

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA PLANIFICACIÓN
ANTICIPADA DE ASISTENCIA SANITARIA EN ESPECIALISTAS DE NEFROLOGÍA
EN ECUADOR”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADOS PALIATIVOS**

AUTOR: KAREN LIZBETH GRIJALVA CANDO

DIRECTORA: ANDREA VALERIA ARAUJO LASCANO

ASESORA METODOLÓGICA: JACQUELINE ELIZABETH CEVALLOS

SALAZAR

QUITO, OCTUBRE 2025

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Doctora Valeria Araujo directora teórica y a la Doctora Jacqueline Cevallos asesora metodológica, por su participación y valiosa colaboración para la culminación de este proyecto de investigación.

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia, por su apoyo incondicional en el arduo proceso de mi formación académica y por su constante acompañamiento que hizo posible el logro de este objetivo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIA.....	3
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	12
CAPÍTULO I.....	14
INTRODUCCIÓN.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
Enfermedad renal crónica.....	16
Etapas de la enfermedad renal crónica.....	17
Enfermedad renal crónica avanzada.....	18
Insuficiencia renal crónica terminal.....	18
Diálisis o ultrafiltración paliativa.....	19
Manejo renal conservador.....	19
Cuidado conservador integral.....	20
Planificación anticipada de asistencia sanitaria.....	20
Impacto de la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la práctica clínica.....	23
Regulación legal de las directrices anticipadas de atención.....	24

Estudios de conocimientos actitudes y prácticas (CAP)	25
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
Problema de investigación.....	29
Objetivos.....	29
Objetivo General	29
Objetivos Específicos	29
Hipótesis	29
Tipo y Diseño de la Investigación	30
Población y Muestra del Estudio.....	30
Criterios de Inclusión	30
Criterios de Exclusión	30
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Muestra.....	30
Procedimientos de Recolección de Información	31
Operacionalización de Variables	32
Aspectos Bioéticos	37
Plan de Análisis de los Datos	37
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANALISIS.....	39
Características sociodemográficas y de formación	39
Nivel de conocimiento sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio.....	40
Actitudes y prácticas sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio.....	41
Actitudes sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población	41

Prácticas sobre planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio	44
Asociación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación anticipada de asistencia sanitaria con los factores sociodemográficos y de formación profesional	47
Contraste de información en base a variables y nivel de conocimiento	47
Asociación bivariado entre alto conocimiento y variables sociodemográficas y de formación	50
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	58
Limitaciones y Ventajas de la Investigación	62
CAPÍTULO VI	63
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Clasificación de los grados de ERC en función del FG y la albuminuria o proteinuria..</i>	18
Tabla 2 <i>Diferencias entre Documento de voluntades anticipadas y Planificación anticipada de cuidado</i>	23
Tabla 3 <i>Operacionalización de variables</i>	32
Tabla 4. <i>Características sociodemográficas y de formación de los especialistas (edad, sexo, años de experiencia, institución, capacitación).....</i>	39
Tabla 5. <i>Asociación bivariada entre alto conocimiento y variables sociodemográficas/de formación (prueba y OR con IC95%)</i>	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de conocimiento sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio.....	40
Figura 2. Utilidad de la PAAS para los profesionales	41
Figura 3. Utilidad de la PAAS para los pacientes/familiares	42
Figura 4. Registro de la PAAS como garantía de atención y respeto de preferencias del paciente al final de la vida.	42
Figura 5. Frecuencia de recomendación de PAAS.....	43
Figura 6. Deseo de recibir capacitación sobre PAAS.....	43
Figura 7. Realización de PAAS en la práctica clínica	44
Figura 8. Dificultad o incomodidad para hablar con los pacientes respecto a la PAAS	44
Figura 9. Tiempo para dar información sobre el diagnóstico y pronóstico	45
Figura 10. Tiempo para escucha activa, explorar lo que es importante para el paciente y facilitar la toma de decisiones	45
Figura 11. Potencial de la PAAS para una atención centrada en las preferencias del paciente ..	46
Figura 12. Nivel de conocimiento acorde a sexo	47
Figura 13. Nivel de conocimiento acorde a edad.....	48
Figura 14. Nivel de conocimiento acorde a institución en donde labora	48
Figura 15. Nivel de conocimiento acorde si recibieron capacitación previa	49
Figura 16. Factores asociados al alto conocimiento sobre PAAS (OR ajustadas, modelo logístico)	50
Figura 17. Significancia de los predictores del alto conocimiento ($-\log_{10} p$)	51
Figura 18. Curva de p-valor para la OR de capacitación (Sí vs No).....	52

Figura 19. Probabilidad ajustada de alto conocimiento según años de experiencia (IC95%)	53
Figura 20. Probabilidad ajustada de alto conocimiento según edad (IC95%).....	53
Figura 21. Asociaciones bivariadas con el 'alto conocimiento' (forest plot de OR con IC95%) ..	54
Figura 22. Factores asociados a la realización de PAAS: OR ajustadas (modelo logístico multivariado).....	55
Figura 23. Factores asociados a la práctica de PAAS: OR ajustadas (modelo Firth)	56
Figura 24. Probabilidad ajustada de realizar PAAS según años de experiencia	57

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La planificación anticipada de asistencia sanitaria (PAAS) es un proceso que explora los objetivos de vida y las preferencias de los pacientes para elaborar un plan de atención congruente con sus necesidades. Este estudio buscó determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la planificación anticipada de atención y su asociación con los factores sociodemográficos y de formación profesional de los nefrólogos en Ecuador.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, a través de un muestreo no probabilístico en los profesionales de salud miembros de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología. Para el análisis se utilizaron medidas de tendencia central y frecuencias y análisis bivariado.

RESULTADOS: La muestra estuvo compuesta por 52 nefrólogos, 57,7 % (n= 30) fueron hombres, con una edad media de 41 años; respecto a la experiencia laboral, el 46,2 % (n= 24) indicó tener de 10-15 años de servicio. La población declaró desempeñar predominantemente sus actividades médicas en el sector privado 61,5 % (n= 32); en cuanto a la capacitación previa en PAAS, el 82,7 % (n= 43) afirmó no tener preparación formal. En el nivel de conocimiento sobre planificación anticipada de cuidado, la distribución se concentró en la categoría de Bueno 34,6 % (n= 18) y con fines de análisis, al agrupar las categorías Excelente y Muy bueno como alto conocimiento, el 28,8 % (n= 15) alcanzó este umbral. Cerca del 80% coincidió que la PAAS es muy útil para los profesionales de la salud y los pacientes/familiares, esta uniformidad indica una amplia aceptación del enfoque tanto desde el punto de vista clínico como enfocado en el paciente. Por otro lado, la ejecución efectiva de la PAAS fue menor, el 53,8 % (n= 28) de los especialistas indicó no haberla realizado en ninguna ocasión durante su práctica. El estudio evidenció una

relación en cuanto a tener un alto conocimiento y haber sido capacitado, con estar empleado en entidades privadas o IESS frente al MSP y pertenecer al grupo de edad de 45 a 54 años.

CONCLUSIONES: El nivel de conocimiento global sobre planificación anticipada de atención en salud se considera moderado, con una proporción limitada de profesionales que alcanzan niveles de excelencia. No obstante, la actitud hacia la PAAS es altamente favorable, al reconocerla como una práctica beneficiosa y recomendable. Este contraste entre la valoración positiva y la limitada aplicación evidencia una brecha significativa entre la percepción y la acción. Se recomienda implementar programas de formación estructurados, asegurar espacios para la comunicación y normar procedimientos que faciliten la incorporación de PAAS y su uso efectivo en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Planificación anticipada de atención, enfermedad renal crónica, personal de salud, nefrólogos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Advance care planning (ACP) is a process that explores patients' life goals and preferences to develop a care plan consistent with their needs. This study sought to determine the knowledge, attitudes, and practices of advance care planning and its association with sociodemographic factors and professional training among nephrologists in Ecuador.

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge, attitudes and practices in the advance planning of health care in nephrology specialists in Ecuador.

METHODS: An observational, descriptive, cross-sectional study using a non-probability sample of healthcare professionals who are members of the Ecuadorian Society of Nephrology. Measures of central tendency and frequencies, as well as bivariate analysis, were used for the analysis.

RESULTS: The sample consisted of 52 nephrologists, 57.7% (n=30) were men, with a mean age of 41 years; regarding work experience, 46.2% (n=24) reported having 10-15 years of service. The population declared that they predominantly perform their medical activities in the private sector (61.5% (n=32)); regarding prior training in ACP, 82.7% (n=43) stated they had no formal training. Regarding the level of knowledge about advance care planning, the distribution was concentrated in the Good category (34.6% (n=18), and for analytical purposes, when grouping the Excellent and Very Good categories as high knowledge, 28.8% (n=15) reached this threshold. Nearly 80% agreed that the ACP is very useful for healthcare professionals and patients/family members; this consistency indicates broad acceptance of the approach from both a clinical and patient-centered perspective. On the other hand, the actual implementation of the ACP was lower; 53.8% (n=28) of specialists reported never having performed it during their practice. The study showed a relationship between having a high level of knowledge and having received training,

being employed by private entities or the IESS (Social Security Institute) versus the MSP (Ministry of Public Health), and belonging to the 45-54 age group.

CONCLUSIONS: The global level of knowledge about advance care planning is considered moderate, with a limited proportion of professionals achieving levels of excellence. However, the attitude toward ACP is highly favorable, recognizing it as a beneficial and recommendable practice. This contrast between positive assessment and limited application highlights a significant gap between perception and action. It is recommended to implement structured training programs, ensure spaces for communication, and standardize procedures that facilitate the incorporation of ACP and its effective use in clinical practice.

KEYWORDS: Advance care planning, chronic kidney disease, health personnel, nephrologists.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La planificación anticipada de asistencia sanitaria (PAAS) es un proceso que explora los objetivos de vida y las preferencias de los pacientes para elaborar un plan de atención congruente con sus necesidades (Zhu et al., 2023).

Por su parte la enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por una disminución progresiva y persistente de la capacidad de los riñones para realizar sus funciones esenciales. Se conoce su alta morbilidad y actualmente representa un desafío para la salud pública debido a su creciente prevalencia (Milena Hernández-Zambrano et al., 2019). En este sentido, los nefrólogos deben estar preparados para implementar la planificación anticipada de atención en los pacientes con un enfoque integral, basado en una comunicación efectiva sobre las preferencias y necesidades del enfermo, que potencie su autonomía y optimice la calidad de la atención.

Estudios internacionales respecto a la planificación anticipada de cuidado, han evidenciado limitaciones en su implementación debido a barreras como la falta de acceso a material sobre PAAS, de protocolos y de tiempo clínico suficiente (Zhu et al., 2023). En Ecuador la investigación científica sobre planificación anticipada de cuidado es escasa, por lo que éste estudio buscó determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la PAAS y su asociación con los factores sociodemográficos y de formación profesional de los nefrólogos, con el fin de identificar brechas y proponer estrategias que fortalezcan su implementación en la práctica clínica para asegurar una atención integral en pacientes con ERC.

JUSTIFICACIÓN

Los nefrólogos tienen un papel fundamental en el transcurso de la enfermedad de los pacientes con ERC. Los pacientes y sus familias están en constante toma de decisiones, por ello la importancia de la planificación anticipada como parte del proceso terapéutico. Por otro lado, la actividad médica propende a la no limitación del esfuerzo terapéutico lo que podría violentar la autonomía del individuo. Reflexionar sobre los límites del profesional y las preferencias del paciente puede ayudar en la atención integral centrada en el enfermo (Díaz De Argote-Cervera et al., 2022). La PAAS representa un paso en el respeto por la autonomía del individuo y en el empoderamiento respecto a la toma de decisiones al final de su vida.

La ERC es una condición que afecta a 850 millones de personas a nivel global, lo que representa al 10% de los adultos en el mundo y cada año causa al menos 2,4 millones de muertes. Según datos de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, hasta el 2017, 13 000 personas recibieron terapia renal sustitutiva y de estos, 12 000 se sometieron a hemodiálisis (Murillo et al., 2020). En este sentido, los especialistas deben estar preparados para implementar la planificación anticipada de atención en los pacientes con un enfoque integral.

Un estudio que exploró los conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales daneses del área de Nefrología respecto a la planificación anticipada de cuidado, encontró que el 66 % del total indicó que carecía de acceso a material sobre PAAS, el estudio concluyó que el tiempo insuficiente, la falta de experiencia y de protocolos eran factores importantes que impedían la planificación anticipada de atención (Frandsen et al., 2023). La escasez de investigación en Ecuador sobre la PAAS destaca la importancia de explorar la variabilidad de los conocimientos, actitudes y prácticas de los nefrólogos respecto a la planificación anticipada de atención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La gestión de la ERC representa un desafío multidimensional para los sistemas de salud. Las personas con insuficiencia renal crónica tienen menos probabilidades de contar con una planificación anticipada de cuidado y de recibir cuidados paliativos en comparación con otras poblaciones de enfermedades crónicas (Winterbottom et al., 2024). La PAAS emerge como un enfoque para mejorar la calidad de atención de estos pacientes, permite tomar decisiones informadas y compartidas sobre su atención médica futura. Este marco teórico explora los conceptos fundamentales de la ERC, la PAAS, la importancia de los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos especialistas en nefrología y el impacto de estos factores en la implementación efectiva de la PAAS en la práctica clínica.

Enfermedad renal crónica

La ERC en el adulto se caracteriza por una alteración estructural o funcional renal persistente durante 3 meses o más, independientemente de la causa. Es una enfermedad progresiva y el daño renal se evidencia en estudios de imagen o biopsia renal, anomalías en el sedimento urinario o en el aumento de la excreción urinaria de albúmina (Vaidya & Aeddula, 2024).

La ERC afecta a más del 20 % de las personas mayores de 60 años que padecen enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. La prevalencia de la ERC puede alcanzar el 35–40 %, con un importante impacto en la morbimortalidad. Entre las causas se encuentran 3 categorías, que incluyen la prerrenal (con disminución de la presión de perfusión renal), la renal intrínseca (patología de los glomérulos, vasos o túbulo-intersticial) y la postrenal (obstructiva); entre estas causas, las más frecuentes relacionadas a la ERC avanzada (ERCA) se encuentran la nefropatía diabética, la cuál es la principal causa de inicio de tratamiento renal

sustitutivo (TRS), la enfermedad glomerular primaria o secundaria, la enfermedad vascular arterioesclerótica, nefropatías congénitas o hereditarias, nefropatías intersticiales, obstrucción prolongada del tracto urinario y enfermedades sistémicas como lupus o vasculitis (Sellarés & Rodríguez, 2023).

Etapas de la enfermedad renal crónica

La ERC se clasifica en seis grados según el filtrado glomerular (FG) y en tres categorías según la albuminuria. El deterioro del FG se presenta en los grados G3-G5, sin embargo, en las categorías G1 y G2 se requieren otros signos de daño renal (Sellarés & Rodríguez, 2023). La medición del FG y la determinación de la proteinuria, son herramientas para el diagnóstico y manejo de la ERC, a cualquier grado de FG el incremento de albuminuria determina mayor mortalidad cardiovascular y mayor progresión de la enfermedad renal. Las Guías KDIGO recomiendan el uso del FG estimado en base a la creatinina, cuyo rango normal es de 0,8-1,3 mg/dl en el hombre y 0,6-1,0 mg/dl en la mujer, con cambios de $\pm 0,3$ mg/dl. Las fórmulas más empleadas en la práctica clínica para el cálculo del FG a partir de la creatinina son la de Cockcroft-Gault, el MDRD y la ecuación de CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) que ha demostrado mejores resultados en cuanto a precisión. La interpretación de los niveles de creatinina requiere considerar ciertas variantes como las dietas proteicas, el peso corporal extremo, con un IMC < 19 kg/m² o > 35 kg/m², dietas especiales (vegetarianos, suplementos de creatinina o creatina) o malnutrición, alteraciones de la masa muscular (amputaciones o pérdida de masa muscular), edema generalizado o ascitis (Sellarés & Rodríguez, 2023).

Tabla 1

Clasificación de los grados de ERC en función del FG y la albuminuria o proteinuria

Categoría ERC	FG (ml/min/1,73 m²)	Descripción		
G1	≥ 90	Normal o elevado		
G2	60-89	Ligeramente disminuido		
G3a	45-59	Ligera o moderadamente disminuido		
G3b	30-44	Moderada o gravemente disminuido		
G4	15-29	Gravemente disminuido		
G5	< 15	Falla renal		
Categorías de albuminuria y proteinuria	Orina 24 horas	Muestra aislada Alb/Cre		Muestra aislada
	mg/24h	mg/g	mg/mmol	Pro/Cre (mg/mg)
A1: Normal o levemente elevada	<30	<30	<3	<0,15
A2: Moderadamente elevada	30-300	30-300	3-30	>150-500
A3: Muy elevada	>300	>300	>30	>500

Nota: Tomado de (Sellarés & Rodríguez, 2023)

Enfermedad renal crónica avanzada

La ERCA corresponde a la etapa G4, caracterizada por la presencia de proteinuria. En este grado la tasa de excreción urinaria de proteínas es mayor a los 200 µg/min (alrededor de 300 mg/día). Aproximadamente el 30 a 40 % de los pacientes diabéticos insulino dependientes llegan a esta etapa. La duración media de la ERCA desde la detección de la proteinuria a la enfermedad terminal es alrededor de 5 a 8 años; sin embargo, este tiempo puede ser más prolongado con un adecuado tratamiento (Vaidya & Aeddula, 2024).

Insuficiencia renal crónica terminal

La Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) corresponde al grado 5 y se caracteriza por la presencia de síndrome nefrótico y síndrome urémico, ocurre aproximadamente en el 40 % de los

pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente, generalmente después de 20 a 25 años del inicio de la enfermedad. La supervivencia media de estos pacientes es de siete meses sin tratamiento renal sustitutivo (TRS) (Vaidya & Aeddula, 2024).

En la ERCA y en la IRCT se presentan conceptos relacionados con el abordaje del paciente en situaciones de enfermedad avanzada. Uno de ellos es el manejo renal conservador o cuidado conservador integral, que corresponde al consenso entre el médico y el paciente/familia de mantener un manejo conservador de la enfermedad renal. También cuando la situación clínica o funcional se ha deteriorado, o cuando existe una alta carga de comorbilidad, fragilidad o demencia, se debería consensuar, junto con el paciente y/o su familia, el cambio gradual de los objetivos terapéuticos. En estos casos se pueden realizar modificaciones como una reducción gradual de las sesiones de diálisis, diálisis paliativa o incluso la suspensión del TRS. En la IRCT se ha considerado que la suspensión de la diálisis puede ser un proceso saludable para el paciente, la familia y el equipo de salud, por lo que se ha publicado un protocolo de retirada de diálisis denominado Intro-PAC-WDC (Sellarés & Rodríguez, 2023).

Diálisis o ultrafiltración paliativa

La diálisis o ultrafiltración paliativa es un tratamiento menos intensivo que la diálisis convencional, la diálisis paliativa se alinea con los objetivos de atención de los cuidados paliativos y busca asegurar un adecuado control de los síntomas y no solamente se basa en indicadores metabólicos (Nitola-Mendoza et al., 2023).

Manejo renal conservador

Este manejo es una alternativa al tratamiento renal sustitutivo e integra los valores y principios de los cuidados paliativos. El manejo conservador se enfoca en el adecuado control de los síntomas relacionados a la enfermedad renal crónica avanzada o terminal y se plantea en

pacientes que no desean o en quienes está contraindicada la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o el trasplante renal (Nitola-Mendoza et al., 2023).

Cuidado conservador integral

Es el cuidado holístico centrado en los pacientes con ERC G5 que no son candidatos a TRS. Estos cuidados incluyen las intervenciones para retrasar la progresión de la enfermedad renal y disminuir el riesgo de complicaciones, también incluye la toma de decisiones compartida, el manejo de los síntomas, la planificación anticipada de los cuidados, el apoyo psicológico, social y familiar, y el acompañamiento espiritual (Nitola-Mendoza et al., 2023).

Planificación anticipada de asistencia sanitaria

Definición

Es un proceso comunicativo, relacional y estructurado, que tiene como objetivo facilitar la comprensión de la vivencia de la enfermedad que afronta una persona, para identificar sus valores, preferencias y expectativas en cuanto a la atención médica y cuidados que quiere recibir, incluso en el final de la vida. Su objetivo principal es promover la toma de decisiones compartida. En este proceso la participación de la familia es esencial, ya que es el momento para resolver dudas, facilitar la comunicación sobre la enfermedad y conocer las preocupaciones del paciente y su familia (Nitola-Mendoza et al., 2023).

Beneficios

El principal beneficio de la PAAS es el de garantizar la autonomía del paciente hasta el final de su vida. Los estudios señalan otros beneficios, entre los que se encuentran:

Instaurar un vínculo de confianza entre el paciente, la familia y el equipo de salud para una mejor adherencia terapéutica (Nitola-Mendoza et al., 2023).

Asegurar que los pacientes reciban tratamientos alineados con sus preferencias y necesidades, para reducir la carga de la toma de decisiones a la familia y la sobrecarga emocional que implica el cuidado al final de la vida.

Mayor probabilidad de que los profesionales de la salud y los familiares comprendan y cumplan con los deseos del paciente.

Reducir el empleo de tratamientos desproporcionados al final de la vida, y alcanzar un mayor seguimiento por los equipos de cuidados paliativos.

Mayor satisfacción con la calidad de la atención y mayor probabilidad de que el paciente muera en su lugar de preferencia.

Menor riesgo de problemas relacionados a la ansiedad y la depresión en los familiares durante el duelo (Dias et al., 2022).

Procedimiento

La PAAS es un proceso complejo que no debe realizarse en una sola reunión. Para su elaboración se necesita establecer una relación médico-paciente de confianza, que permita explorar los valores, los objetivos de vida y las preferencias de la persona. Este proceso puede iniciarse en cualquier momento durante la trayectoria de la enfermedad, sin embargo, se prefiere realizarla cuando el paciente se encuentre clínica y emocionalmente estable para que pueda expresar sus preferencias y necesidades (Dias et al., 2022).

En la ERCA el curso de la enfermedad es dinámico y la planificación anticipada de cuidado puede dividirse en tres momentos según la trayectoria clínica en la que se encuentre el paciente: el primero es el de información, donde se explica al paciente y su familia el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, es importante para tener una base sólida para la continuidad del proceso; el segundo momento, en el que existe pérdida de la funcionalidad y se presenta como un punto de inflexión, es en donde se puede plantear una adecuación del esfuerzo terapéutico y el manejo renal

conservador versus TRS o ingresos versus manejo domiciliario; y el tercer momento, en donde se toman decisiones sobre el final de vida (Nitola-Mendoza et al., 2023). La planificación anticipada como proceso de comunicación puede realizarse de forma temprana y las veces que sean necesarias, ya que la opinión del paciente, sus necesidades o su situación clínica pueden cambiar.

Para la elaboración de la PAAS aún no existe una sistematización sobre su contenido, sin embargo, se puede dividir en las etapas que se describen a continuación:

Preparación: Se realiza previo a la conversación con el paciente, incluye una revisión exhaustiva de la historia clínica, el pronóstico y las opciones terapéuticas. También se puede obtener información sobre los factores psicosociales del paciente en la discusión con otros miembros del equipo de salud.

Introducción: En este momento se aclara el propósito de la conversación y se establece una relación de confianza entre médico y paciente/familia, para lograr una comunicación efectiva.

Identificación de la percepción del paciente: Etapa en donde se accede a las perspectivas del paciente y al afrontamiento de la enfermedad, incluye la finitud, las emociones y cuestiones prácticas relacionadas con el final de la vida. Es la parte central del proceso de comunicación.

Acción: Parte final en donde se registra la información de la discusión en la historia clínica (considerado un documento legal) (Dias et al., 2022).

Diferencias entre planificación anticipada de asistencia sanitaria y documento de voluntades anticipadas

En ocasiones se confunde la PAAS con el documento de voluntades anticipadas (DVA) o documento de instrucciones previas. El DVA puede formar parte de la PAAS; sin embargo, el proceso de planificación anticipada facilita la comprensión de los deseos del paciente y crea estrategias de intervención estructuradas más efectivas que tan solo un registro aislado. El DVA

sería el documento legal, mientras la PAAS es un proceso clínico que busca integrar al paciente y su familia en el proceso de toma de decisiones (Nitola-Mendoza et al., 2023).

Tabla 2

Diferencias entre Documento de voluntades anticipadas y Planificación anticipada de cuidado

Documento de voluntades anticipadas (DVA) o Documento de instrucciones previas	Planificación anticipada de cuidado (PAC) o Planificación anticipada de asistencia sanitaria (PAAS)
Legal	Protocolo asistencial
Para todos los adultos sin importar su estado de salud. Lo pueden realizar a cualquier edad, a partir de los 18 años.	Para aquellas personas con enfermedad avanzada, fragilidad o un pronóstico limitado. Lo pueden realizar a cualquier edad, dependiendo del estado de salud.
Documento con instrucciones a tomarse en cuenta, en situaciones teóricas en las que una persona puede no tener capacidad para tomar decisiones, la persona nombra un representante legal y el documento está firmado por el paciente y es formalizado a través de un notario o ante tres testigos.	Proceso comunicativo-deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la comprensión de la vivencia de la enfermedad y el cuidado de la persona que afrontan una trayectoria de enfermedad.
Incluye pautas para situaciones futuras imaginadas que pueden surgir y para las cuales una persona puede tener preferencias por un tipo particular de plan de atención.	Identifica los valores, preferencias y expectativas de atención de la persona. Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida.

Nota: Adaptado de (Lombardo et al., 2023)

Impacto de la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la práctica clínica

La ERCA afecta a una población cada vez más anciana, frágil y multimórbida, por lo que se resalta la importancia de integrar las vías de atención al final de la vida, la evaluación de la fragilidad y el apoyo con la atención mejorada para este grupo de pacientes. Las personas con insuficiencia renal experimentan altas tasas de hospitalización y otros tratamientos intensivos en los últimos meses de vida (Naik et al., 2024).

La calidad de la atención en la ERCA se puede evaluar utilizando indicadores a partir de dimensiones identificadas según el estadio de la enfermedad. Actualmente no existe un consenso de indicadores de calidad para el abordaje de cuidados paliativos en la ERCA; sin embargo, numerosos trabajos han presentado estándares que pueden orientar los requerimientos de la atención y los resultados esperados de la misma. En 2015, la conferencia de controversias de KDIGO sobre la atención en la ERC desarrolló una hoja de ruta para mejorar la calidad de la atención en ERCA que incluye siete dominios: retrasar la progresión de la enfermedad y minimizar el riesgo de complicaciones; la toma de decisiones compartida; el manejo activo de los síntomas; la planificación anticipada de la atención; el apoyo psicológico; el apoyo social y familiar; y el abordaje de los dominios culturales y espirituales de cuidado.

Un consenso canadiense en el 2018 utilizó los dominios de evaluación de la calidad de la atención en ERCA e identificó algunos indicadores, entre los cuales están: la evaluación del dolor; el acceso a servicios especializados de cuidados paliativos; la planificación anticipada; la consideración de las creencias y los valores del paciente en el plan terapéutico; la evaluación y el control de síntomas. El indicador con mayor puntuación en el consenso fue el porcentaje de pacientes que mueren en el lugar que desean, siendo un aspecto que garantiza el respeto a la autonomía de los pacientes (Nitola-Mendoza et al., 2023).

Regulación legal de las directrices anticipadas de atención

Las directrices anticipadas abarcan tanto el documento de voluntades anticipadas (DVA) como la planificación anticipada de asistencia sanitaria (PAAS). A pesar de que las directrices anticipadas están aprobadas por algunos países en sus legislaciones, su uso es limitado y la lucha para implementarlas en práctica ha tomado décadas, lo que marca que el desarrollo legislativo va por delante de la realidad sociológica. En España, hubo un gran esfuerzo por parte de los

legisladores para poner en práctica las voluntades anticipadas desde 2002, sin embargo, la planificación de las voluntades anticipadas ha fracasado, porque su prevalencia es muy baja, existe desconocimiento sobre las mismas y tienen poco impacto en las decisiones clínicas. En cuanto a América Latina, Puerto Rico fue el primer país en aprobar en 2001 la ley 160 que atiende al derecho de intimidad y reconoce la autonomía del paciente. En el 2004 en Buenos Aires, Argentina, se aprobó el Registro de los Actos de Autoprotección y Prevención de Eventual Incapacidad. Uruguay en 2009, con la Ley 18.473 autorizó la voluntad anticipada de cuidados. Por su parte, en Brasil en el 2012 las voluntades anticipadas fueron tratadas con la Resolución CFM 1.995/2012, que representó un avance importante en la legislación acerca de los derechos del paciente terminal. El Ecuador, es un Estado que garantiza el derecho a la vida y la autonomía de voluntad en uno de los principios Constitucionales como lo sustenta el numeral 29 del artículo 66 de la Carta Magna del Ecuador. Además, el código civil del Ecuador, en su artículo 8 menciona que: “A nadie puede impedirse la acción que no esté prohibida por la ley”. Con esta base legal, y a pesar de que las directrices anticipadas no están reconocidas dentro del ordenamiento jurídico, esto no significa que no puedan ser empleadas por los pacientes y promovidas por los profesionales de la salud (García et al., 2023).

Estudios de conocimientos actitudes y prácticas (CAP)

Definición

El estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es un método cuantitativo que se aplica a una población específica para determinar lo que saben, cómo se sienten y cómo actúan respecto a un tema particular. Cada dominio busca examinar: el nivel de conocimiento del individuo; las actitudes, que combinan un componente cognitivo que incluye información, experiencias y juicios positivos o negativos, un componente afectivo, que involucra emociones y

valores, y un componente comportamental, relacionado con habilidades cognitivas y sociales; finalmente, las prácticas que representan la acción concreta o destreza que integra los dominios anteriores, y se entienden como la realización de una actividad (Cuartas-Gómez et al., 2019).

Utilidad

Los estudios CAP se han popularizado, particularmente en el ámbito de la salud, en donde proporcionan información para la asignación de recursos, la planificación y la implementación de programas de salud pública (Andrade et al., 2020). Para ejecutar un estudio CAP se requiere la identificación de la población objetivo, la elaboración de una encuesta con la determinación de los ítems del instrumento, la creación de opciones de respuesta, el método de calificación y su validación.

Entre las razones para realizar un estudio CAP se encuentran:

Identificar el nivel de conocimientos, las actitudes, creencias y los comportamientos de una población objetivo en relación con un tema específico de salud.

Comprender, analizar y comunicar el estado actual respecto al nivel de conocimientos y prácticas de temas de interés o poco explorados.

Proporcionar información sobre las necesidades y las barreras relacionadas con el desarrollo o la implementación de intervenciones de salud pública.

Análisis del uso de estudios de CAPs en la planificación anticipada de asistencia sanitaria

La PAAS constituye un enfoque proactivo y colaborativo en el que el paciente, sus familiares y los profesionales de la salud mantienen una comunicación efectiva para establecer los valores y objetivos de vida del enfermo y alinear su atención médica con sus preferencias y necesidades, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y aumentar la satisfacción del paciente y su familia (Sánchez Tomero, 2009). Un estudio realizado en Reino Unido sobre la

planificación de atención, en donde se entrevistó a 18 pacientes con ERC en diálisis o que habían optado por tratamiento renal conservador, concluyó que al igual que en investigaciones previas, las personas con insuficiencia renal eran conscientes de la gravedad de su enfermedad y de las consecuencias de suspender la diálisis y también determinó que los pacientes valoraban la oportunidad de discutir temas del final de la vida con los profesionales de la salud. Además, el estudio recalcó que iniciar conversaciones en fases tempranas de la trayectoria de la enfermedad puede ayudar a las personas con insuficiencia renal a participar en discusiones continuas y permite una mejor preparación y participación en la toma de decisiones sobre futuros tratamientos y atención (Winterbottom et al., 2024).

Los conocimientos, actitudes y prácticas de los nefrólogos respecto a la planificación anticipada de la asistencia sanitaria juegan un rol importante en su implementación efectiva (Díaz De Argote-Cervera et al., 2022). Un estudio realizado en Dinamarca que identificó los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de Nefrología respecto a la PAAS, recalcó que existen factores como la falta de información, tiempo y experiencia en PAAS que dificultan su implementación. En general, los estudios revisados concluyeron que los profesionales requieren mayor conocimiento sobre la PAAS y mejorar sus habilidades comunicativas, las restricciones institucionales debido a políticas internas o recursos limitados también fueron resaltadas (Frandsen et al., 2023).

Dados los hallazgos en los estudios mencionados, esta investigación busca determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la PAAS y su asociación con los factores sociodemográficos y de formación profesional de los nefrólogos. Los resultados permitirían conocer la situación actual de la PAAS e identificar los factores limitantes y facilitadores para su implementación. Con esta información, a futuro se pueden diseñar intervenciones basadas en

evidencia, orientadas a fortalecer los aspectos positivos y abordar las deficiencias identificadas, con lo que se espera mejorar la calidad de atención de los individuos afectados por la ERC.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Problema de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador?

Objetivos

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar las variables sociodemográficas y de formación de la población de estudio.
2. Describir el nivel de conocimiento sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio.
3. Identificar las actitudes y prácticas sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio.
4. Determinar la asociación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación anticipada de asistencia sanitaria con los factores sociodemográficos y de formación profesional.

Hipótesis

Los médicos nefrólogos con mayor conocimiento en PAAS muestran mejores actitudes y prácticas más consistentes en la implementación de la PAAS. La variabilidad en los CAPs sobre

planificación anticipada de los profesionales de la salud podría estar asociada con factores obstaculizadores dependientes de la falta de capacitación, tiempo y experiencia en la práctica clínica habitual de pacientes con ERC.

Tipo y Diseño de la Investigación

Es un estudio descriptivo trasversal, se utilizó datos recopilados a través de una encuesta estructurada para explorar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la PAAS en médicos especialistas en Nefrología.

Población y Muestra del Estudio

La población objetivo incluyó a médicos especialistas de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, activos en su práctica clínica en hospitales, clínicas y unidades públicas o privadas. La muestra fue de 52 participantes a través de un muestreo no probabilístico.

Criterios de Inclusión

- Médicos especialistas en Nefrología miembros de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología.
- Médicos que acepten ser parte de la investigación tras consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Especialistas no activos en su práctica clínica durante el período de estudio.
- Instrumentos incompletos.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Muestra

Se obtuvo la información de las variables sociodemográficas y el cuestionario a través de una encuesta digital enviada por correo electrónico, con uso de la plataforma Microsoft Forms, (Anexo 1)

El cuestionario constó de seis secciones: 1. Declaratoria de consentimiento informado, 2. Declaratoria de revocatoria de consentimiento informado, 3. Datos demográficos y de formación, 4. Conocimientos sobre la PAAS, 5. Actitudes sobre la PAAS, 6. Prácticas sobre la PAAS. Las tres últimas secciones tienen 5 preguntas, las mismas fueron elaboradas basándose en estudios internacionales y bibliografía actualizada sobre PAAS. El llenado del instrumento fue autoadministrado y tomó un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

Se envió la encuesta piloto para revisión y validación por profesionales de la salud expertos en Cuidados Paliativos y PAAS (no participantes del estudio) y con las recomendaciones de los encuestados se elaboró la encuesta final a ser utilizada.

Procedimientos de Recolección de Información

Una vez obtenido los datos mediante la aceptación del consentimiento informado y el llenado de la encuesta digital, se procedió a:

- Desarrollar la base de datos por medio de la filtración de los criterios de inclusión y exclusión detallados para esta investigación.
- Codificar las variables dependientes y variables independientes.
- Con la base de datos codificada, se procedió a exportarla al programa R Software para su posterior análisis estadístico.

Operacionalización de Variables

Tabla 3

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión/ Categoría	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del cuestionario.	Sociodemográfica	Medidas de tendencia central	Años cumplidos	Cuantitativa
Sexo	Condición genotípica y fenotípica de ser hombre o mujer	Sociodemográfica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Hombre 2= Mujer	Cualitativa
Años de experiencia	Años cumplidos desde el inicio de la práctica clínica especializada en Nefrología hasta el momento del estudio	Sociodemográfica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Menor 5 años 2= 5 a 10 años 3= 10 a 15 años 4= 15 a 20 años 5= Mayor a 20 años	Cualitativa
Tipo de institución	Área en la que los trabajadores acceden en razón de su trabajo	Sociodemográfica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= MSP 2= IESS 3= ISSFFAA 4= ISSPOL 5= Servicios privados	Cualitativa
Capacitación en PAAS	Conjunto de actividades didácticas o de enseñanza respecto a PAAS	Formación	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Si 2= No	Cualitativa

Definición de planificación anticipada de asistencia sanitaria	Proceso de planificación de los futuros cuidados médicos y/o no médicos en el caso que el paciente sea incapaz de tomar sus propias decisiones	Conocimiento	Frecuencias absolutas y porcentajes	<p>1= Consiste en no implementar, o retirar, aquellas acciones diagnósticas y/o terapéuticas que no ofrecen un beneficio al paciente y que podrían suponer una prolongación de su sufrimiento y deterioro de su calidad de vida.</p> <p>2= Documento en el que el paciente designa a una persona como garante de sus deseos en el caso de que no pueda expresar su voluntad y formalizado a través de un notario.</p> <p>3= Proceso comunicativo-deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la comprensión de la vivencia de la enfermedad y el cuidado de las personas implicadas, para identificar sus preferencias y expectativas de atención.</p> <p>4= No sabe</p>	Cualitativa
Regulación legal	Reglas que emite el Estado y, a través de ellas, se protegen aspectos sociales, económicos, políticos y técnicos que son de interés público	Conocimiento	Frecuencias absolutas y porcentajes	<p>1= Si</p> <p>2= No</p> <p>3= No sabe</p>	Cualitativa
Beneficios de la PAAS	Utilidad de realizar la planificación anticipada de asistencia sanitaria	Conocimiento	Frecuencias absolutas y porcentajes	<p>1= Mayor probabilidad de que el paciente reciba un tratamiento que esté en consonancia con sus deseos y valores.</p> <p>2= Puede reducir la carga emocional para los familiares del paciente.</p> <p>3= Promueve la instauración de medidas desproporcionadas.</p> <p>4= Disminuye los costos asociados con intervenciones que pueden ser innecesarias o desproporcionadas.</p> <p>5= No sabe</p>	Cualitativa

Elaboración temprana	Acción y efecto de elaborar la planificación anticipada de asistencia sanitaria	Conocimiento	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Verdadero 2= Falso	Cualitativa
Primera etapa de elaboración		Conocimiento	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Etapa en la que se establece una relación de confianza entre médico y paciente, para lograr una conversación más efectiva. 2= Etapa en la que el profesional de salud realiza una revisión exhaustiva del diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento. 3= Etapa en la que el médico accede a las perspectivas del paciente y el afrontamiento de la enfermedad. 4= Etapa en la que se registra la información de la discusión. 5= No sabe	Cualitativa
Nivel de conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje evaluado a través de una encuesta diseñada para la investigación	Conocimiento	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Excelente: 5 respuestas correctas 2= Muy bueno: 4 respuestas correctas 3= Bueno: 3 respuestas correctas 4= Regular: 2 respuestas correctas 5= Deficiente: 1 o menos respuestas correctas	Cualitativo
Utilidad para profesionales	Provecho o conveniencia de la planificación anticipada de asistencia sanitaria para los profesionales	Actitud	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Muy útil 2= Útil 3= Neutral 4= Algo útil 5= Nada útil	Cualitativa

Utilidad para familiares	Provecho o conveniencia de la planificación anticipada de asistencia sanitaria para los familiares	Actitud	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Muy útil 2= Útil 3= Neutral 4= Algo útil 5= Nada útil	Cualitativa
Utilidad en situación de últimos días	Provecho o conveniencia de la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la calidad de atención a los pacientes en sus últimos días	Actitud	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Si 2= No	Cualitativa
Recomendación a pacientes	Acción y efecto de aconsejar sobre la elaboración de la planificación anticipada de asistencia sanitaria a pacientes con enfermedad renal crónica	Actitud	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre	Cualitativa
Capacitación	Educación y enseñanza respecto a planificación anticipada de asistencia sanitaria	Actitud	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Si 2= No	Cualitativa
Elaboración de la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la práctica clínica	Acción de elaborar la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la práctica clínica	Práctica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Si 2= No	Cualitativa

Comunicación	Acción consciente de intercambiar información entre dos o más personas sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria	Práctica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Si 2= No	Cualitativa
Tiempo para proporcionar información	Magnitud que mide la duración de un acontecimiento, en este caso para dar información respecto a PAAS	Práctica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre	Cualitativa
Tiempo para escucha activa	Magnitud que mide la duración de un acontecimiento, para escuchar con interés las preferencias del paciente respecto a la PAAS	Práctica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre	Cualitativa
Experiencia en PAAS	Hecho de haber sentido, conocido o presenciado algún beneficio derivado de la PAAS en la práctica clínica	Práctica	Frecuencias absolutas y porcentajes	1= Si 2= No	Cualitativa

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador
Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Aspectos Bioéticos

Confidencialidad y Privacidad: El estudio se llevó a cabo mediante recopilación de datos de la base anónima proporcionada por la información recopilada, se utilizó solo con fines académicos y fue manejada solo por los investigadores.

Respeto a la Autonomía: El estudio aseguró el derecho de los participantes a retirarse en cualquier momento sin enfrentar penalizaciones.

Aprobación Ética: El presente tema de investigación y su protocolo fue aprobado por el CEISH-PUCE previo al inicio del estudio. Esta revisión garantiza que el estudio se adhiere a los estándares éticos internacionales y locales.

Manejo de Datos Sensibles: Dado que el estudio pudo involucrar la discusión de temas sensibles, como el proceso de la planificación anticipada de cuidado en pacientes con ERC, la realización de la encuesta fue opcional según la sensibilidad de cada participante.

Divulgación de Resultados: Los resultados del estudio, se obtuvieron a través del análisis de datos anónimos de los participantes, y contribuyen al conocimiento y mejora de la práctica médica en relación con la PAAS y el cuidado de pacientes con ERC

Plan de Análisis de los Datos

El presente estudio descriptivo transversal involucró una base de datos anonimizada que fue filtrada y codificada en una hoja de Excel. Posteriormente, esta base de datos fue exportada al programa R Software para su análisis y generación de tablas estadísticas. En lo que respecta a la estadística descriptiva, se llevaron a cabo análisis univariados de variables cuantitativas que incluyeron la media, mediana, moda y desviación estándar. Para las variables cualitativas, se realizaron análisis de frecuencias absolutas y porcentajes.

Luego, se procedió con un análisis que se llevó a cabo con regresiones logísticas binarias, a través de las que se obtuvo los valores de Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza respectivos. Para medir significancia se utilizó la prueba de chi-cuadrado, considerando significativo un valor $p < 0,05$. Además, se aplicaron tablas y gráficos estadísticos como recursos complementarios para mejorar la comprensión y análisis de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS

Características sociodemográficas y de formación

La población estuvo conformada por 52 especialistas en Nefrología con una edad media de 41 años (RIC 37,0–47,2); el 57,7 % (n= 30) fueron varones. Respecto a la experiencia laboral, el 46,2 % (n= 24) indicó tener de 10–15 años de experiencia y el 25 % (n= 13) entre 5–10 años. La población declaró desempeñar predominantemente sus actividades médicas en el sector privado 61,5 % (n= 32), seguido por MSP 21,2 % (n= 11) e IESS 17,3 % (n= 9). En cuanto a la capacitación previa en PAAS, el 82,7 % (n= 43) afirmó no tener preparación formal.

Tabla 4. *Características sociodemográficas y de formación de los especialistas (edad, sexo, años de experiencia, institución, capacitación)*

Variable	Categoría	N	Porcentaje
Edad (años)	Mediana [RIC]	41,0 [37,0–47,2]	
Sexo	Hombre	30	57,7 %
	Mujer	22	42,3 %
Años de experiencia	Menor a 5 años	7	13,5 %
	5 a 10 años	13	25,0 %
	10 a 15 años	24	46,2 %
	15 a 20 años	6	11,5 %
	Mayor a 20 años	2	3,8 %
Institución	Servicios privados	32	61,5 %
	MSP	11	21,2 %
	IESS	9	17,3 %
	ISSFFAA	0	0,0 %
	ISSPOL	0	0,0 %
Capacitación en PAAS	Si	9	17,3 %
	No	43	82,7 %

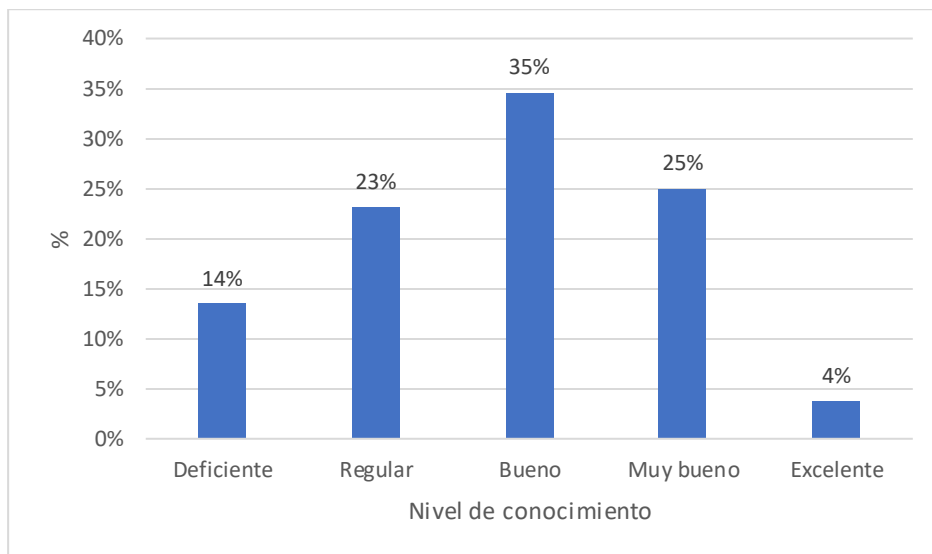
Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Nivel de conocimiento sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio.

La figura 1 muestra el nivel de conocimiento sobre PAAS en los especialistas, la distribución se concentró en la categoría de Bueno, con un registro del 34,6 % (n= 18), seguido por Muy bueno 25 % (n= 13) y Regular con 23,1 % (n= 12); los extremos fueron menos comunes, con Deficiente 13,5 % (n= 7) y Excelente 3,8 % (n= 2). Con fines de análisis, al agrupar las categorías Excelente y Muy bueno como alto conocimiento, el 28,8 % (n= 15) alcanzaron esta frecuencia, mientras que las categorías de menor conocimiento representaron el 36,6 % (n= 19).

Figura 1. Nivel de conocimiento sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

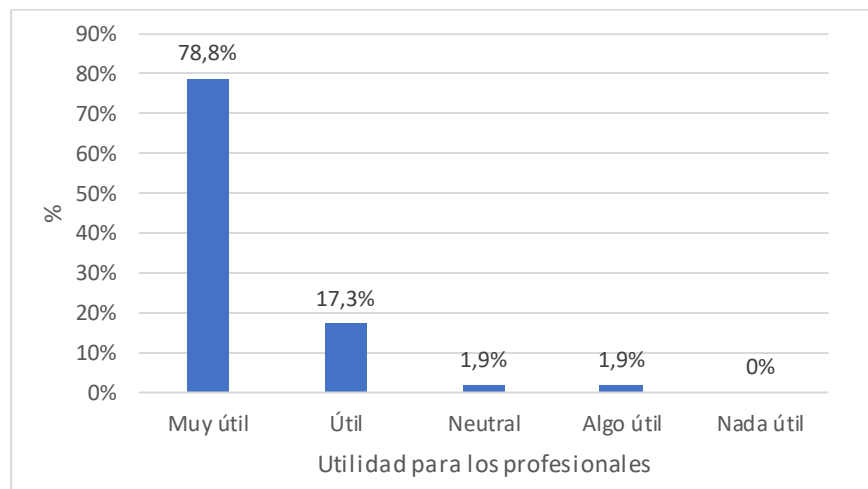
Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Actitudes y prácticas sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio

Actitudes sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población

En términos de actitudes, las figura 2 y 3 muestran una percepción de utilidad de la PAAS muy alta 78,8 % (n= 41), el 17,3 % (n= 9) identificó que es Útil, alrededor del 2 % (n= 1) de los participantes indicó que la planificación no presenta utilidad. La figura 3 muestra como los especialistas perciben la utilidad de la PAAS para los pacientes/familiares, el 80,7 % (n= 42) indicó que es Muy útil y el 15,3 % (n= 8) lo catalogó como Útil.

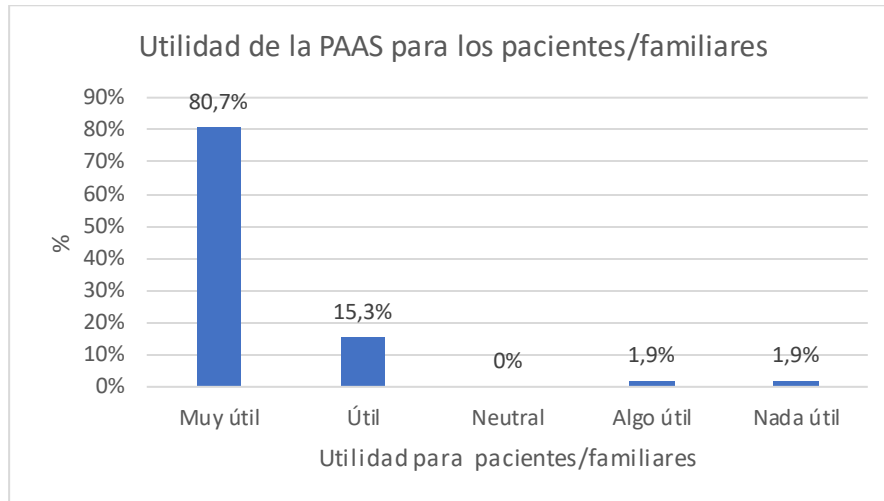
Figura 2. Utilidad de la PAAS para los profesionales



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Figura 3. Utilidad de la PAAS para los pacientes/familiares

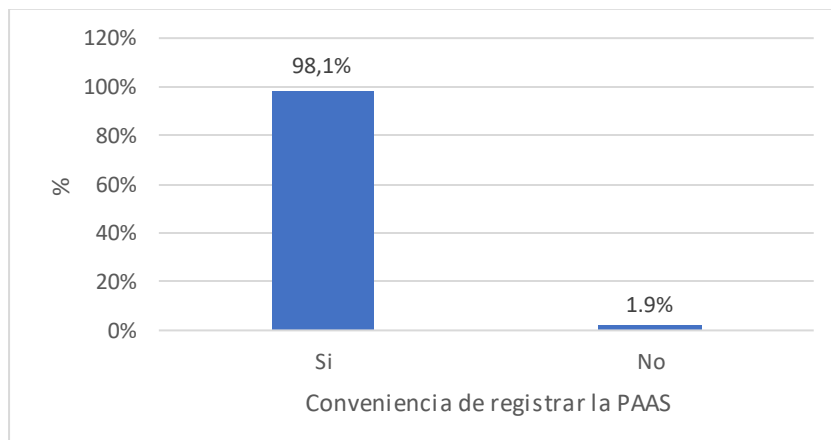


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

La figura 4 revela una casi unanimidad en cuanto a la conveniencia de registrar la PAAS para garantizar que la atención esté alineada con lo que el paciente prefiere al final de su vida: el 98 % (n= 51) refirieron una respuesta afirmativa.

Figura 4. Registro de la PAAS como garantía de atención y respeto de preferencias del paciente al final de la vida.

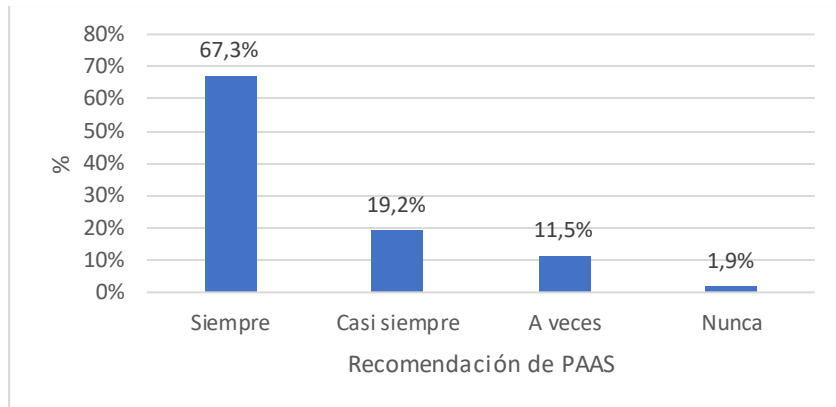


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

La figura 5 muestra que la recomendación de realizar una PAAS por parte de los especialistas fue muy elevada: el 67,3 % (n= 35) indicó siempre recomendarla y el 19,2 % (n= 10) casi siempre.

Figura 5. Frecuencia de recomendación de PAAS

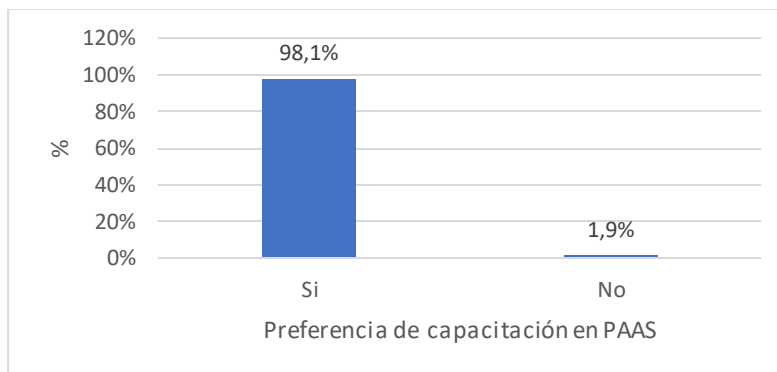


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

La figura 6 refleja una proporción similar a la de la figura 4: el 98 % (n= 51) de los profesionales expresó interés en capacitación específica sobre PAAS.

Figura 6. Deseo de recibir capacitación sobre PAAS



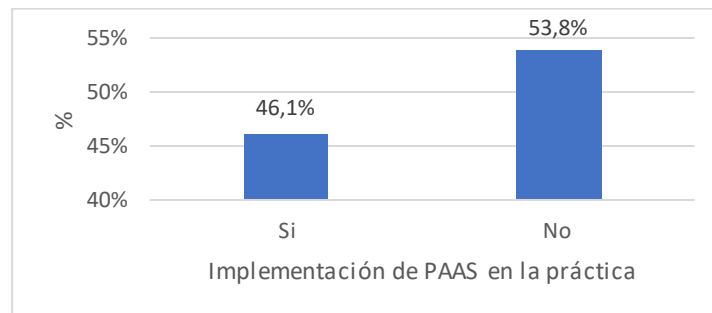
Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Prácticas sobre planificación anticipada de asistencia sanitaria en la población de estudio

La figura 7 muestra que, en contraste con los datos obtenidos en la recomendación sobre la realización de la PAAS, su ejecución efectiva fue inferior: el 53,8 % (n= 28) de los especialistas indicó no haberla realizado en ninguna ocasión durante su práctica.

Figura 7. Realización de PAAS en la práctica clínica

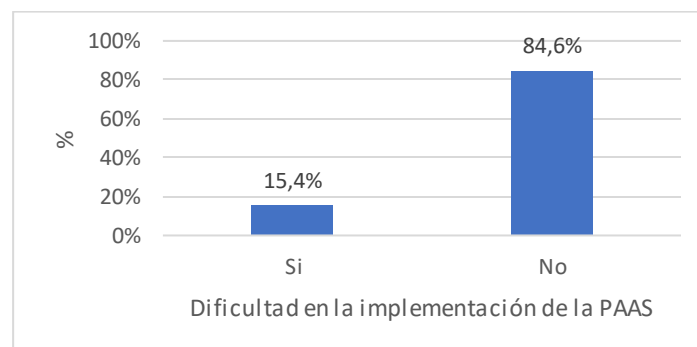


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Respecto a la dificultad o incomodidad experimentada por los especialistas para hablar con los pacientes sobre PAAS, la figura 8 muestra que el 84,6 % (n= 44) informó no tener inconvenientes, mientras que el 15,4 % (n= 8) informó que les cuesta o les incomoda hablar con los pacientes sobre el tema.

Figura 8. Dificultad o incomodidad para hablar con los pacientes respecto a la PAAS

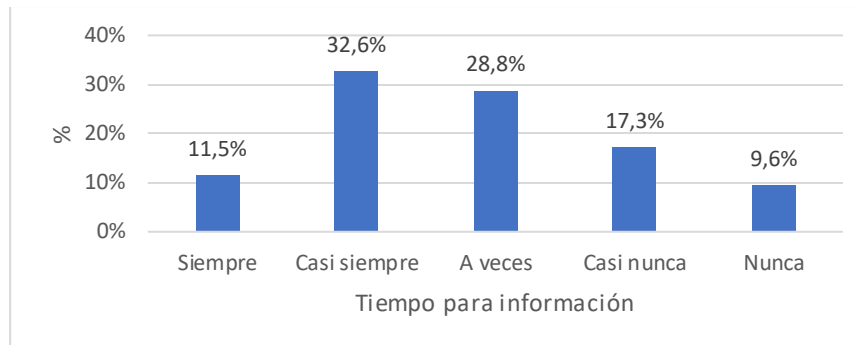


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En cuanto a contar con el tiempo para dar información a los pacientes sobre su diagnóstico y pronóstico, la figura 9 muestra que el 11,5 % (n= 6) de los especialistas indicó siempre tener tiempo para hacerlo, el 32,6 % (n= 17) casi siempre, el 28,8 % (n= 15) a veces, el 17,3 % (n= 9) casi nunca y una proporción menor 9,6 % (n= 5) nunca.

Figura 9. *Tiempo para dar información sobre el diagnóstico y pronóstico*

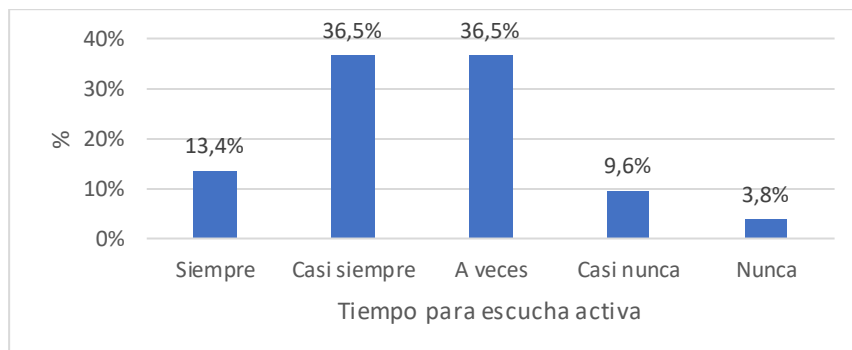


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En la figura 10 se muestra la frecuencia con la que los profesionales tienen tiempo para realizar una escucha activa en la práctica clínica, la distribución es parecida a la figura 9: predominan "casi siempre" y "a veces" con el 36,5 % (n= 19) para cada ítem, seguidos de "siempre" con el 13,4 % (n= 7), "casi nunca" con 9,6 % (n= 5) y "nunca" con 3,8 % (n= 2).

Figura 10. *Tiempo para escucha activa, explorar lo que es importante para el paciente y facilitar la toma de decisiones*

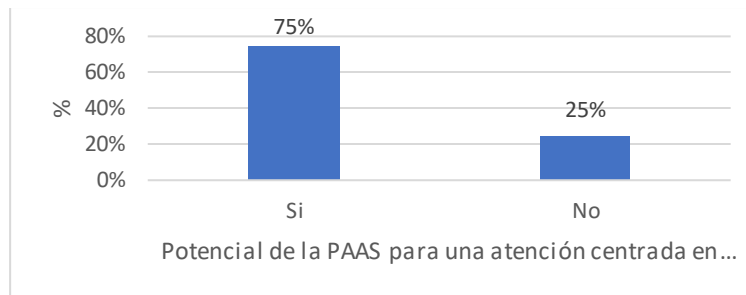


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En la figura 11 que muestra si los profesionales recuerdan algún caso en el que la PAAS hubiese ayudado a brindar una atención centrada en las preferencias y necesidades del paciente, el 75 % (n= 39) evocó al menos un caso donde la PAAS hubiese ayudado.

Figura 11. *Potencial de la PAAS para una atención centrada en las preferencias del paciente*



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

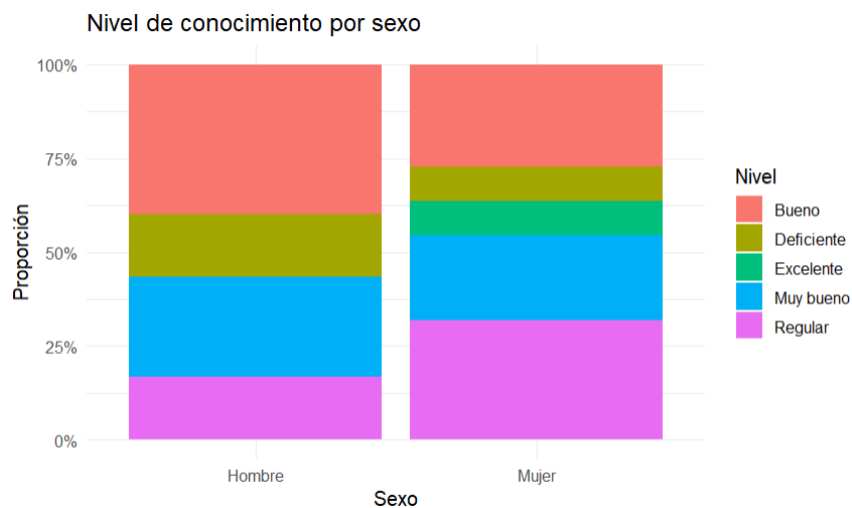
Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Asociación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación anticipada de asistencia sanitaria con los factores sociodemográficos y de formación profesional

Contraste de información en base a variables y nivel de conocimiento

En la figura 12 los perfiles de hombres y mujeres son parecidos. En ambas categorías, la mayoría se enfoca en los niveles Regular–Muy bueno; la franja de Deficiente está presente hombres y mujeres, con un leve incremento en hombres, mientras que el nivel Excelente se percibe en mayor medida en mujeres. En general no se perciben diferencias significativas en la magnitud de las barras.

Figura 12. Nivel de conocimiento acorde a sexo

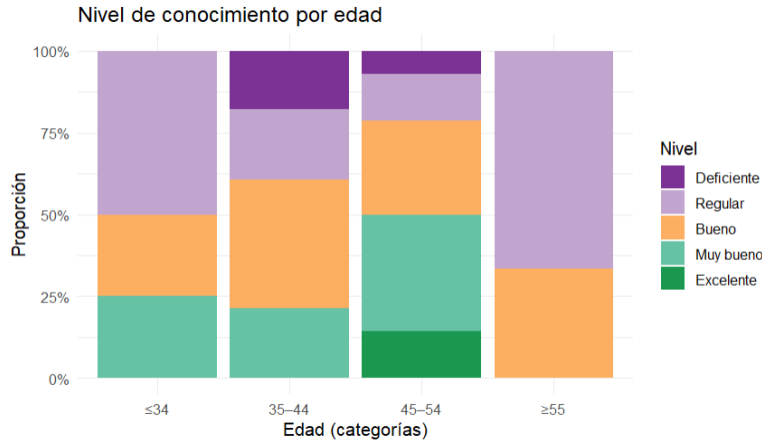


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En la figura 13 se nota un máximo rendimiento en el grupo de 45 a 54 años, siendo la fracción de Muy bueno/Excelente la más destacada de todas las edades. En los grupos de edad ≤ 34 y 35–44, predomina el rango Regular–Bueno. En ≥ 55 la barra está fuertemente dominada por Regular.

Figura 13. Nivel de conocimiento acorde a edad

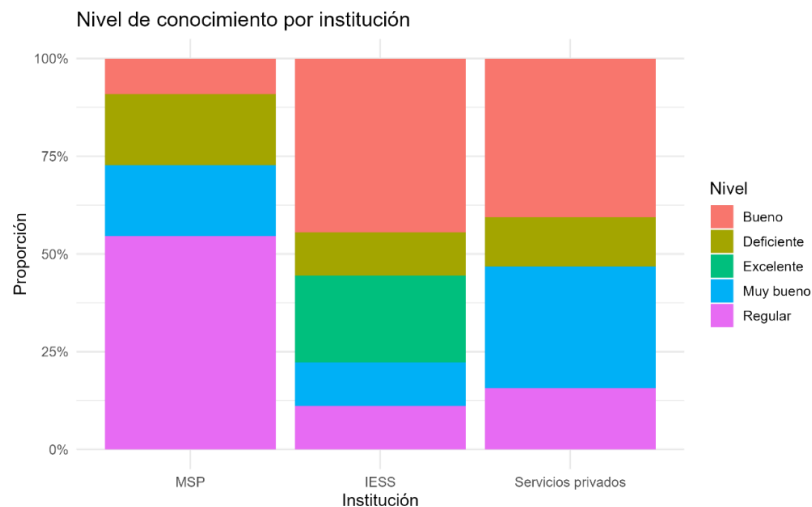


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En la figura 14 en donde se asocia el nivel de conocimiento sobre PAAS con la institución donde labora, en el MSP parece predominar Regular, con escasa presencia de Excelente. En el IESS se muestra un margen más amplio entre Muy bueno/Excelente que en MSP. Se observa un reparto más balanceado en los servicios privados, con la presencia de Bueno y Muy bueno.

Figura 14. Nivel de conocimiento acorde a institución en donde labora

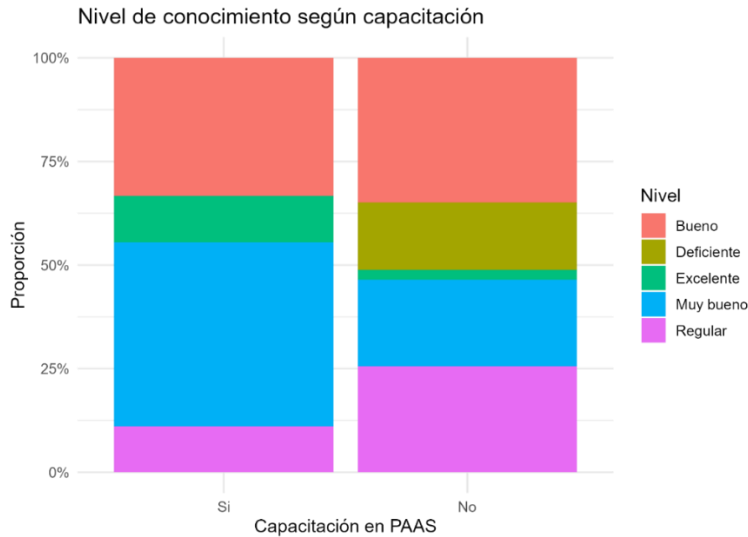


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

La figura 15 muestra la asociación del nivel de conocimiento con la capacitación previa, es la distinción más evidente: aquellos que sí obtuvieron formación exhiben una barra con más calificaciones "Muy bueno/Excelente" y menos "Regular" que aquellos que no se formaron. En la categoría No, las franjas de Regular y Deficiente se incrementan.

Figura 15. Nivel de conocimiento acorde si recibieron capacitación previa



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

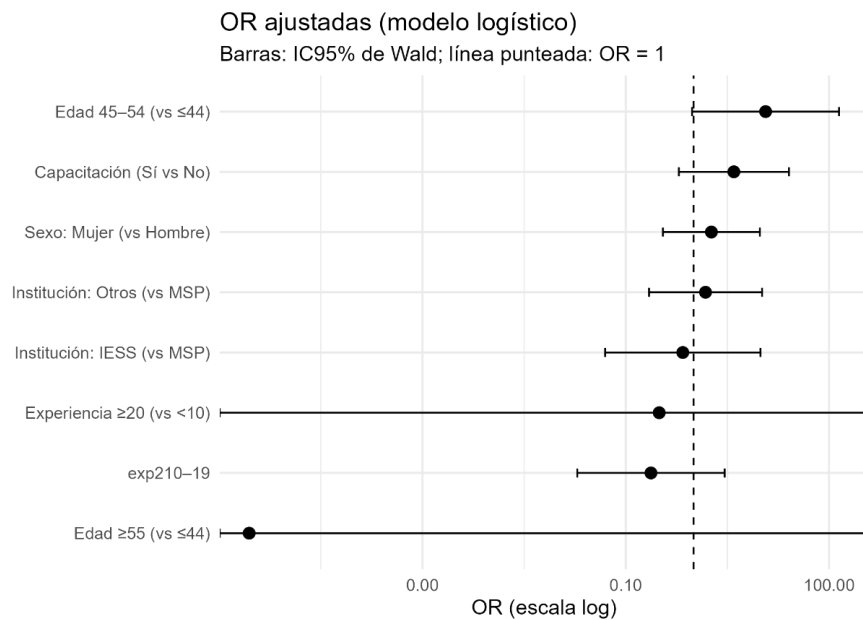
Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En términos descriptivos, en cuanto al nivel de conocimientos, no se observan diferencias significativas por género; por edad predomina en el grupo de 45–54 años; por institución, el IESS parece tener una mayor proporción de niveles elevados que el MSP; y visualmente, la formación se vincula con un nivel de conocimiento superior (más "Muy bueno/Excelente" y menos "Regular/Deficiente"). Estas deducciones se fundamentan únicamente en las proporciones que se observan en las barras apiladas de las figuras.

Asociación bivariado entre alto conocimiento y variables sociodemográficas y de formación

En el estudio de factores vinculados al "alto conocimiento", ninguno de los predictores llega a una significancia estadística superior al 5 %, en consonancia con el bosque de OR ajustados (Figura 16) y el gráfico de evidencia ($-\log_{10} p$) (Figura 17), donde todos los puntos se sitúan por debajo de la línea base.

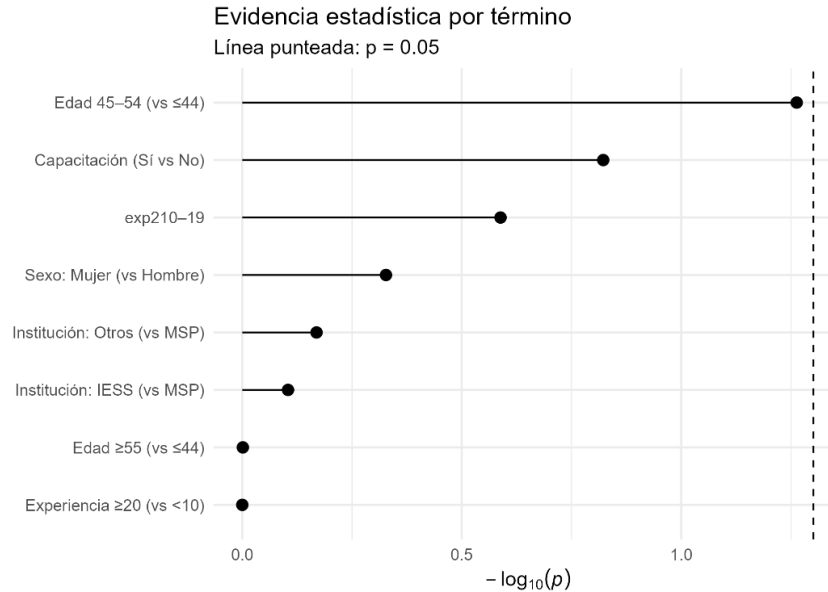
Figura 16. Factores asociados al alto conocimiento sobre PAAS (OR ajustadas, modelo logístico)



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Figura 17. Significancia de los predictores del alto conocimiento ($-\log_{10} p$)



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

No obstante, se detectan dos señales consistentes: (i) haber sido capacitado en PAAS, cuyo efecto ajustado se ubica a la derecha de la $OR = 1$ y, de acuerdo con la curva de p-valor (Figura 18), se relaciona con una OR observada cercana a 3,9 con p aproximadamente 0,10 y un IC95% amplio que supera la unidad; y (ii) el grupo de 45–54 años frente a ≤ 44 , también con $OR > 1$ y las curvas ajustadas de probabilidad (Figura 20) corroboran esta interpretación: la probabilidad de alto conocimiento disminuye ligeramente con los años de experiencia (lo que indica que la actualización formal tiene más peso que la antigüedad) y presenta un patrón en U con la edad, mostrando un aumento a partir de los 45–50 años. Por otro lado, tanto el sexo como la institución permanecen próximos a la nulidad (efectos mínimos y con gran incertidumbre). En general, los hallazgos muestran tendencias (no definitivas con este tamaño de muestra) que sugieren que la formación y la edad intermedia se vinculan con un mayor grado de conocimiento, mientras que la experiencia acumulada de manera autónoma no asegura mejores calificaciones.

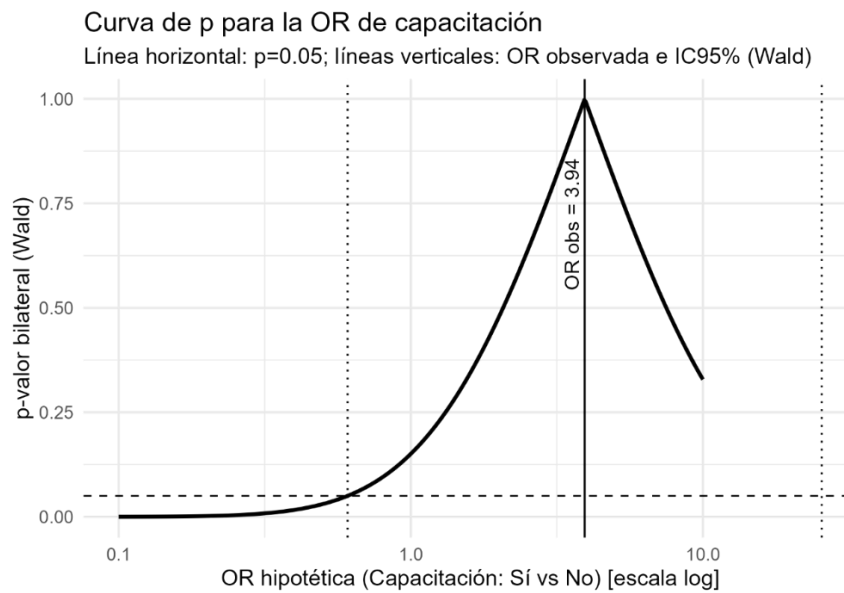
Tabla 5. Asociación bivariada entre alto conocimiento y variables sociodemográficas/de formación (prueba y OR con IC95%)

Variable	método	p	OR	IC95_inf	IC95_sup
Sexo	Chi-cuadrado	0,9241	1,277	0,3187	5,054
edad_cat	Fisher exacta	0,1874			
exp_cat	Fisher exacta	0,7379			
institución	Fisher exacta	0,7534			
capacitación_paas	Fisher exacta	0,09952	0,2505	0,04094	1,407

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

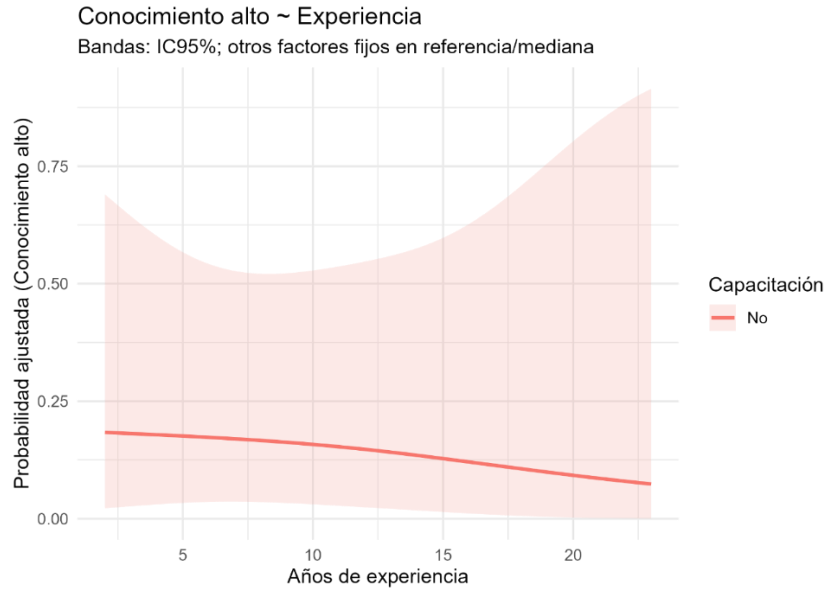
Figura 18. Curva de p-valor para la OR de capacitación (Sí vs No)



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

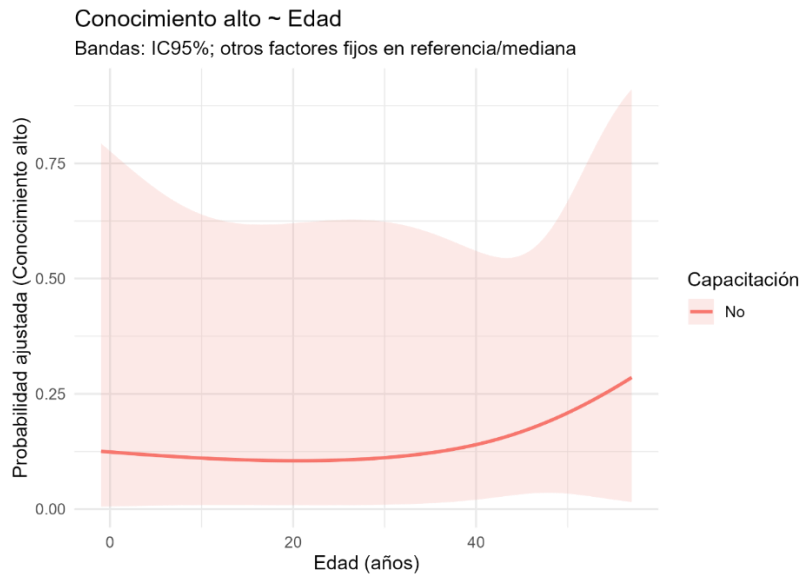
Figura 19. Probabilidad ajustada de alto conocimiento según años de experiencia (IC95%)



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

Figura 20. Probabilidad ajustada de alto conocimiento según edad (IC95%)

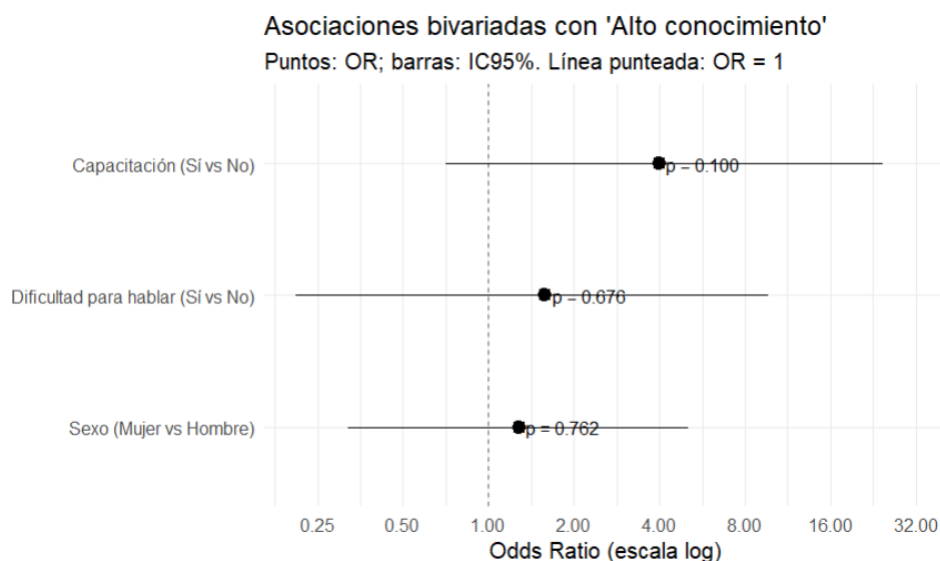


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

La figura 21 revela que la capacitación en PAAS es el predictor con un efecto más consistente en magnitud. Las personas capacitadas tienen una OR aproximada de 3.99, mientras que las no capacitadas tienen una OR aproximada de 0.10 ($p=0.10$). Esto indica una probabilidad más alta de tener un conocimiento elevado; sin embargo, como el IC95% es amplio y cruza con la unidad, la evidencia no llega a ser estadísticamente significativa con el tamaño muestral disponible. Por otro lado, las variables de tener dificultad para hablar con los pacientes sobre PAAS ($OR\approx 1.58$; $p\approx 0.68$) y el sexo (mujer vs hombre) ($OR\approx 1.28$; $p\approx 0.76$) presentan efectos cercanos a cero, con intervalos que también incluyen 1. Esto indica que no existe una asociación en los análisis bivariados. En general, los resultados indican que la capacitación tiene un efecto positivo sobre el nivel de conocimiento, aunque existe una incertidumbre significativa; por eso, se sugiere validar esta tendencia utilizando modelos multivariados (ajustados por edad, experiencia e institución) y, si es posible, empleando muestras más grandes para obtener mayor precisión y potencia.

Figura 21. Asociaciones bivariadas con el 'alto conocimiento' (forest plot de OR con IC95%)

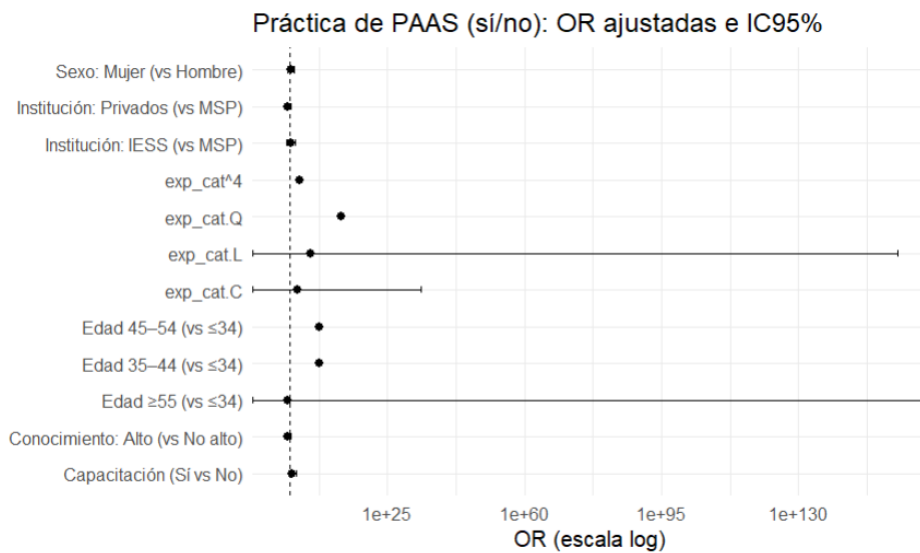


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

LA Figura 22 muestra el diagrama de bosque con las razones de momios (OR) ajustadas e IC95%, para la probabilidad de haber realizado una PAAS, usando escala logarítmica y con la línea vertical en OR=1 como referencia de “no efecto”. Los puntos que se encuentran cerca de la línea sugieren una escasa asociación, mientras que los intervalos que la interceptan indican una falta de evidencia estadística. En este modelo, ni el conocimiento profundo ni la capacitación previa se asocian de manera evidente con haber llevado a cabo la PAAS; sus IC95% contienen 1. Además, el sexo, la institución y la mayoría de las categorías en términos de edad y experiencia muestran rangos muy amplios que sobrepasan 1. En general, el gráfico no revela efectos estadísticamente concluyentes y sólidos de los predictores sobre la práctica.

Figura 22. Factores asociados a la realización de PAAS: OR ajustadas (modelo logístico multivariado)



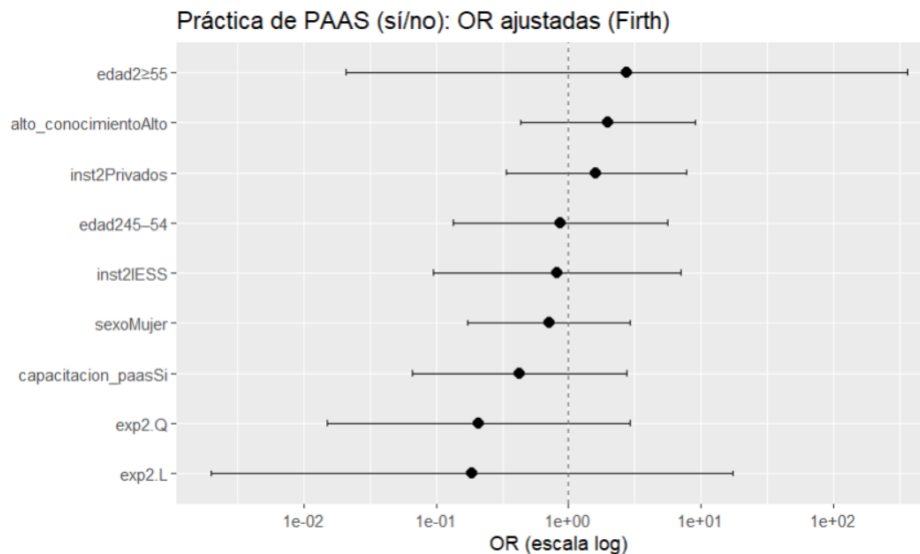
Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En la figura 23 el modelo logístico penalizado (Firth) que describe la realización de PAAS (sí/no) con respecto a la institución, el sexo, la edad, los años de experiencia, "alto conocimiento" y "capacitación en PAAS" propone tendencias; sin embargo, sus intervalos de confianza son

amplios y cruzan la unidad (OR=1) en su mayoría. En cuanto a la dirección del efecto, tener un alto conocimiento y haber sido capacitado en PAAS se relacionan con $OR > 1$ (una probabilidad más alta de haber hecho PAAS), así como estar empleado en entidades privadas o IESS frente al MSP y pertenecer al grupo de edad de 45 a 54 años. Sin embargo, algunas funciones de experiencia (términos polinomiales) presentan $OR < 1$, lo que indica que no toda acumulación de años se traduce en una mayor práctica. La categoría de ≥ 55 años muestra una gran imprecisión (ICs muy amplios), lo cual es un indicativo del escaso número de observaciones en este estrato. En general, el patrón apoya que una mayor formación y conocimiento podrían facilitar la aplicación de PAAS, aunque no de manera concluyente debido al amplio rango de los IC95%.

Figura 23. Factores asociados a la práctica de PAAS: OR ajustadas (modelo Firth)



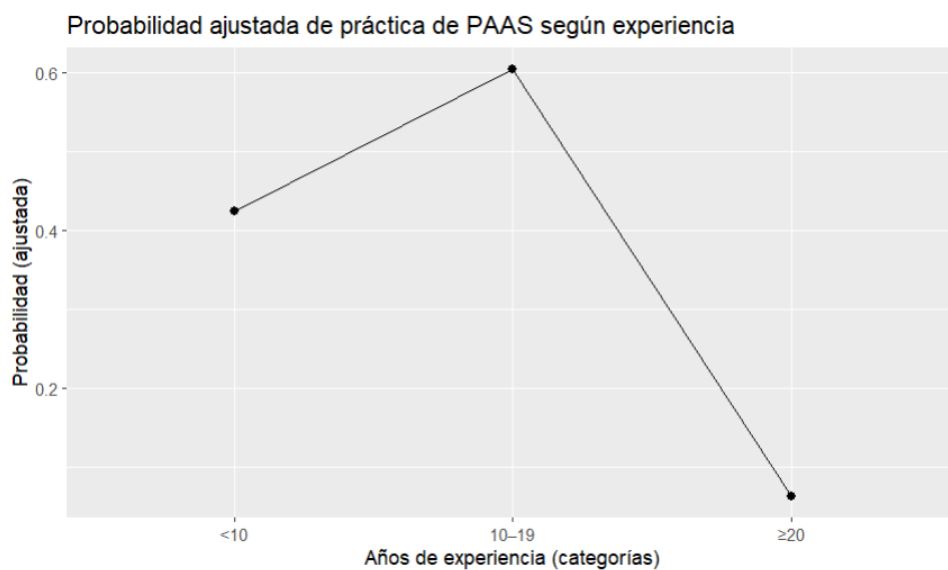
Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

En la figura 24 los perfiles no lineales se reflejan en las probabilidades ajustadas (tomando como referencia y mediana los demás covariables): la probabilidad de haber realizado PAAS es moderada en < 10 años (~ 0.4), máxima entre los 10 y 19 años (~ 0.6) y disminuye notablemente a partir de los 20 años (~ 0.07). Este "arco" indica que la fase intermedia de la carrera es la más

adecuada para implementar PAAS, probablemente debido a una mayor autonomía y exposición clínica, en tanto que en la etapa muy avanzada podrían tener efecto los cambios de rol, la sobrecarga o una actualización escasa. Estas estimaciones deben ser interpretadas con precaución debido al tamaño de la muestra, pero son compatibles tanto con la hipótesis de que los motores que impulsan la práctica efectiva de PAAS no son únicamente los años de experiencia, sino también la capacitación y la competencia (es decir, el conocimiento), como con las señales del modelo de OR.

Figura 24. Probabilidad ajustada de realizar PAAS según años de experiencia



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

Elaborado por: (K. Grijalva, 2025)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador.

En cuanto a la caracterización de las variables sociodemográficas y de formación, el grupo de estudio estuvo conformado por 52 nefrólogos, con una edad media de 41 años, en su mayoría hombres 57,7 % (n= 30), con una experiencia laboral de medio periodo entre 10-15 años 46,2 % (n= 24), que se desempeñaba predominantemente en el sector privado 61,5 % (n= 32), respecto a la formación, el 82,7 % (n= 43) no había recibido capacitación previa en PAAS. Actualmente no se cuenta con datos exactos del número de nefrólogos en Ecuador, no obstante, se estima que la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología (SEN) cuenta con 80 miembros (*Sociedad Ecuatoriana de Nefrología Diálisis y Trasplantes – SEN Ecuador – Nefrólogos Ecuador, s. f.*). La caracterización sociodemográfica y formativa muestra consideraciones importantes, la edad media y la experiencia laboral sugieren que los nefrólogos presentan una formación especializada relativamente reciente, en un contexto donde los programas específicos sobre PAAS no han sido implementados en la formación académica, lo que se demuestra con los hallazgos obtenidos en cuanto a que la mayoría de los profesionales no presenta formación previa en PAAS.

El nivel de conocimiento sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria, se centró en categorías intermedias, la modalidad “Bueno” registró 34,6 % (n= 18), al agrupar Excelente + Muy bueno como alto conocimiento, el 28,8 % (n= 15) alcanzó este umbral, mientras que Deficiente + Regular representó el 36,6% (n= 19). La distribución hacia el nivel medio indica un potencial de mejora para mover la curva hacia “Muy bueno/Excelente”. En la bibliografía no se han encontrado estudios que categoricen el nivel de conocimientos sobre PAAS, sin embargo, un

estudio realizado en profesionales del área de nefrología, evidenció que un 28,7% de la población de estudio conoce la diferencia entre la PAAS y el Documento de Voluntades Anticipadas (Díaz De Argote-Cervera et al., 2022), concerniente al conocimiento sobre PAAS, lo que arroja una similitud porcentual con los resultados obtenidos en el estudio. Los hallazgos sobre el nivel de conocimiento en PAAS se relacionan con la reducida proporción de capacitación previa detectada en la caracterización de variables. El nivel intermedio de conocimiento en PAAS evidencia una oportunidad de mejora mediante la implementación de estrategias educativas e institucionales, fomentar el conocimiento y la competencia en esta área permitirá mejorar la calidad de la atención y promover una cultura de respeto por la autonomía del paciente.

En términos de actitudes, la percepción de utilidad es sobresaliente, el 78,8 % (n= 41) indicó que la PAAS es muy útil para los profesionales, mientras que el 80,7 % (n= 42) indicó que lo es para los pacientes/familiares, el 67,3 % (n= 35) indicó siempre recomendarla y cerca del 98 % (n= 51) expresó interés en recibir capacitación específica en PAAS. Esta uniformidad indica una amplia aceptación de la planificación anticipada. Un estudio realizado en profesionales del área de nefrología reportó que el 96,2% de la población de estudio afirmó que tener información sobre PAAS ayudaría a que los pacientes estuvieran mejor atendidos en sus últimos días, y un 94,5% indicó que les gustaría recibir formación sobre planificación anticipada de cuidado (Díaz De Argote-Cervera et al., 2022). Los hallazgos de este estudio al igual que otros realizados, reflejan una percepción favorable y una actitud positiva de los profesionales, a su vez, la coherencia entre la percepción de utilidad y el interés en aprender, indica una cultura profesional receptiva y abierta a incorporar la PAAS en la práctica clínica. Se debe aprovechar esta actitud favorable para implementar acciones formativas e institucionales que promuevan y faciliten la integración de la PAAS.

En cuanto a las prácticas sobre PAAS, el 32,6 % (n= 17) de los especialistas indicó casi siempre tener tiempo para dar información sobre diagnóstico y pronóstico a los pacientes, en el

tiempo para la escucha activa la distribución fue parecida. Por otro lado, se evidenció que la ejecución efectiva de la PAAS es inferior, el 53,8 % (n= 28) indicó no haberla realizado en ninguna ocasión. Este desajuste entre actitud y práctica indica obstáculos de implementación. Estudios realizados en profesionales de nefrología respecto a PAAS recalcan que existen factores como la falta de información, tiempo y experiencia en planificación anticipada que dificultan su implementación (Naik et al., 2024). No obstante, la identificación de los especialistas del potencial de la PAAS para brindar una atención basada en las preferencias del paciente fue positiva, el 75 % (n= 39) indicó recordar algún caso en donde la PAAS hubiese ayudado a proporcionar esta atención, lo que proporciona una percepción de validez externa y avala su relevancia clínica. Los hallazgos muestran una discrepancia entre la percepción de utilidad, la actitud favorable y la práctica en PAAS. Esto revela obstáculos que limitan la adopción efectiva de la planificación anticipada en la práctica clínica, entre los que se encuentran limitaciones de tiempo, falta de capacitación y experiencia en comunicación y falta de protocolos que faciliten la elaboración de la PAAS. Abordar estos obstáculos requiere de un enfoque integral que incluya capacitación, ajuste de la organización clínica y desarrollo de protocolos.

Para determinar la asociación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la PAAS con los factores sociodemográficos y de formación profesional, se realizaron asociaciones entre el nivel de conocimiento con: el sexo, en el que los perfiles de hombres y mujeres son muy parecidos, la mayoría se enfoca en los niveles Regular–Bueno; la edad, con un máximo rendimiento en el grupo de 45 a 54 años, siendo el nivel Muy bueno/Excelente el más destacado; la institución, en donde el IESS muestra un margen amplio entre Muy bueno/Excelente y los servicios privados presentan un reparto balanceado con la presencia de Bueno y Muy bueno; y la capacitación previa en PAAS, en la que aquellos que tuvieron formación presentaron en mayor medida un nivel "Muy bueno/Excelente" y menos "Regular". En el estudio de factores vinculados al "alto conocimiento",

ninguno de los predictores llega a una significancia estadística superior al 5%, no obstante, se detectan dos señales consistentes: (i) haber sido capacitado en PAAS, cuyo efecto ajustado se ubica a la derecha de la $OR = 1$ y, de acuerdo con la curva de p-valor, se relaciona con una OR observada cercana a 3,9 con p aproximadamente 0,10 y un IC95% amplio que supera la unidad; y (ii) el grupo de 45–54 años frente a ≤ 44 , también con $OR > 1$ y las curvas ajustadas de probabilidad corroboran esta interpretación: la probabilidad de alto conocimiento disminuye ligeramente con los años de experiencia, lo que indica que la actualización formal tiene más peso que la antigüedad. Por otro lado, tanto el sexo como la institución permanecen próximos a la nulidad (efectos mínimos y con gran incertidumbre). En general, los hallazgos muestran tendencias (no definitivas con este tamaño de muestra) que sugieren que la formación y la edad intermedia se vinculan con un mayor grado de conocimiento, mientras que la experiencia no asegura mejores calificaciones.

El análisis de los factores asociados a la práctica de la PAAS, se realizó con el modelo logístico penalizado (Firth) que describe la realización de la planificación (sí/no) con respecto a la institución, el sexo, la edad, los años de experiencia, "alto conocimiento" y "capacitación en PAAS" propone tendencias; sin embargo, sus intervalos de confianza son amplios y cruzan la unidad ($OR=1$) en su mayoría. En cuanto a la dirección del efecto, tener un alto conocimiento y haber sido capacitado en PAAS se relacionan con $OR > 1$ (una probabilidad más alta de haber hecho PAAS), así como estar empleado en entidades privadas o IESS frente al MSP y pertenecer al grupo de edad de 45 a 54 años. Sin embargo, algunas funciones de experiencia presentan $OR < 1$, lo que indica que no toda acumulación de años se traduce en una mayor práctica. En general, el patrón apoya que una mayor formación y conocimiento podrían facilitar la aplicación de PAAS, aunque no de manera concluyente debido al amplio rango de los IC95%.

Limitaciones y Ventajas de la Investigación

Durante la recopilación de datos y la posterior creación de la base de datos, no se encontraron casos en los que la información estaba incompleta, por lo que todas las encuestas se pudieron incluir en la investigación.

Los datos anonimizados registrados en el sistema podrían haber estado sujetos a algún tipo de sesgo, no permite prever que la información digitada no contenga errores tipográficos.

Al no haber participado directamente en la recolección de datos, es decir, no ser el observador principal, la investigación pudo estar sujeta a algún sesgo.

El diseño muestral se realizó en una población específica de especialistas, lo que representó una limitante que no permitió contar con una muestra representativa a nivel nacional.

CAPÍTULO VI

Conclusiones

La caracterización de las variables sociodemográficas y de formación de la población de estudio evidenció una muestra principalmente conformada por profesionales con una edad media de 41 años, en su mayoría varones, con experiencia laboral entre 10–15 años y un desempeño predominante en el servicio privado. Solo un 17,3 % de los participantes indicó tener formación previa en PAAS, lo que indica un nivel limitado de capacitación formal en esta área.

El nivel de conocimiento global sobre PAAS fue intermedio, con una proporción importante de profesionales que alcanzaron niveles buenos y muy buenos, sin embargo, persiste un porcentaje considerable con un nivel regular – deficiente, lo que refleja una brecha en la formación en esta área. La baja proporción de capacitación en PAAS detectada en la caracterización de variables resalta la necesidad de implementar estrategias educativas que fortalezcan el conocimiento y las competencias en PAAS.

En cuanto a las actitudes y prácticas respecto a PAAS, los resultados reflejan una percepción favorable y una actitud positiva de los profesionales, evidenciadas por su reconocimiento de utilidad, disposición a recomendarla y su interés en la capacitación. Sin embargo, esto no se traduce completamente en la práctica, lo que evidencia una discrepancia entre la percepción positiva y la aplicación efectiva. Factores como el tiempo o la dificultad en la comunicación limitan la implementación práctica de la PAAS, esto señala la necesidad de realizar intervenciones que fomenten la formación, optimicen la organización clínica y faciliten la incorporación de la PAAS en la atención.

La determinación de la asociación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAAS con los factores sociodemográficos y de formación de los profesionales, evidenció que en cuanto al nivel de conocimiento en PAAS no se encontraron diferencias significativas según sexo o institución, lo que sugiere que el nivel de conocimiento es relativamente uniforme en la población de estudio. Aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, existen tendencias que apuntan a que la capacitación previa y la edad intermedia (45-54 años) podrían estar relacionadas con un mayor nivel de conocimiento y mayor probabilidad de haber realizado la PAAS en alguna ocasión, en contraste, la experiencia no parece incrementar de manera significativa la práctica de la PAAS. Por otro lado, la capacitación previa parece tener un efecto positivo en el conocimiento y en la práctica, aunque la evidencia no es concluyente debido a los amplios intervalos de confianza. Estos resultados indican que la capacitación en PAAS podría ser una estrategia clave para mejorar su conocimiento e implementación en la práctica, aunque se requieren estudios con muestras mayores para confirmar estos hallazgos de manera definitiva.

En términos generales la población de estudio muestra una actitud positiva y un reconocimiento del valor de la PAAS, con un interés elevado en capacitarse. Para traducir esta percepción favorable en una práctica efectiva, es necesario fomentar la capacitación, fortalecer las habilidades comunicativas, estandarizar procesos documentales y contar con el respaldo institucional para salvaguardar espacios de información y escucha. Estas intervenciones podrían mejorar la implementación de la PAAS en la práctica clínica.

Recomendaciones

Establecer programas de capacitación continua sobre PAAS, disponibles para los profesionales de la salud en general, enfocados en talleres, cursos y seminarios que permitan a los

profesionales adquirir habilidades en comunicación y en la gestión de situaciones clínicas relacionadas con la planificación anticipada de cuidado.

Integrar contenidos sobre PAAS en la formación de pregrado y posgrado para promover la adquisición de competencias desde etapas tempranas de la formación médica.

Instaurar programas de capacitación para identificación de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales para la implementación de la PAAS y su derivación oportuna a Cuidados paliativos.

Promover un enfoque interdisciplinario que incluya profesionales de nefrología, enfermería, trabajo social, psicología y cuidados paliativos con el objetivo de alcanzar una atención integral basada en las preferencias y necesidades del paciente y su familia.

Optimizar el tiempo en la elaboración de la PAAS durante la práctica clínica con la aplicación de formatos previamente establecidos.

Realizar campañas de sensibilización para educar a la población en general acerca de la importancia de la planificación anticipada y facilitar su aceptación y participación activa en este proceso.

Realizar estudios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre PAAS en profesionales de la salud, posterior a la implementación de programas de capacitación en planificación anticipada, para reevaluar el nivel de conocimiento y su asociación con la práctica efectiva en la atención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C., Menon, V., Ameen, S., & Kumar Praharaj, S. (2020). Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(5), 478-481.
<https://doi.org/10.1177/0253717620946111>
- Cuartas-Gómez, E., Palacio-Duque, A., Ríos-Osorio, L. A., Cardona-Arias, J. A., & Salas-Zapata, W. A. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre sostenibilidad en estudiantes de una universidad pública colombiana. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 22(2). <https://doi.org/10.31910/rudca.v22.n2.2019.1385>
- Dias, L. M., Bezerra, M. R., Barra, W. F., Nunes, R., & Rego, F. (2022). Planificación anticipada de atención: Una guía práctica. *Revista Bioética*, 30, 525-533.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422022303546ES>
- Díaz De Argote-Cervera, P., Puerta-Carretero, M., Bernabé-Villena, M., Herrera-Martín, E., Vinagre-Rea, G., & Martínez-González, M. (2022). Análisis del grado de conocimiento e interés de los profesionales sanitarios de nefrología sobre la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. *Enfermería Nefrológica*, 25(3), 264-269.
<https://doi.org/10.37551/52254-28842022027>
- Frandsen, C. E., Dieperink, H., Trettin, B., & Agerskov, H. (2023). Advance care planning in chronic kidney disease: A national Danish survey of knowledge and attitudes among clinicians. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(3), 812-827.
<https://doi.org/10.1111/scs.13169>
- García, A. S. J., Andrade, E. E. F., & Fernández, M. L. P. (2023). FACTORES QUE LIMITAN LA PLANIFICACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DESDE LA

PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. *Revista Qualitas*, 26(26), Article 26. <https://doi.org/10.55867/qual26.02>

Milena Hernández-Zambrano, S., Torres Melo, M. L., Barrero Tello, S. S., Saldaña García, I. J., Sotelo Rozo, K. D., Carrillo Algarra, A. J., Rodríguez Valero, K. A., Milena Hernández-Zambrano, S., Torres Melo, M. L., Barrero Tello, S. S., Saldaña García, I. J., Sotelo Rozo, K. D., Carrillo Algarra, A. J., & Rodríguez Valero, K. A. (2019). Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 141-149. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000200005>

Murillo, M. del R. A., Luna, C. L. J., Hidalgo, L. E. G., & Proaño, E. A. C. (2020). Factores que influyen en la decisión para iniciar el tratamiento de modalidad de diálisis en pacientes del hospital “Abel gilbert pontón” – 2019. *Más Vita*, 2(3), Article 3. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0030>

Naik, B., Singhai, P., Damani, A., Prabhu Attur, R., Salins, N., Naik, P., Nayak, A. M., & Nagaraju, S. P. (2024). Development and validation of a questionnaire to explore preferences of patients, family caregivers, and kidney care providers on advance care planning in an end-stage kidney disease setting. *Palliative and Supportive Care*, 22(5), 1232-1236. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001797>

Nitola-Mendoza, L., Sánchez-Cárdenas, M., Rodríguez-Chitiva, N., Mora Gutiérrez, J. M., Rodríguez-Pena, R., Romero-González, G., Bleda Perez, M., Cuenca Casbas, P., Calsina Berna, A., Álvaro Pardo, M., Granados Casas, V., Garrido Ballart, P., Beroiz Groh, P., Bover, J., Miralles Basseda, R., Leiva-Santos, J. P., Alonso-Babarro, A., & Julià-Torras, J. (2023). Nomenclatura en cuidados paliativos y de soporte renal: No solo al final de la vida. *Nefrología*, S0211699523000759. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.05.006>

Sánchez Tomero, J. A. (2009). Planificación anticipada e inicio de diálisis. *Nefrología*, 29(4), 285-287. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.2009.29.4.5374.en.full>

Sellarés, V. L., & Rodríguez, D. L. (2023). *Enfermedad Renal Crónica*.

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología Diálisis y Trasplantes – SEN Ecuador – Nefrologos

Ecuador. (s. f.). Recuperado 14 de octubre de 2025, de

<https://sociedadecuatorianadenefrologia.com/>

Vaidya, S. R., & Aeddula, N. R. (2024). Chronic Kidney Disease. En *StatPearls [Internet]*.

StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>

Winterbottom, A., Hurst, H., Murtagh, F. E. M., Bekker, H. L., Ormandy, P., Hole, B., Russon,

L., Murphy, E., Bucknall, K., & Mooney, A. (2024). Development of a Resource for

Health Professionals to Raise Advance Care Planning Topics During Kidney Care

Consultations: A Multiple User-Centered Design. *Kidney Medicine*, 6(9), 100874.

<https://doi.org/10.1016/j.xkme.2024.100874>

Zhu, N., Yang, L., Wang, X., Tuo, J., Chen, L., Deng, R., & Kwan, R. Y. C. (2023). Experiences

and perspectives of healthcare professionals implementing advance care planning for

people suffering from life-limiting illness: A systematic review and meta-synthesis of

qualitative studies. *BMC Palliative Care*, 22(1), 55. [https://doi.org/10.1186/s12904-023-](https://doi.org/10.1186/s12904-023-01176-7)

[01176-7](https://doi.org/10.1186/s12904-023-01176-7)

ANEXOS

Anexo 1.

Encuesta de: Conocimientos, actitudes y prácticas en planificación anticipada de asistencia sanitaria

Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria

Bienvenido/a

Le invitamos a participar en el estudio que se detalla a continuación:

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conocimientos, actitudes y prácticas en la planificación anticipada de asistencia sanitaria en especialistas de Nefrología en Ecuador

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Sociedad Ecuatoriana de Nefrología

INTRODUCCIÓN: la planificación anticipada de asistencia sanitaria es un proceso que explora los objetivos de vida, los valores y las preferencias de los pacientes, con el propósito de elaborar un plan de atención que asegure una asistencia médica congruente con sus preferencias y necesidades. En Ecuador, la planificación anticipada de cuidado enfrenta desafíos para su implementación como la variabilidad en conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: este estudio tiene como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la planificación anticipada de atención y determinar su asociación con los factores sociodemográficos y de formación profesional de los nefrólogos en Ecuador. Derivado de los resultados se podría identificar la situación actual de la planificación anticipada en el país y los factores limitantes y facilitadores para su implementación en la práctica clínica. Los criterios de inclusión para la población de estudio abarcan, ser médico nefrólogo miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología y aceptar ser parte de la investigación tras la lectura del consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyen especialistas no activos en su práctica clínica durante el periodo de estudio y encuestas incompletas.

PROCEDIMIENTOS: consiste en completar una encuesta mediante Microsoft Forms, cada participante aprobará ser parte de la investigación tras aceptación del presente consentimiento informado. La encuesta incluye datos socio-demográficos del participante y temas sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la planificación anticipada de asistencia sanitaria en pacientes con enfermedad renal crónica. El tiempo aproximado que le tomaría llenar la encuesta es de 15 a 20 minutos.

RIESGOS Y BENEFICIOS: el estudio no presenta riesgos. Dentro de los beneficios están, conocer la situación actual del empleo de la planificación anticipada de asistencia sanitaria e identificar las barreras que enfrentan los especialistas para implementar la planificación anticipada de cuidado en su práctica clínica.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: la realización de la encuesta no tendrá costo para el participante y tampoco recibirá ninguna compensación económica o de otra índole por su participación.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: en el estudio no se obtendrán datos personales, toda la información adquirida es confidencial y se maneja como anónima. Los datos recogidos se utilizarán únicamente con fines de investigación.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE: la participación es completamente voluntaria, por lo que el participante puede retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Karen Lizbeth Grijalva Cando, kgrijalva@puce.edu.ec, teléfono 0999352661.

¡Gracias por participar!

* Obligatoria

Declaratoria de consentimiento informado

1. He leído la información proporcionada y acepto participar libremente en este estudio de investigación. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia. *

Acepto

No acepto

Declaratoria de revocatoria de consentimiento informado

A pesar de haber aceptado previamente su participación en la investigación en mención, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia. Para esto, no es necesario constatar la revocatoria en algún apartado, el participante renuncia a ser parte del estudio al no completar y no enviar la encuesta. En este caso no se obtendrán datos de las encuestas incompletas y no enviadas.

Datos demográficos y de formación

A continuación, se le preguntarán datos generales, toda la información es extremadamente confidencial.

2. Indique su fecha de nacimiento: *

3. ¿Cuál es su sexo? *

Hombre

Mujer

4. ¿Cuántos años de experiencia tiene en la especialidad de Nefrología? *

Menor a 5 años

5 a 10 años

10 a 15 años

15 a 20 años

Mayor a 20 años

5. ¿Cuál es la institución o sector del sistema de salud del Ecuador en el que ejerce en mayor parte su práctica profesional? Por favor, escoger solo 1 opción. *

MSP (Ministerio de Salud Pública)

IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)

ISSFFAA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas)

ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional)

Servicios privados

6. ¿Ha recibido alguna capacitación en planificación anticipada de asistencia sanitaria o planificación anticipada de cuidado? *

Sí

No

Conocimientos sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria

Las siguientes preguntas evalúan conocimientos sobre planificación anticipada de asistencia sanitaria.

7. ¿Cuál de los siguientes enunciados define a la "Planificación anticipada de asistencia sanitaria o planificación anticipada de cuidado"? *
- Consiste en no implementar, o retirar, aquellas acciones diagnósticas y/o terapéuticas que no ofrecen un beneficio al paciente y que podrían suponer una prolongación de su sufrimiento y deterioro de su calidad de vida.
 - Documento en el que el paciente designa a una persona como garante de sus deseos en el caso de que no pueda expresar su voluntad y formalizado a través de un notario.
 - Proceso comunicativo-deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la comprensión de la vivencia de la enfermedad y el cuidado de las personas implicadas, para identificar sus preferencias y expectativas de atención.
 - No sabe
8. ¿La planificación anticipada de asistencia sanitaria está regulada legalmente en el Ecuador? *
- Si
 - No
 - No sabe
9. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es un beneficio de la planificación anticipada de cuidado? *
- Mayor probabilidad de que el paciente reciba un tratamiento que esté en consonancia con sus deseos y valores.
 - Puede reducir la carga emocional para los familiares del paciente.
 - Promueve la instauración de medidas desproporcionadas.
 - Disminuye los costos asociados con intervenciones que pueden ser innecesarias o desproporcionadas.
 - No sabe
10. Indique si el siguiente planteamiento es verdadero o falso: "La planificación anticipada de asistencia sanitaria puede realizarse de forma temprana y las veces que el paciente lo necesite, pues su opinión, sus necesidades o su situación pueden variar". *
- Verdadero
 - Falso
11. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a la primera etapa para la elaboración de una planificación anticipada de asistencia sanitaria? *
- Etapa en la que se establece una relación de confianza entre médico y paciente, para lograr una conversación efectiva.
 - Etapa en la que el profesional de salud realiza una revisión exhaustiva del diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento.
 - Etapa en la que el médico accede a las perspectivas del paciente y el afrontamiento de la enfermedad.
 - Etapa en la que se registra la información de la discusión.
 - No sabe

Activar Windo

Actitudes sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria

Las siguientes preguntas recolectan información sobre la disposición de actuar frente a diferentes situaciones relacionadas a la planificación anticipada de asistencia sanitaria.

12. ¿Cuán útil considera usted que es la planificación anticipada de asistencia sanitaria para los profesionales de la salud? *

- Muy útil
- Útil
- Neutral
- Algo útil
- Nada útil

13. ¿Cuán útil considera usted que es la planificación anticipada de asistencia sanitaria para los pacientes y sus familiares y/o cuidadores? *

- Muy útil
- Útil
- Neutral
- Algo útil
- Nada útil

14. ¿Considera que tener registrada una planificación anticipada de asistencia sanitaria ayudaría a que los pacientes recibieran un manejo centrado en sus preferencias en el final de su vida? *

- Si
- No

15. ¿Recomendaría a sus pacientes realizar una planificación anticipada de asistencia sanitaria? *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

16. ¿Le gustaría recibir capacitación acerca de la planificación anticipada de asistencia sanitaria? *

- Si
- No

Prácticas sobre la planificación anticipada de asistencia sanitaria

El objetivo de las preguntas es recolectar información sobre prácticas relacionadas a la planificación anticipada de asistencia sanitaria

17. ¿En alguna ocasión ha realizado en su práctica clínica una planificación anticipada de asistencia sanitaria? *

- Sí
- No

18. ¿Le resultaría difícil o incomodo hablar con sus pacientes respecto a la planificación anticipada de asistencia sanitaria? *

- Sí
- No

19. ¿En su práctica clínica cuenta con el tiempo suficiente para proporcionar información clara sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente? *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre


20. ¿En su práctica clínica cuenta con el tiempo suficiente para realizar una escucha activa, explorar lo que es importante para el paciente y facilitar la toma de decisiones? *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

21. ¿En su experiencia recuerda algún caso en el que la planificación anticipada de cuidado hubiese ayudado a brindar una atención centrada en las preferencias y necesidades del paciente? *

- Sí
- No

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que proporciones se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms