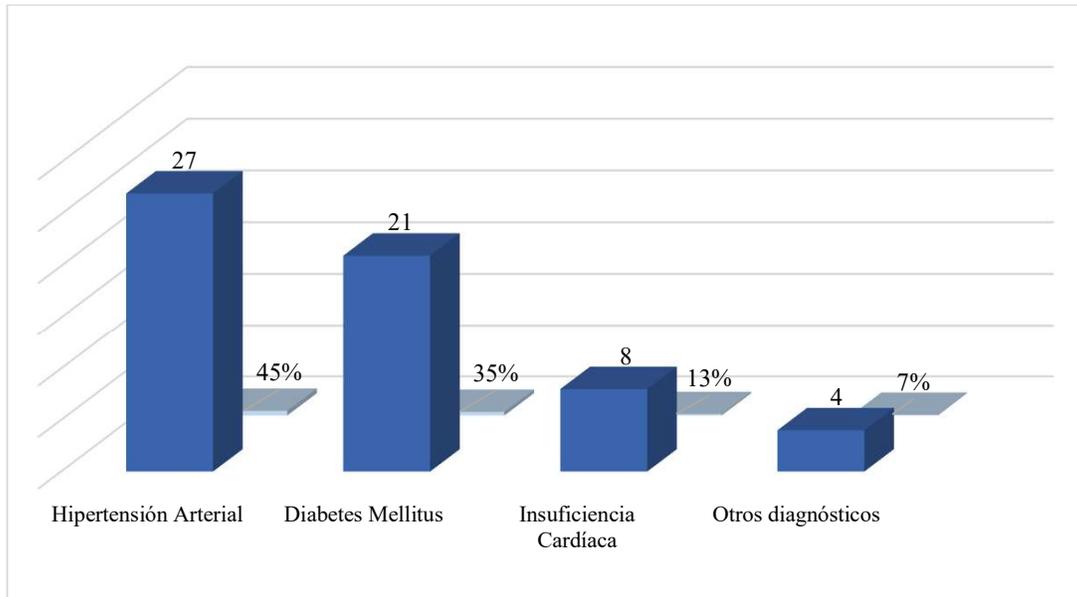


Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo.

En el gráfico 2 referente a la clasificación según el índice de masa corporal presentado por los individuos, como datos más relevantes se evidencia que un 40% (24) de la población objeto de estudio tenían sobrepeso, un 23% (14) mantenían un peso normal, y un 18% (11) tenían obesidad grado 2, de esta manera, se demuestra la relación que existe entre la insuficiencia renal y un elevado índice de masa corporal mismo que genera complicaciones en dichos pacientes, por ello, cabe recalcar la importancia de la valoración continua de este parámetro, mismo que servirá para la detección temprana de factores que pongan en riesgo la condición clínica del paciente. En el año 2016, Castillo et al, realizó una investigación en la cual se manifiesta que, de un total de 300 pacientes un 35% tiene obesidad y sobrepeso.

Gráfico 3.

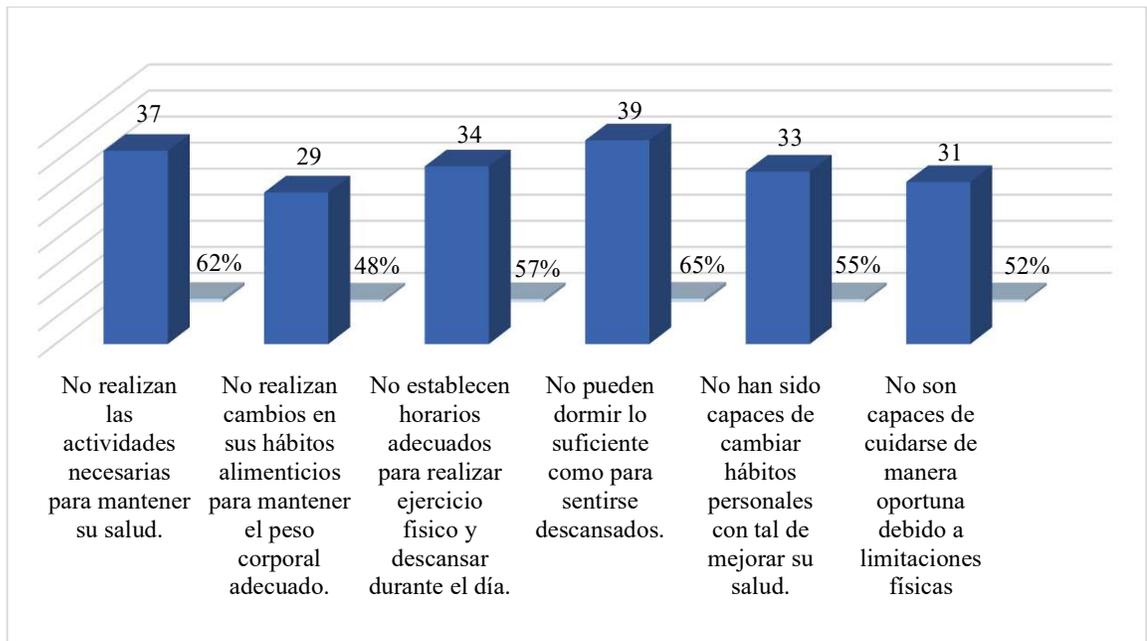
Antecedentes patológicos asociados a la insuficiencia renal



Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo.

En el gráfico 3, con relación a los antecedentes patológicos de los pacientes con insuficiencia renal, se pudo constatar la relación de esta patología con otras enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, presente en un 45% (27) de la población encuestada, la diabetes mellitus, con un 35% (21), la insuficiencia cardíaca con un 13% (8), así también se incluyen otros diagnósticos como anemia o cardiopatías isquémicas con un 7% (4), debido a esto, se esclarece que el padecimiento de estas enfermedades representa un grave problema para el paciente ya que complica su condición de salud y lo predispone a un desarrollo progresivo de la misma. Una investigación realizada por Torres et al (2017), demostró que la hipertensión arterial está presente en un 84,6% de los pacientes con insuficiencia renal crónica, y la diabetes mellitus en un 67,7%. (p. 268-269).

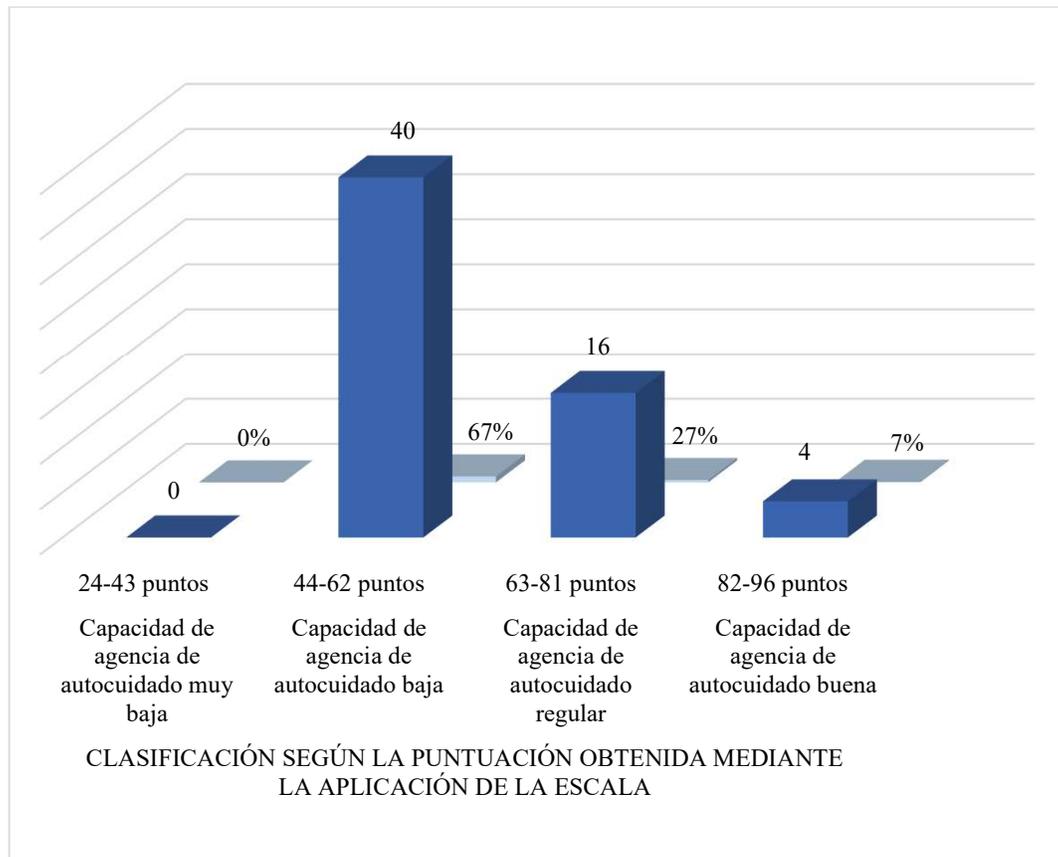
Gráfico 4.
Actividades de autocuidado



Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo.

Con relación a las actividades de autocuidado realizadas por el paciente, en el gráfico 4 se puede observar que un 62% (37) indican no realizar actividades necesarias para mantener su salud, un 48% (29) no realiza cambios en sus hábitos alimenticios para mantener el peso corporal adecuado, un 57% (34) no establecen horarios adecuados para realizar ejercicio físico y descansar durante el día, a esto se añade que un 65% (39) refieren no dormir el tiempo suficiente, un 55% (33) no son capaces de cambiar hábitos personales en beneficio de su salud y un 52% (31) no son capaces de cuidarse de manera óptima, esto debido a limitaciones físicas que merman su capacidad de agencia de autocuidado.

Gráfico 5.
Nivel de capacidad de agencia de autocuidado



Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo.

Con respecto a la clasificación según la puntuación obtenida una vez realizada la escala se pudo evidenciar que un 67% (40) obtuvo un puntaje de 44 a 62 puntos que equivale a una capacidad de agencia de autocuidado baja, un 27% (16) reunió de 63 a 81 puntos, lo que indica una capacidad de agencia de autocuidado regular y finalmente un 7% (4) tuvo un resultado de 82 a 96 puntos, mismo que refleja una capacidad de agencia de autocuidado buena, de esta manera se demuestra que los niveles de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal se encuentran disminuidos y esto se asocia a la presencia de complicaciones vinculadas con esta afección clínica. Esto, se acoge a los resultados provenientes de un estudio sobre el autocuidado realizado por Samaniego et al (2018), mismo que demuestra que un 60% de personas con IRC mantienen una capacidad de autocuidado baja de acuerdo a actividades relacionadas con el descanso, alimentación y prácticas habituales del paciente, mismos que no mantienen un control adecuado de su patología. (p. 15).

4.2 *Comprobación de hipótesis*

Culminado el proyecto de investigación se logra evidenciar que el déficit de capacidad de agencia de autocuidado influye en la condición de salud en individuos mayores de 40 años con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí, esto debido a la relación del autocuidado con el desarrollo de factores de riesgo y complicaciones de esta patología, misma que requiere establecer un control en prácticas modificables como la dieta, actividad física, descanso diario, nivel de conocimiento sobre la enfermedad, ya que dichos aspectos intervienen de manera directa en el desarrollo del cuadro clínico del paciente, al contribuir en la prevención y control de esta patología mediante los cambios en el estilo de vida del usuario.

5. Conclusiones

Al finalizar el proceso de recolección de datos y la tabulación de la información obtenida mediante la aplicación de la Escala de Apreciación de Agencia de autocuidado y la revisión del historial clínico de los pacientes, se procedió al análisis completo de los resultados, mismos que detallan aspectos sociodemográficos básicos, prácticas de autocuidado y diagnósticos adicionales a la insuficiencia renal, por tanto, se plantean las siguientes conclusiones:

- Se establece la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y los pacientes con insuficiencia renal en el Hospital General Monte Sinaí, ya que el déficit de la misma influye en el desarrollo de un cuadro clínico agravado en el paciente, complicando su situación de salud y modificando su calidad de vida.

-De manera específica, se detalla el vínculo entre la capacidad de agencia de autocuidado y la prevención y control de factores de riesgo que intervienen en el desarrollo progresivo de la insuficiencia renal, así también, se mencionan diagnósticos adicionales de los pacientes asociados con esta patología, como enfermedades crónicas no transmisibles, mismas que al unirse al déficit de autocuidado causan daños irreversibles en el organismo, tomando en cuenta la presencia de limitaciones físicas que disminuyen su nivel de autonomía.

-Se refleja una capacidad de agencia de autocuidado baja por parte de la población estudiada, misma que tiene que ver con el déficit de actividades beneficiosas para la salud, ya que los participantes del estudio manifiestan sostener una alimentación inadecuada con relación a sus necesidades nutrimentales básicas, no dedican el tiempo suficiente a su cuidado personal, no mantienen horarios estables de descanso y realización de ejercicio físico diario, y de manera general, indican no ser capaces de realizar cambios en sus hábitos personales con el fin de mejorar su salud.

6. Recomendaciones

Finalizado el proyecto de investigación Agencia De Autocuidado en Pacientes Mayores de 40 años con Insuficiencia Renal en el Hospital General Monte Sinaí, y mediante los resultados obtenidos, se establecieron las principales causas del déficit de agencia de autocuidado en la población estudiada, por lo tanto, se determinan las siguientes recomendaciones:

-Mediante formación previa al personal de salud, se debe implementar el uso de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado como parte de las funciones del profesional en enfermería, con el fin de valorar factores o perspectivas socioculturales que influyen en la progresión y desarrollo de la insuficiencia renal en el paciente.

-Se recomienda efectuar estrategias educativas que incluyan capacitaciones enfocadas en la prevención de factores de riesgo y prácticas de promoción de salud en pacientes con enfermedad renal, esto mediante trato directo con el individuo, priorizando establecer facilidades para acceder a información oportuna sobre su diagnóstico médico, como uso responsable de medicamentos, ajustes en la dieta, entre otras.

-Que el profesional de enfermería realice planes de cuidados individualizados en pacientes con insuficiencia renal, tomando en cuenta limitaciones físicas y socioculturales que dificultan su autonomía y le impiden administrarse los cuidados correctos, por tanto, la función principal del profesional es cubrir dichas falencias en beneficio de la salud del usuario.

7. Referencias bibliográficas

CITAS DE LIBROS

- Bargman, J., & Skorecki, K. (2018). Nefropatía crónica. En J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo (Edits.), *Harrison. Principios de Medicina Interna* (20ava ed.). McGraw Hill.
- Berbiglia, V., & Banfield, B. (2011). Dorothea E. Orem. Teoría del Déficit de Autocuidado. En M. Raile, & A. Marriner (Edits.), *Modelos y teorías en Enfermería* (7ma ed., pág. 269). Elsevier España.
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación* (3ra ed.). (O. Fernández, Ed.) PEARSON EDUCACIÓN.
- Cesolari, J., Calvi, B., Gennaro, M., & Redin, I. (2015). Histología Renal. En G. Aranalde, G. Mujica, R. Agüero, & D. Velzi (Edits.), *Fisiología Renal* (1ra ed., pág. 40). Corpus.
- Danovitch, G. (2018). *Manual de Trasplante Renal* (6ta ed.). Wolters Kluwer.
- Faubel, S., & Edelstein, C. L. (2015). El paciente con lesión renal aguda. En R. W. Schrier (Ed.), *Manual de nefrología* (8va ed.). Wolters Kluwer.
- George, A. L., & Neilson, E. G. (2018). Biología celular y molecular de los riñones. En J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo (Edits.), *Harrison. Principios de Medicina Interna* (20ava ed.). McGraw-Hill.
- Ghunter, J. (2016). Aparato urinario. En D. W. Woodruff (Ed.), *Enfermería del paciente en estado crítico* (4ta ed.). Wolters Kluwer.
- Gupta, D., Larson, D., & Goldberg, S. (2016). Lesión renal aguda, glomerulopatías e insuficiencia renal crónica. En H. Satela, & T. De Fer (Edits.), *Manual Washington de Medicina Interna Ambulatoria* (2da ed.). Wolters Kluwer.
- Idiarte, L., Fortunato, R., & Leguizamón, L. (2021). Insuficiencia Renal. En H. Argente, & M. Álvarez (Edits.), *Semiología Médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica* (3ra ed.). Médica Panamericana.
- Lee, B., & Vincenti, F. (2014). Nefropatía crónica y tratamiento de reemplazo renal. En J. McAninch, & T. Lue (Edits.), *Smith y Tanagho. Urología General* (18ava ed., págs. 546-548). McGraw Hill.
- Mezquita, C., Mezquita, J., Mezquita, B., & Mezquita, P. (2019). *Fisiología Médica* (2da ed.). Médica Panamericana.
- Moscoso, J., Mora, L., Moreno, I., & Zambrano, L. (2019). *Principales Patología del Riñón*. El Cid.
- Osuna, I. A. (2016). *Proceso de Cuidado Nutricional en la Enfermedad Renal Crónica* (1era ed.). El Manual Moderno.
- Sauer, W. J., & Lundquist, A. L. (2016). Lesión renal aguda. En J. Wiener, A. Bagchi, J. Charnin, J. Cobb, M. Eikermann, & S. Quraishi (Edits.), *Manual de Medicina intensiva de Massachusetts General Hospital* (6ta ed.). Wolters Kluwer.
- Singh, A. (2015). Abordaje de los pacientes con enfermedad renal crónica, etapas 1-4. En J. Daugirdas, P. Blake, & T. Ing (Edits.), *Manual de Diálisis* (5ta ed.). Wolters Kluwer.
- Tortora, G., & Derrickson, B. (2018). *Principios de Anatomía y Fisiología* (15ava ed.). Médica Panamericana.
- Tyler, S. (2018). Aparato urinario. En L. Willis (Ed.), *Anatomía y Fisiología* (5ta ed., págs. 341-351). Wolters Kluwer.
- Waikar, S., & Bonventre, J. (2018). Lesión aguda renal. En J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo (Edits.), *Harrison. Principios de Medicina Interna* (20ava ed.). McGraw Hill .

Yaber, F., Boglioli, A. R., Calgaro, G., & Quiroga, N. I. (2015). Anatomía renal. En G. Aranalde, G. Mujica, R. Agüero, & D. Velzi (Edits.), *Fisiología renal* (1era ed., pág. 28). Corpus.

ARTÍCULOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS

- Ángel, Z., Duque, G., & Tovar, D. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 19(3).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003#bajo
- Cantillo, C. P., & Blanco, J. J. (2017). Agencia de Autocuidado de la persona con Enfermedad Renal Crónica en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(4), 330-332.
<https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000400007>
- Castillo, L., Navarro, E., Arango, Y., López, A., Mejía, V., González, H. & Aroca, G. (2016). Asociación de obesidad con la Enfermedad Renal Crónica de pacientes atendidos en la Clínica de la Costa. 2005-2014. *Revista Colombiana de Nefrología*, 3(1). <https://www.redalyc.org/journal/5601/560159853003/movil/>
- Cockwell, P., & Fisher, L. A. (29 de Febrero de 2020). La carga mundial de la enfermedad renal crónica. *The Lancet*, 395(10225), 662-663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32977-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32977-0)
- Coello, C. (14 de marzo de 2019). ¿Cómo está la enfermedad crónica renal en el Ecuador? *Edición Médica*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/-como-esta-la-enfermedad-cronica-renal-en-el-ecuador--93805>
- Costa, G., Pinheiro, M. B., De Medeiros, S. M., Costa, R. R., & Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*, 15(43), 63-65-66. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/clinica3.pdf>
- Cueto, A. (9 de agosto de 2019). La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión y los retos de la enfermedad renal crónica en nuestra región. *Nefrología Latinoamericana*, 16(1), 14. <https://doi:10.24875/NEFRO.18000053>
- Díaz, M. A., Briones, J. C., Carrillo, R., Moreno, A., & Pérez, A. A. (2017). Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento una versión lógica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(4), 281. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174e.pdf>
- Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., & Sirias, I. (2015). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Enfermería Actual de Costa Rica*(29).
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682015000200063
- Lucas, M. M., Cevallos, D. A., Quiroz, M. S., & Piguave, T. J. (2021). Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Polo de Conocimiento*, 6(2), 614.
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2292/4638>
- Morales, R., & Flórez, M. L. (2016). Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *Avances en Enfermería*, 34(2), 128.
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n2/v34n2a02.pdf>
- Rodríguez, M., Arredondo, E., & Salamanca, Y. (2013). Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería Global*, 12(30).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

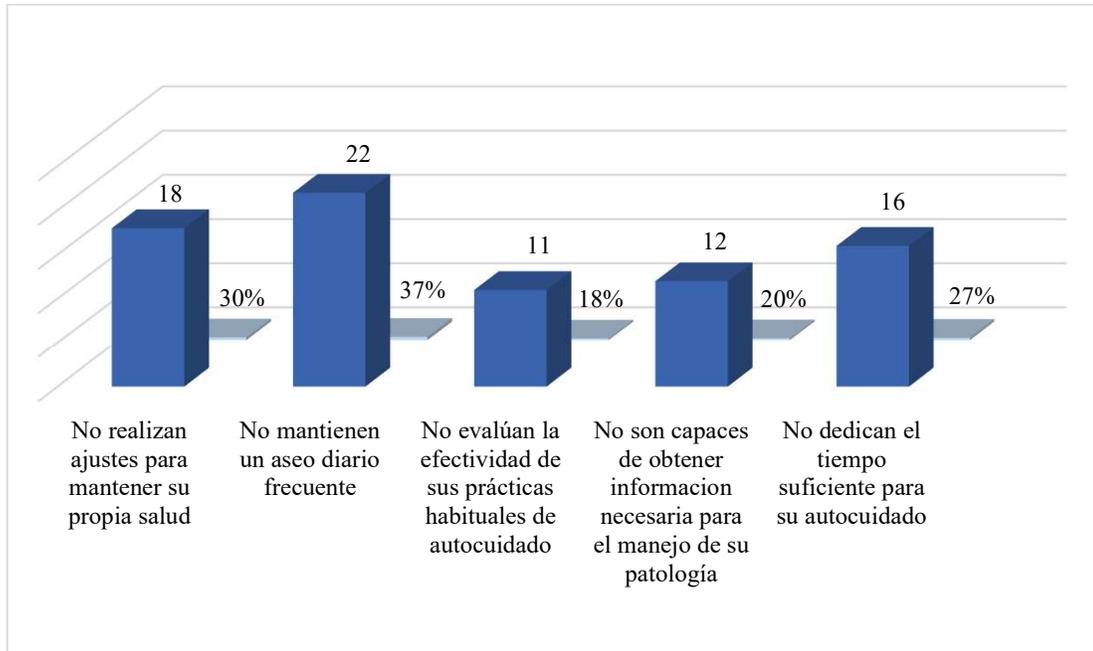
Sociedad Internacional del Riñón/Federación Internacional de Fundaciones Renales. (14 de marzo de 2019). *Salud renal para todos en todos lados*. Día Mundial del Riñón. <https://www.worldkidneyday.org/wkd-2019-spanish/>

8. Anexos

Anexo 1.

Gráfico 6.

Otras actividades de autocuidado



Elaborado por: Láinez Beltrán Wilmer Gustavo.

En relación con otras actividades de autocuidado realizadas por los participantes de la investigación, se evidencia que en los componentes un 30% (18) de la población estudiada no realizan ajustes para mantener su propia salud, por otra parte un 37% (22) no mantienen o realizan con frecuencia aseo diario, de igual manera un 18% (11) no evalúan la efectividad de sus prácticas habituales de autocuidado, mientras que un 20% (12) no son capaces de obtener información necesaria para el manejo de su patología, y un 27% (16) de los usuarios no dedican el tiempo suficiente para su cuidado.

Anexo 2.*Formato de Instrumento de Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado***INSTRUMENTO ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO**

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

14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.
19	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.
22	Si yo no puedo cuidarme me puedo buscar ayuda.
23	Puedo sacar tiempo para mí.
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.
TOTAL	

Puntaje obtenido	Capacidad de agencia de autocuidado
24 – 43	Muy baja
44 – 62	Baja
63 - 81	Regular
82 - 96	Buena

Anexo 3.

Formato de Consentimiento Informado

Consentimiento informado amplio para uso de datos personales y/o muestras biológicas humanas en investigaciones observacionales o de intervención en seres humanos

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAÍ. GUAYAQUIL 2021, MISMO QUE MANTIENE COMO OBJETIVO DETERMINAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL, QUEDA POR SENTADO QUE LA INFORMACION RECOLECTADA SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS Y ALMACENADA PARA SU POSTERIOR TABULACIÓN.

En virtud de lo cual, entiendo que se solicita mi autorización para acceder a **mis datos personales y/o muestras biológicas o las de mi representado/a**, los cuales servirán para desarrollar futuras investigaciones.

RIESGOS Y BENEFICIOS: Entiendo que los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales y de las muestras biológicas. Además, entiendo que los beneficios generados con el uso de **mis datos personales y/o muestras humanas o las de mi representado/a**, serán para futuras generaciones puedan beneficiarse de los resultados de este estudio.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PACIENTE: Entiendo que **mis datos personales y/o muestras biológicas o las de mi representado/a** sean utilizadas con fines de investigación, no renuncio a ninguno de los derechos que por ley me pertenecen o le pertenece a **mi representado/a**. Estoy consciente de que la información contenida de **mis datos personales** o la información que se genere del análisis de **mis muestras biológicas humanas** o los de **mi representado/a** serán utilizadas únicamente para este fin y nunca se colocarán o publicarán datos que permitan revelar **mi identidad o la de mi representado/a**, debido a que los investigadores, me garantizan que anonimizarán (codificarán) los datos con la finalidad de respetar **mi confidencialidad** o la de **mi representado/a**.

Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento, por lo cual deberé informar al personal a cargo de custodiar **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o los de **mi representado/a** en el establecimiento, institución pública y/o privada denominado **HOSPITAL GENERAL MONTE SINAÍ**, quiénes se comunicarán con los investigadores que se encuentre utilizando **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o los de **mi representado/a** en la realización de investigaciones para que en ese momento los datos obtenidos de **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o los de **mi representado/a** sean eliminados y no puedan ser utilizados para ningún fin. Eso no me causará ninguna penalidad ni tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley **me corresponde** o **le corresponde a mi representado/a**.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: Entiendo que al autorizar el uso de **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o **las de mi representado/a**, no recibiré ninguna compensación.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: Entiendo que **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o los de **mi representado/a** serán anonimizados (codificación) con el objeto de precautelar la confidencialidad de **mi información** o **la de mi representado/a**. Entiendo que, tanto las muestras biológicas humanas como los datos confidenciales **míos** o **los de mi representado/a**. Además he sido informado que, tanto **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o **los de mi representado/a**, serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas a la misma línea de investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones posteriores relacionadas a la misma línea de investigación, para lo cual deberán pasar por la evaluación y aprobación de un Comité de Ética de Investigaciones humanas avalado por el Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de asegurar que se respeten en todo momento los principios bioéticos y se me informe sobre el uso futuro de **los datos personales y/o muestras biológicas humanas**.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Entiendo que en cualquier momento puedo comunicarme con la institución donde se almacenarán **mis datos personales y/o muestras biológicas** o **las de mi representado/a**, que a su vez sirva como canal de comunicación con los investigadores que hagan uso de **mi información de salud** o la de **mi representado/a** en sus investigaciones. Para lo cual, puedo comunicarme a los siguientes teléfonos **0991817047** - **0939745789** y correo electrónico wilmer.lainzbeltran@upse.edu.ec

DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ (nombres completos del paciente/representante legal de (colocar los nombres completos del representado/a): _____), comprendo que **mis datos personales y/o muestras biológicas** o **las de mi representado/a** serán utilizadas con fines de investigación científica cuyo objetivo previamente me fue explicado. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de **mis datos personales y/o muestras biológicas** o **las de mi representado/a** en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de **mis datos personales y/o muestras biológicas humanas** o **los de mi representado/a**. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas con la misma línea de investigación, para las que se otorgue explícitamente y en su momento, un nuevo consentimiento informado escrito previsto a la aprobación del protocolo respectivo por un Comité de ética de Investigación en Seres Humanos reconocido por el Ministerio de Salud. En virtud de lo cual, voluntariamente (Marque con una X):

ACEPTO

NO ACEPTO

Nombres completos del paciente/representante legal _____
Cédula de ciudadanía/ pasaporte del paciente /representante legal _____
Firma/huella digital del paciente /representante legal _____
Fecha y lugar _____
Nombres completos del testigo _____
Cédula de ciudadanía del testigo _____
Firma del testigo _____ Fecha y lugar _____
Nombres completos del responsable de tomar este documento _____
Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento _____
Firma del responsable de tomar este documento _____
Fecha y lugar _____

Anexo 4.
Evidencia Fotográfica



Firma de consentimiento informado por parte de los participantes de la investigación.



Aplicación de la Escala de Aplicación de Agencia de Autocuidado a los participantes del estudio.

Anexo 5.

Solicitud de ejecución del proyecto de investigación aprobada

 República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Hospital General Monte Sinaí
Gestión de Docencia e Investigación

Guayaquil, 25 de abril de 2022.

Licenciada
Nancy Margarita Domínguez Rodríguez, MSc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
Presente. -

Asunto: Carta de interés institucional con protocolo de investigación: **AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAÍ. GUAYAQUIL, 2022**

De mi consideración:

Yo **Ronny Raymon Moscoso Meza** con C.I. 0920205267, en calidad de **DIRECTOR ASISTENCIAL DEL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAÍ**, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado **AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAÍ. GUAYAQUIL, 2022**, cuyo investigador es la estudiante **WILMER GUSTAVO LAÍNEZ BELTRÁN** con número de cédula **2400283772**.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar confidencialidad de los datos de los pacientes, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Atentamente,


FIRMA

Dr. Ronny Raymon Moscoso Meza
Director Asistencial
Hospital General Monte Sinaí

Dirección: Av. Casuarina Km 7, Sector Monte Sinaí / Guayaquil-Ecuador
Teléfono: 593-4-3810-400 - www.salud.gob.ec

 **Gobierno** | Juntos lo logramos
del Encuentro

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

(Formato No. BIB-009)

La Libertad, 27 de mayo del 2022

001-EPP-2022

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado: **AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL MONTE SINAI, GUAYAQUIL 2022**, elaborado por **LAÍNEZ BELTRÁN WILMER GUSTAVO** estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el **3 %** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

ELENA PEREZ PONS

Lic. Elena Pérez Pons, MSc

Cédula: 1756805444

Tutor de trabajo de titulación

Reporte Urkund

Curiginal

Document Information

Analyzed document	TESIS URKUND WILMER LAÍNEZ BELTRÁN.docx (D138250307)
Submitted	2022-05-27T19:18:00.0000000
Submitted by	Elena Perez Pons
Submitter email	eperez@upse.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	eperez.upse@analysis.urkund.com

Fuentes de similitud

Sources included in the report

SA	REVISION URKUND_ERIKA CHIMBOLEMA MOROCHO.docx Document REVISION URKUND_ERIKA CHIMBOLEMA MOROCHO.docx (D118387703)		2
W	URL: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-renal-cronica-erc-adulto/ Fetched: 2020-05-31T20:23:27.1970000		1
W	URL: https://www.minsalud.gov.co/Regiones/Paginas/Enfermedad-Renal-y-Obesidad-%E2%80%93-Estilos-de-Vida-Saludables.-R%C3%B1ones-Saludables.aspx Fetched: 2020-01-13T23:40:49.9300000		1
SA	TESIS.docx Document TESIS.docx (D13869618)		1
W	URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003 Fetched: 2021-11-06T02:02:13.5100000		3
W	URL: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/insuficiencia-renal-cronica-calidad-y-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-dializado/ Fetched: 2021-12-15T10:56:35.8000000		4
SA	insuficeneia renal.pdf Document insuficeneia renal.pdf (D54422803)		1
W	URL: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92068 Fetched: 2020-07-08T22:40:20.1570000		1