UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

Actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Om Dial'' - 2013

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Cindy Lizbeth Bedón Zacarias

ASESOR

Luisa Hortensia Rivas Díaz De Cabrera

Lima - Perú

2013

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIALISIS ‘’OM DIAL’’ - 2013

A Dios por guiar mis pasos en el sendero del bien y por protegerme cuanto más lo necesité.

A mis padres y hermanos que cada día me han apoyado en este largo recorrido de mi carrera profesional.

Por su incondicional enseñanza a mi asesora la Mg. Luisa Rivas Díaz quien con mucha dedicación y sapiencia guió mi aprendizaje en la culminación del presente estudio.

Por su especial enseñanza a la Lic. Juana Durand Barreto, quien colaboró en la culminación del presente estudio.

A la gerencia del Centro de Diálisis ''Om Dial'' y en particular a la Lic. Celinda del Carpio por brindarme las facilidades para ejecutar este trabajo de investigación.

INDICE

Pág.

ÍNDICE DE GRÁFICOS vi
RESUMEN vii
PRESENTACIÓN 1

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento del Problema 4
B. Formulación del Problema 8
C. Objetivos 8
D. Justificación 8
E. Propósito 10
F. Marco teórico 10
F.1. Antecedentes 10
F.2. Base Teórica 13
- Aspectos teóricos conceptuales sobre insuficiencia renal crónica 13
- Aspectos teóricos conceptuales sobre actividades de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) sometidos a hemodiálisis 27
- Enfermería en el cuidado de pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis 48

G. Definición Operacional de Términos 52

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, Nivel y Método 53
B. Área de estudio 53
C. Población 54
D. Técnica e Instrumento 54
E. Proceso de Recojo, Procesamiento y Presentación de datos 55
F. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos 55
G. Consideraciones éticas 55

Pág.

CAPÍTULO III. RESULTADO Y DISCUSIÓN

A. Resultados 57
B. Discusión 63

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones 71
B. Limitaciones 72
C. Recomendaciones 73

Referencias Bibliográficas 74

Bibliografía 77

Anexos

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº		Pág.
1.	Actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’ Lima- Perú 2013	58
2.	Actividades de autocuidado en la dimensión alimentación según ítems en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’ Lima- Perú 2013.	59
3.	Actividades de autocuidado en la dimensión higiene según ítems en los pacientes con insuficiencia renal crónica con catéter venoso central sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om dial’’ Lima- Perú 2013.	60
4.	Actividades de autocuidado en la dimensión higiene según ítems en los pacientes con insuficiencia renal crónica con fistula arteriovenosa sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’ Lima- Perú 2013.	61
5.	Actividades de autocuidado en la dimensión psicosocial según ítems en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om dial’’ Lima- Perú 2013.	62

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo; determinar las actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. **Material y Método**. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 84 pacientes que asisten al centro de diálisis en el Centro de Diálisis ‘’Om Dial’’ Bellavista – Callao. La muestra fue seleccionada mediante el muestreo probabilístico de proporción aleatorio simple. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (52); 55.7 % (29) realiza actividades de autocuidado y 44.3 % (23) no. En la dimensión alimentación 94% (49) realiza actividades de autocuidado ya que consume carnes blancas. Sobre la dimensión de higiene en pacientes con CVC, 72% (13) realiza, ya que al bañarse se cubre el catéter. Acerca de la dimensión de higiene en los pacientes con FAV, el 100% (34) realiza, ya que utiliza agua y jabón para la limpieza del brazo portador de la fistula. En la dimensión psicosocial, 88%(46) llora a causa de su enfermedad. **Conclusiones.** El mayor porcentaje realiza actividades de autocuidado, ya que consume carnes blancas, controla la cantidad de alimentos, ingesta de líquidos, la restricción de sal, el baño diario, el lavado de manos, protege el catéter cuando se baña, utiliza apósitos, se comunica con la familia y acepta su enfermedad; y un porcentaje considerable de pacientes no realiza el control en el consumo de alimentos, no protege el catéter, no realiza compresiones con una pelota de goma para el desarrollo de la fistula, no realiza actividades de distracción, ni acepta la enfermedad.

Palabras claves: Insuficiencia renal crónica, hemodialisis, acceso vascular y autocuidado

SUMMARY

The study had as aim; to determine the activities of self-care that the patients realize with renal chronic insufficiency submitted to hemodialysis. **Material and Method**. of the study is of applicative level, quantitative type, descriptive method of transverse court. The population was shaped by 84 patients who are present at the center of dialysis in the Center of Dialysis "Om Dial" Bellavista - Callao; the sample was selected by means of the sampling probabilistic of proportion random simply. The technology was the interview and the instrument a formulaic type applied questionnaire previous informed assent. **Results.** Of 100 % (52); 55.7 % (29) realizes activities of self - care and 44.3 % (23) not. In the dimension supply 94 % (49) realizes activities of self-care since it consumes white meats. On the dimension of hygiene in patients with CVC, 72 % (13) realizes, since on having bathed there are covered the catheter, of the dimension of hygiene in the patients with FAV, 100 % (34) realizes, since water and soap uses for the cleanliness of the carrying arm of the water-pipe. In the dimension psychosocial, 88 % (46) cries because of his disease. **Conclusions**. The major percentage realizes activities of autocare, since it consumes white meats, controls the quantity of food, ingestion of liquids, the restriction of salt, the daily bath, the hand wash, protects the catheter when it baths, uses dressings, communicates with the family and accepts his disease; and a considerable percentage of patients does not realize the control in the food consumption, does not protect the catheter, does not realize compressions with a ball of rubber for the development of the water-pipe, neither realizes activities of distraction, nor accepts the disease.

Key words: Renal Chronic Insufficiency, Hemodialysis, Vascular access and Self-care

PRESENTACIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular, que puede ocasionar el acumulo de toxinas en el cuerpo y condicionar a otras patologías. Esta enfermedad es un padecimiento que en los últimos años se ha incrementado a nivel mundial ocasionando altas tasas de incidencia, sino la magnitud de sus efectos socioeconómicos originan entre otros la necesidad de recurrir a procedimientos de terapia de reemplazo renal como la diálisis. (1)

Dentro de las alternativas terapéuticas que tiene el paciente con IRC tenemos; la quirúrgica que está dado por la nefrectomía y el trasplante; y el tratamiento médico en donde la diálisis (peritoneal y hemodialisis), se utiliza como un método de depuración extra renal.

Aunque la HD no ha podido corregir todos los problemas de la IRC, la depuración de “toxinas urémicas” y la ultrafiltración son suficientes para mantener una calidad de vida adecuada, incluso con capacidad de trabajo, pero hay funciones metabólicas y endocrinas del riñón que no puede ser sustituido. La hemodiálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar, el tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia.

Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo con esperanza de vida limitada. También suelen padecer efectos en la esfera psicoemocional y social que si bien son normales en esta

situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que es imprescindible que enfermería brinde sus cuidados terapéuticos en forma oportuna. Todas estas situaciones que enfrenta derivado de la condición patológica del paciente, así como la implicancia que tiene en su estado psicológico y social, repercuten directamente en las actividades de autocuidado en los pacientes.

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que la persona se proporciona para tener una mejor calidad de vida; está determinado por las actividades que realiza en su alimentación, higiene y aspecto psicoemocional. De esa manera el personal de salud tiene un compromiso importante de orientar sobre las actividades de autocuidado al paciente y familia para alcanzar un equilibrio en su vida.

El presente estudio titulado "Actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de Diálisis ''Om Dial'' - 2013", tuvo como objetivo determinar las actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Con el propósito de proporcionar información actualizada a los directivos de la institución y al personal de salud que labora en la atención y cuidado del paciente renal.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, en el cual se expone el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II. Material y Método que incluye el tipo, nivel y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, proceso de recojo, procesamiento y presentación de datos, proceso de

análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema de salud pública mundial y tiene como causas prevalentes la diabetes Mellitus (DM) e hipertensión arterial (HAT). Su prevalencia se está produciendo en forma progresiva en todos los países y el problema no radica en las altas tasas de incidencia, sino en la magnitud de sus efectos socioeconómicos y la necesidad de recurrir a procedimientos de terapia de remplazo renal como diálisis, nefrectomía y trasplante renal. (2)

En Estados Unidos según estudios (2002) señalaron prevalencia del 11.7% de la población adulta (cerca de 2.691 millones de habitantes adultos) que padece de IRC en todos los estadios, pero lo más resaltante es que la población en estadio de daño renal incipiente representa el 6 % de la población adulta de USA (1.38 millones de habitantes adultos), ello indica que esta enfermedad siendo muy devastadora se puede solo identificar un bajo porcentaje en su estado incipiente.

En Latinoamérica existe una tendencia similar, pero con un menor número de pacientes con insuficiencia renal crónica sometida a terapia de reemplazo renal (TRR) en comparación con los países desarrollados, esta diferencia se debe a que muchos de ellos no tienen acceso a estos programas de TRR debido principalmente a la situación económica.

En los últimos años, el aumento en la sobrevida de los pacientes renales producto del avance tecnológico, los procedimientos dialíticos y de trasplante renal, ha planteado en la mayoría de países la necesidad de determinar con mucha anticipación los requerimientos de terapias de reemplazo renal en la población, así como establecer programas de atención primaria de salud renal y de prevención secundaria, siendo uno de ellos; la hemodiálisis que aunque no cura, revierte o compensa la pérdida de las actividades endocrinas y metabólicas de los riñones durante el resto de su vida. Es por ello que esta terapéutica contribuye en la supervivencia de los pacientes con IRC señalando una visión optimista.

La enfermedad renal crónica ha sido puesta en el marco de nuestro sistema de salud, como una enfermedad de alto costo, en ese sentido la patología ha cobrado un nivel máximo de importancia por el gasto elevado en la atención en salud. De modo que los recursos de salud deben ser sustituidos por actividades de promoción y prevención de la enfermedad, ya que muchas veces puede ser resultado de otras enfermedades de base como; la diabetes, hipertensión, malformación congénita, alteraciones urinarias, lupus eritematoso sistémico, entre otras. Sobre esta línea, los programas de salud pública deben adoptar medidas como la creación inmediata de programas de nefroprevención, que se inician desde el fortalecimiento de la salud, la prevención de complicaciones y la actuación sobre estilos de vida que promuevan la adopción de medidas saludables favoreciendo el pronóstico de dicha patología.

Es asi, que el profesional de enfermería debe implementar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

en todos los niveles de atención, diseñando, gestionando y evaluando programas que estén encaminados hacia la prevención de factores de riesgo señalados ampliamente en la literatura científica; que son hoy día un avance más, en el camino hacia el logro de metas y estrategias que permitan frenar o detener la enfermedad renal, reducir el ingreso de pacientes a terapia de reemplazo renal y disminuir los costos por atención en los servicios de la salud.

La enfermera (o) ha de contribuir enormemente en el desarrollo de estrategias que permitan no solamente tratar la enfermedad renal y los trastornos urinarios, sino también en la prevención con acciones adjuntas tales como la administración correcta de medicamentos y precauciones para el manejo de tóxicos; entre otros cuidados enfocados hacia la promoción de la salud renal.

La intervención de enfermería en el cuidado de enfermos renales establece relaciones asertivas y efectivas entre el paciente, la enfermera y el cuidador, de esta manera este trío constituye la columna principal para el cuidado correcto y adecuado del paciente con insuficiencia renal crónica sometido a hemodiálisis.

Enfermería debe lograr fomentar en el paciente actividades de autocuidado que brinden mayor bienestar biológico y psicosocial durante la realización de la terapia dialítica. Así mismo es crucial que el cuidador también pueda lograr mantener un especial interés por la realización de todas las actividades de autocuidado propuestas en la terapia de remplazo renal.

"Enfermera y paciente deben trabajar en equipo para conseguir la

optimización del tratamiento y lograr la mejor calidad de vida posible para el enfermo renal", asegura Ana María Reyero. "El paciente debe adaptar el tratamiento a su vida y no condicionar su vida al tratamiento; y para ello es imprescindible que sea autosuficiente. En este sentido, el papel de la enfermera es fundamental. La enfermera es la persona a cargo de la formación del enfermo renal y de ella depende explicarle al paciente las distintas opciones de tratamiento a las que puede someterse, así como los procedimientos que deberá seguir con cada una de ellas" (3)

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) no afecta únicamente a las condiciones físicas del enfermo, sino también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos, por ello para valorar el estado de salud de un paciente renal habrá que tener en cuenta su estado psicoemocional. Los problemas psicológicos y emocionales de los pacientes renales, resultan de gran interés para los profesionales de enfermería puesto que ellos trabajan con respuestas humanas y administran el cuidado holístico a cada paciente, enfocándose no solo a la condición física del paciente sino también a su estado psico-emocional.

En las prácticas pre profesionales se observó que los pacientes llegaban a las sesiones de hemodiálisis con ’4 - 7 kilos por encima del peso establecido. Al interactuar refirieron ‘’a veces fumo y consumo alcohol’’, ‘’a veces como bastante antes de venir a mi sesión de hemodiálisis’’, ‘’hago mi vida normal y no le tomo mucha importancia a la fistula’’, ‘’duermo recostado sobre el brazo donde esta mi fistula y no pasa nada’’, ‘’me siento triste por lo que me está pasando’’, ‘’ prefiero no participar en reuniones sociales’’, “mi familia

no me entiende''. Al entrevistar a la enfermera refirió: ''no realizamos vistas domiciliarias… a veces realizamos actividades educativas relacionados a IRC''. Esta situación me llevo a formular las siguientes interrogantes: ¿qué hábitos tienen los pacientes sometidos a hemodiálisis?, ¿qué alimentos consumen?, ¿realiza actividad física, con qué frecuencia?, ¿participa en reuniones familiares?, ¿tiene comunicación asertiva con los que le rodean?, ¿realiza terapias de relajación? ¿Qué hace el paciente en sus tiempos libres? En cuanto a enfermería se formularon algunas interrogantes; ¿realizan actividades educativas para el paciente?, ¿qué temas realizan?, ¿realizan entrevistas individuales al paciente?, ¿qué estrategias utilizan para lograr que el paciente cumpla con los requisitos para realizar un adecuado hemodiálisis?, ¿educa a los familiares? entre otros.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son las actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om Dial'' - 2013?

C. OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar las actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om Dial'' - 2013.

ESPECÍFICOS

- Identificar las actividades de autocuidado en la dimensión de alimentación en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’ - 2013.
- Identificar las actividades de autocuidado en la dimensión de higiene en los pacientes con insuficiencia renal crónica con catéter venoso central (CVC) sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’ - 2013.
- Identificar las actividades de autocuidado en la dimensión de higiene en los pacientes con insuficiencia renal crónica con fistula arteriovenosa (FAV) sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’ - 2013.
- Identificar las actividades de autocuidado en la dimensión psicosocial en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’ - 2013.

D. JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que en los últimos años se ha incrementado, ocasionando no solo la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la función renal, que se traduce en un serio deterioro de su capacidad funcional, requiriendo tratamiento que sustituya la función renal (diálisis y/o transplante renal). Sino que los efectos del tratamiento alternativo produce en el paciente serias alteraciones y/o modificaciones en su estilo de vida en los aspectos biológico, psicológico y social. Por lo que el…..

profesional de enfermería debe identificar precozmente las respuestas humanas derivadas de la repercusión del tratamiento sobre su homeostasia biopsicosocial, así como la información que posee en cuanto a los cuidados a tener en el hogar a fin de promover la adopción de conductas saludables de autocuidado que le conlleve a mejorar su calidad de vida mediante actividades de educación para la salud contribuyendo a disminuir los riesgos a complicaciones a los que está expuesto el paciente sometido a hemodiálisis.

E. PROPOSITO

Los resultados contribuirán no solo a proporcionar información actualizada a las autoridades y al personal del centro de hemodiálisis, sino también promover en el personal el establecimiento de programas de educación para la salud utilizando técnicas participativas orientadas a fomentar las actividades de autocuidado en el paciente, familia y/o cuidador que asisten al Centro de Diálisis ‘’ Om Dial’’; así mismo diseñar programas de educación permanente dirigido al personal de enfermería que permita actualizar y aplicar nuevas estrategias en el cuidado integral al paciente sometido a hemodiálisis contribuyendo a mejorar la calidad de atención y disminuir los riesgos a complicaciones que puede alterar más aun su calidad de vida.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. Antecedentes del Estudio

A nivel internacional

Rivera Ayala, Lidia, en México, el 2010, realizó un estudio sobre ‘’Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre autocuidado con acceso vascular’’. El método fue descriptivo comparativo de corte transversal realizado por la unidad de hemodiálisis del Hospital General Regional 25 del Instituto Mexicano del seguro social (IMSS). Se incluyeron pacientes de hemodiálisis crónica, mayores de edad, ambos sexos, de dos turnos laborales. Se excluyeron pacientes que recibieron su tratamiento fuera de la unidad sede. Se construyeron dos instrumentos de medición; un cuestionario para pacientes con catéter y otro para pacientes con fístula arteriovenosa interna. Entre las conclusiones a las que se llegó fueron los siguientes:

> *“Los pacientes tuvieron un nivel muy bajo de conocimientos en el autocuidado del acceso vascular, lo cual pone en riesgo el funcionamiento adecuado del mismo y de su propia vida. La aplicación de cuidados enfermeros y adiestramiento de los pacientes para el autocuidado constituyen un gran reto para los profesionales a cargo de pacientes con insuficiencia renal crónica en terapias sustitutivas.” (4)*

A nivel nacional

Monsalve Dávila, Marco Antonio, en Perú, el 2009, realizó un estudio sobre “Medidas de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo 2009”, el cual tuvo como objetivo determinar las medidas de autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 adolescentes de ambos sexos portadores del virus del VIH-SIDA. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. La conclusión a la que llego fue la siguiente:

> *Las conclusiones derivadas del estudio son que la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la alimentación, higiene corporal, descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima, control y tratamiento de la enfermedad. (5)*

Arquinigo Jaimes, Gloria Marlene, en Perú, el 2008, realizó un estudio sobre ‘’Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006-2007’’, con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado en los pacientes que reciben hemodiálisis periódica. El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 218 pacientes que recibían hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, seleccionados por muestreo probabilístico. Se utilizó como instrumento: La Valoración de Capacidad de autocuidado. La cual fue clasificada en: alto, medio y bajo. Se hizo uso del software SPSS versión 13.0 y la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado. La conclusión a la que llego fue la siguiente:

> *Los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida cotidiana; sin embargo evidenciaron un nivel medio de conocimientos para hacer frente a la enfermedad. (6)*

Navarro Napán, Mercedes, en Perú, el 2002, realizo un estudio ‘’ Nivel de conocimiento en pacientes sometidos a hemodiálisis luego de la participación en una actividad educativa de enfermería - Centro de Diálisis del Norte SAC’’, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar en una actividad educativa de enfermería – Centro de diálisis del Norte S.A.C - . El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método pre experimental, de corte

transversal. Se llevo a cabo en el Centro de Diálisis del Norte SAC, con una muestra de 36 pacientes sometidos a hemodiálisis donde se consideraron los siguientes criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, pacientes con IRC, que sepan leer y escribir, mayores de 25 años. La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario y material audiovisual. Entre las conclusiones a las que se llegó en dicho estudio fueron los siguientes:

> *''La actividad educativa de las enfermeras modifica el nivel de conocimientos sobre la IRC, su tratamiento y prevención de complicaciones en los pacientes sometidos a hemodiálisis, luego de ser aplicado, la cual fue demostrado a través de la prueba T de student''. ''Acerca del nivel de conocimientos sobre tratamiento, la mayoría de pacientes el 90 % antes de la actividad educativa tuvo un nivel de conocimientos ubicados en su mayoría medio y bajo en temas referidos a cuidados en higiene bucal, de acceso vascular, peso recomendable a ganar en el periodo interdialítico''. (7)*

Por los antecedentes revisados se puede evidenciar que existen algunos relacionados al tema de investigación, el cual ha permitido diseñar la base teórica, la metodología, siendo importante realizar el estudio a fin de que los resultados permita diseñar estrategias orientadas a mejorar las actividades educativas para la salud y promover en el paciente, familia y/o cuidador la adopción conductas saludables que favorezcan el autocuidado en el paciente sometido a hemodiálisis.

F.2. Base Teórica

ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES SOBRE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años,

expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado < 60 ml/min/1,73 m2. También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas.

La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del factor causal precipitante, tal y como se expone en lo siguiente:

a.1.- Daño renal diagnosticado por método directo:

• Alteraciones histológicas en la biopsia renal.

a.2.- Daño renal diagnosticado de forma indirecta, por marcadores:

• Albuminuria o proteinuria elevadas.
• Alteraciones en el sedimento urinario.
• Alteraciones en pruebas de imagen

Para que un marcador de daño renal establezca el diagnóstico de enfermedad renal crónica la anomalía tiene que ser persistente durante al menos 3 meses.

FISIOPATOLOGÍA

La insuficiencia renal crónica (IRC) se inicia con el deterioro progresivo del volumen de filtrado glomerular por el reclutamiento de nefronas dañadas, es decir hay acumulación de estas nefronas deterioradas que obstruyen la filtración y por ende disminuyen el volumen filtrado, a esto se agregan los trastornos tubulares de

homeostasis y finalmente la falla de las funciones hormonales del órgano. A diferencia de la IRA (Insuficiencia Renal Aguda) en la que el sustractum afecta funcionalmente a la totalidad o casi totalidad de la nefronas, las que siguen una evolución temporalmente coincidente que, habitualmente, desemboca en la recuperación funcional; en la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) el reclutamiento es progresivo, hallándose las nefronas en grados variables de daño estructural y funcional, abonando el concepto de *masa funcional crítica,* que confiere a esta entidad fases evolutivas que van desde la etapa totalmente subclínica hasta el deterioro terminal, conocido como uremia o fase descompensada de características terminales. (8)

Sea cual fuere la noxa inicial, alcanzada un determinado grado de compromiso parenquimatoso, la IRC puede continuar su progresión hasta estadíos terminales sin necesidad que opere el agente etiológico inicial. Esto pareciera también muy ligado al concepto de masa renal funcionante, la que al deteriorarse conduce a una situación de hiperfiltración compensadora de las nefronas sanas. Existe suficiente evidencia de que uno de los mecanismo de mayor relevancia para el daño nefronal es esta hiperfiltración.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En general, las manifestaciones clínicas de la IRC aparecen de forma progresiva, manteniendo una gran variabilidad de un paciente a otro, en función de la velocidad de progresión y de la cantidad de masa renal funcionante. Los aclaramientos de creatinina inferiores a 30 ml/min marcan habitualmente la frontera en la que la IRC se hace sintomática, desarrollándose a partir de entonces un amplio espectro de manifestaciones clínicas paralelas al estadio evolutivo.

Puntualizar que la clínica de la IRC en el anciano carece de rasgos propios y que en muchas ocasiones el hallazgo casual de cifras elevadas de urea y creatinina nos apuntan al diagnóstico. A continuación se mencionan las manifestaciones clínicas:

❖ Trastornos hidroelectrolítico y del equilibrio ácido-base

- Inicialmente incapacidad para la concentración de la orina con alteración de la capacidad de dilución en fases avanzadas.
- Acidosis metabólica e hiperpotasemia en estadios finales.

❖ Trastornos del metabolismo fosfocálcico

- Hiperfosforemia, hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundario.
- Osteodistrofia (osteomalacia, osteítis fibrosa quística, osteoporosis, osteoesclerosis).

❖ Alteraciones digestivas

- Anorexia, hipo, náuseas y vómitos, estomatitis, gingivitis (uremia elevada).
- Fetor urémico (alitosis acompañado a sabor amargo y metalico).
- Pirosis, gastritis erosiva y duodenitis. Hemorragia digestiva.
- Hepatopatía (incidencia de hepatitis vírica aumentada), ascitis. Pancreatitis.
- Estreñimiento, diarrea.

❖ Alteraciones endocrinas

- Amenorrea, esterilidad-atrofia testicular, disfunción ovárica, impotencia.
- Intolerancia hidrocarbonada. Hiperlipemia. Hiperparatiroidismo secundario.

❖ Alteraciones cardiorrespiratorias

- Cardiomiopatía: insuficiencia cardiaca y arritmias.

- Neumonitis. Pleuritis fibrinosa. Edema pulmonar atípico.
- Aterosclerosis acelerada: cardiopatía isquémica. Hipertensión arterial.
- Pericarditis urémica.

❖ Alteraciones hematológicas

- Anemia normocítica-normocrómica. Linfopenia. Coagulopatía.

❖ Alteraciones dermatológicas

Para llevar a cabo una diálisis eficaz, necesitamos un acceso vascular en buenas condiciones que nos ofrezca las mayores garantías de funcionalidad. La infección del acceso vascular es una complicación común en los pacientes en diálisis, pero es a la vez evitable con unas buenas prácticas higiénicas, acompañado de una serie de cuidados generales básicos. La piel se distingue de los demás órganos corporales no sólo porque es el de mayor tamaño, sino porque puede examinarse en su totalidad sin necesidad de utilización de pruebas ni aparatos tecnológicos sofisticados. Entre las alteraciones más comunes tenemos: (9)

Hiperpigmentación difusa	Es más frecuente en pacientes de mucho tiempo en diálisis. Se debe a la acumulación de la hormona estimulante de melanocitos que inducen a un aumento de la melanogénesis en la epidermis. Cursa de forma asontomática.	***Calficaciones cutáneas y subcutáneas***	Son pápulas blanquecinas muy pruriginosas por depósito de sales de calcio. Aparecen en casos de hiperfosforemia o de hiperparatiroidismo secundario grave. El tratamiento va dirigido a corregir la alteración metabólica.
Xerosis	Consiste en sequedad cutánea con descamación. Suele acompañarse de hiperqueratosis y poco conocida. El tratamiento va dirigo a corregir la causa que lo produce.	***Lesiones de calcifilaxis con úlceras isquémicas***	La calcificación de arteriolas puede conducir a zonas dolorosas que llegan a ulcerarse, sobre todo en extremidades y dedos.
Prurito	Se trata de una enfermedad no dermatológia. La patofisiología es multifactorial y poco conocida. El tratamiento va dirigido a corregir la causa que los produce.	***Lesiones de pseudoporfiria cutánea***	Consiste en lesiones vesiculares que aparecen en zonas expuestas al sol como el dorso de las manos y que se resuelven espontáneamente en varios días dejando una lesión cicatricial atrófica. Se tratan con r-HuEPO, desferroxamina y pequeñas sangrías.

CAUSAS

La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años a medida que las estructuras internas del riñón se van dañando lentamente. En las etapas iniciales de la enfermedad, puede que no se presenten síntomas. De hecho, la progresión puede ser tan lenta que los síntomas no ocurren hasta que la función renal es menor a la décima parte de lo normal, es decir que cuando se presenten algunos de los síntomas el riñón ya este dañado en gran parte.

El origen de la IRC puede ser primario, es decir, por lesiones propias del riñón o secundarias a diversas patologías extra renales, tales como enfermedades metabólicas, vasculares, o inmunológicas, que ocasionan perdida de la masa renal al comprometer al glomérulo, el intersticio o los vasos sanguíneos. Desde hace dos décadas ha venido presentando un incremento paulatino y sostenido de diabetes Mellitus e hipertensión arterial(HTA), constituyéndose actualmente ambas en la principales causas de la IRC , con 33% y 26 % respectivamente, el lupus eritematoso y las neoplasias, son otras causas frecuentes de IRC. (10)

La mayor parte de los trasplantes de riñón se realizan en pacientes con diabetes mellitus 2 (DM2), debido a que esta enfermedad es la causa principal de insuficiencia renal crónica (IRC), la cual deteriora progresivamente a ese órgano hasta dejarlo inservible.(11)

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

En la actualidad, cuando las opciones de terapia de reemplazo renal están al alcance de una población más extensa, se deben considerar

las condiciones que se requieren para una buena calidad de vida bajo estas modalidades, asi como también cuando no someter a un paciente a ellas o decidir suspender el tratamiento cuando a pesar de estas terapias las condiciones del paciente no alcanzan un control sostenible y, por el contrario, las incomodidades son mayores que los beneficios netos y no se tiene una adecuada calidad de vida. Asi tenemos:

- TRASPLANTE RENAL.- Procedimiento por el cual se implanta un órgano o tejido procedente de un donante a un receptor.

- DIÁLISIS.- Es un procedimiento que permite hacer pasar la sangre anticoagulada por tubos rodeados de una solución lavadora que circula en sentido contrario. En esta forma es posible extraer de la sangre una serie de solutos y catabolitos, que se acumulan en la sangre cuando hay insuficiencia renal. Es posible también extraer substancias que puedan haber sido ingeridas o inyectadas al torrente circulatorio. En ningún momento hay contacto directo de la sangre con la solución lavadora, ambos líquidos están separados por una membrana semipermeable muy delgada que permite el paso del agua, electrolitos y moléculas pequeñas, no así las moléculas mayores como son las proteínas y los elementos figurados, es decir los hematíes, leucocitos, plaquetas de la sangre. Igualmente impide que gérmenes contenidos en la solución dialítica puedan pasar a la sangre.

  Tipos de diálisis:

  Hay dos tipos principales de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La hemofiltración no es en sentido estricto un tratamiento de diálisis, pero es extremadamente similar.

- Diálisis peritoneal.- La diálisis peritoneal (DP) utiliza una membrana natural el peritoneo como filtro. El fluido de diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un pequeño tubo flexible que previamente se implantó en el abdomen de forma permanente, en una intervención quirúrgica menor. Parte de este tubo, o catéter, permanece fuera del abdomen. De esta forma puede conectarse a las bolsas de solución de diálisis. Mientras el líquido está en la cavidad peritoneal, se produce la diálisis.

- Hemodiálisis.- Es un proceso donde la sangre del paciente se pasa a través de un sistema de tuberías (un circuito de diálisis), vía una máquina, a una membrana semipermeable, (el dializador) que tiene líquido de diálisis corriendo en el otro lado. La sangre limpiada es entonces retornada al cuerpo vía el circuito. La ultrafiltración ocurre aumentando la presión hidrostática de la sangre en el circuito de diálisis para hacer que el agua cruce la membrana bajo un gradiente de presión. El proceso de la diálisis es muy eficiente, permitiendo que el tratamiento sea ejecutado intermitentemente, generalmente tres veces por semana, pero a menudo volúmenes bastante grandes de líquido deben ser removidos en una sesión que a veces puede ser exigente para el paciente y su familia.

PRINCIPIOS RELACIONADOS CON LA HEMODIÁLISIS

Equipo dializador.- La acción de la hemodiálisis se apoya en tres principios: difusión, osmosis y ultrafiltración. Las toxinas de la sangre y desechos de la sangre se extraen por difusión, ya que pasan del área de mayor concentración en la sangre a la de menor concentración en el dializador. El dializado es una solución

compuesta por todos los electrolitos importantes en sus concentraciones extracelulares ideales. Los electrolitos sanguíneos pueden controlarse mediante ajuste apropiado de la solución de dializado. La membrana semipermeable impide la difusión de moléculas grandes, como eritrocitos o proteínas plasmáticas. La ultrafiltración se define como agua que se mueve bajo presión elevada a un área de menor presión. Este proceso es mucho más eficiente en la remoción de agua por osmosis. La ultrafiltración se logra al aplicar presión negativa o una fuerza de succión a la membrana de diálisis. El sistema de amortiguación del cuerpo se mantiene al usar el baño de dializado compuesto de bicarbonato (más común) o acetato, que se metaboliza para formar bicarbonato. El anticoagulante heparina se administra para evitar que la sangre se coagule en el circuito de diálisis. La sangre limpiada retorna al cuerpo. Para que el final del tratamiento con diálisis, muchos productos de desecho se han retirado, el equilibrio de electrolitos ha regresado a la normalidad y el sistema de amortiguación se ha reabastecido. (12)

Acceso Vascular: Es el medio o camino por donde se realiza el proceso de hemodiálisis dentro de ellos tenemos:

- Fístula arteriovenosa interna.- Se llama fístula arteriovenosa (FAV) a la comunicación entre una arteria y una vena, independientemente de cualquier otra consideración sobre su apariencia, aspecto clínico, etiología, etc. Este procedimiento es netamente quirúrgico donde se suturan una vena superficial a una arteria próxima. De esta manera, al cabo de unas semanas, cuando la fístula madura se obtiene una vena superficial

dilatada, fácilmente canalizable, con paredes engrosadas, que permite ser pinchada numerosas veces y con un flujo semejante al de una arteria. De esa manera se logra tener la fístula de elección para los pacientes que necesitan realizarse Hemodiálisis de manera indefinida en un Programa de Crónicos. La FAV Interna es el procedimiento más habitual para Hemodiálisis. Permite al paciente hacer una vida normal, sin las limitaciones de las FAV Externas y con muchísimos menos problemas y complicaciones. Una fístula arteriovenosa interna bien realizada y con buenos cuidados, debe durar por encima de los diez años sin complicaciones.

Los pacientes con FAV Internas pueden presentar algunas complicaciones durante la diálisis o fuera de ella tenemos las siguientes:

- Hemorragia.- La más frecuente, producida por desgarro de la aguja al pincharla y más frecuente al inicio de su utilización. Esta casi siempre producida por una mala canalización de la vena con la aguja de hemodiálisis y se manifiesta en sus casos extremos por un engrosamiento de la zona, manifestación del hematoma producido. En los días siguientes la piel circundante cambiará de color indicando la existencia de sangre por debajo. En ocasiones, en punciones sucesivas, al atravesar con la aguja la zona de coágulo extravascular, encontraremos dificultad porque restos de este coágulo entrarán en la aguja obstruyéndola. En otros momentos habrá que dejar en reposo la fístula y siempre es recomendable cambiar el sitio de inserción de la aguja de hemodiálisis.

- Infección.- Se identifica fácilmente por la presencia de los signos típicos: calor, dolor, edema, rubor. Una fístula infectada puede conducir a serios problemas: sepsis, endocarditis y trombosis de la fístula. Jamás se pinchará en una zona que se sospeche infectada.
- Trombosis.- Algunas razones para que se produzca esta complicación son la hipotensión, la compresión mecánica de la vena (brazaletes, relojes, bolsos, etc.) o una inadecuada realización de la misma. Algunos pacientes tienen la costumbre de dormir apoyados en el brazo de la fístula. Con frecuencia se producen por la extravasación de sangre que comprime la vena y precipita la trombosis. Una vez reconocida se debe operar antes de las 12 horas. Más tarde, las posibilidades de salvar la fístula son escasas.
- Estenosis de la vena.- Producida generalmente por punciones repetidas sobre la misma zona.
- Aneurismas.- Caracterizado por la aparición de dilatación y adelgazamiento de las paredes. Cuando se producen hay que vigilarlos estrechamente por la posibilidad de aparición de trombosis, embolismo, infección o rotura. Su solución es siempre quirúrgica, con ablación del mismo.
- Síndrome de robo.- Se caracteriza por la aparición de frialdad y parestesias de la extremidad que puede llegar a la necrosis de las puntas de los dedos. En estos casos una gran cantidad de sangre pasa de la arteria a la vena, vía fístula, con lo que los dedos se pueden quedar isquémicos. Los síntomas son más manifiestos durante la realización de las Hemodiálisis. Su solución es siempre quirúrgica.

- Síndrome de "sangre negra".- La sangre, en la zona de retorno, se vuelve más negra (desaturada). La explicación más usual es por un aumento de la resistencia venosa de retorno. Su solución es quirúrgica.
- Síndrome de hiperaflujo.- Se produce, sobre todo, en las fístulas látero-laterales. Es debido a un incremento de la circulación venosa distal y se manifiesta por un edema duro de la mano. En ocasiones puede ser producido por la existencia de una gran circulación colateral "de novo". Su solución es siempre quirúrgica, cerrando el extremo distal de la vena o la circulación colateral neo formada.
- Recirculación.- En ocasiones, una colateral venosa puede devolver la sangre de la fístula a una zona anterior a la misma, provocando una recirculación de la misma. En otras ocasiones, más frecuente, una mala colocación de las agujas hace que la sangre que sacamos para enviar al dializador sea la misma que devolvemos del mismo. En ambos casos el resultado es una insuficiente diálisis. Se devolverá, bien ligando la colateral, bien separando los sitios de acceso a la vena.
- Compresión del nervio mediano.-Aunque la causa más frecuente es la amiloidosis del túnel carpiano, un aneurisma importante puede también producirlo. Su corrección es quirúrgica. (13)

❖ Catéter venoso central.- Se realiza mediante la introducción de un catéter de Perm-cath a través de la yugular interna hacia la aurícula derecha. Se hace con técnica quirúrgica y anestesia local y pueden ser utilizados inmediatamente, lo que permite instaurar la diálisis de urgencia o bien a la espera de la

dilatación de una FAV interna. Son los más utilizados actualmente

Complicaciones de la hemodiálisis.- La hemodiálisis puede prolongar indefinidamente la vida, no altera el curso natural de la enfermedad renal subyacente ni reemplaza por completo la función del riñón. El paciente sufre numerosos problemas y complicaciones. La causa principal de muerte en personas sometidas a hemodialias crónica es cardiopatía aterosclerótica. Lasa alteraciones del metabolismo de los lípidos se acentúan con la hemodiálisis. Por otra parte, la insuficiencia cardiaca congestiva, la ateriopatía coronaria, el dolor anginoso, la apoplejía y la insuficiencia vascular periférica suelen incapacitar al enfermo. La anemia y la fatiga contribuyen a disminuir el bienestar físico y emocional, restar energía y motivación. Las ulceras gástricas y otros problemas gastrointestinales pueden resultar por el estrés fisiológico que acompaña que acompañan a la enfermedad crónica, la Farmacoterapia y problemas afines. la perturbación el metabolismo del calcio provoca osteodistrofia renal, que a su vez causa fracturas y dolor óseo. (14)

TRATAMIENTO A PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

- Farmacoterapia.- Como los riñones suelen excretar total o parcialmente muchos medicamentos, estos se excretan durante la hemodialias. Los pacientes sometidos a hemodiálisis que necesitan medicamentos (antibióticos agentes anti arrítmicos) se vigilan estrechamente para asegurar de que mantenga el nivel adecuado para evitar acumulación toxica en sangre o tejidos.

La diálisis elimina de la sangre ciertos medicamentos, por lo que es necesario que el médico ajuste la dosis. Los medicamentos se fijan a proteínas, no se eliminan durante la diálisis. La eliminación de otros medicamentos depende del peso y el tamaño de la molécula.

Cuando un paciente es sometido a hemodiálisis, se deben valorar cuidadosamente tanto medicamentos como dosis. El tratamiento contra la hipertensión, que con frecuencia forma parte del régimen del sujeto sometido a diálisis, es ejemplo en que la comunicación, instrucción y valoración pueden incidir de manera importante en el enfermo. Por ejemplo si el medicamento contra la hipertensión se toma el día de la diálisis, durante el proceso podría presentarse un efecto de hipotensión que reduciría en forma peligrosa la presión arterial. Muchos medicamentos que se ingieren durante el día pueden suspenderse hasta después del tratamiento con diálisis.

- Tratamiento nutricional.- Cuando los riñones dañados no pueden excretar los productos finales del metabolismo, estas sustancias se acumulan en el suero del enfermo y actúa como veneno. Los síntomas derivados de su acumulación se conocen como síntomas urémicos. Mientras más toxinas se acumulan más graves son los síntomas.

  La dieta es un factor importante en pacientes sometidos a hemodiálisis por los efectos de la uremia. Los objetivos del tratamiento nutricional son minimizar los síntomas urémicos y los desequilibrios de líquidos y electrolitos, mantener un buen

estado nutricional mediante el consumo adecuado de proteínas, calorías, vitaminas, y minerales, y permitir a la paciente comer una dieta sana y sabrosa. El restringir las proteínas de la dieta disminuye la acumulación de desechos nitrogenados, reduce los síntomas urémicos e incluso puede posponer el inicio de la diálisis en unos cuantos meses.

La restricción de líquidos también es parte de la prescripción dietaria, porque puede ocurrir acumulación de líquidos, lo que conduce a aumento de peso, insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar. Dentro de su régimen alimenticio de un apaciente en hemodiálisis las proteínas se restringe a 1g/Kg de peso, el sodio se restringe de 2-3 g/ día y los líquidos se restringe a una cantidad igual al gasto urinario mas 500 ml. Si se ignora las restricciones se presentara complicaciones que ponen le peligro la vida del paciente, asi se tiene hipercalemia y edema pulmonar. (15)

ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES SOBRE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) SOMETIDOS A HEMODIALISIS

De acuerdo a la literatura consultada se ha considerado revisar dos expertos e investigadores del tema como; Dorothea E. Orem (Teoría del autocuidado) y Ofelia Tobon correa (Autocuidado ‘’una habilidad para vivir’’).

❖ Según Dorothea E. Orem

El autocuidado es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso. El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Describe tres tipos de requisitos: Requisitos de Autocuidado Universal; Requisitos del Desarrollo; Requisitos de Alteración de la Salud. Requisitos de autocuidado universales (RAU).- Abarca los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales en la vida. Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción puede conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. En este grupo se incluyen: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimento, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. (16)

- Requisitos del Desarrollo.- Se separan de los requisitos universales y promueven procedimientos para la vida, la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.
- Requisitos de las alteraciones de la salud.- La enfermedad o la lesión no solo afectan a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado, el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.

❖ Según Ofelia Tobon Correa

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos. "Cualquier cosa

que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona". El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. (17)

De modo que basado en la literatura consultada tenemos lo siguiente:

Actividades de autocuidado.- Son un conjunto de acciones que realiza un individuo, familia o grupo referida a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ella para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Las actividades de autocuidado son acciones adquiridas, es decir; que es aprendido en su contexto sociocultural y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, de esa manera el individuo se convierte en gestor de su autocuidado cuando él se encuentre sano o posea una enfermedad. El autocuidado está orientado a regular los factores que afectan el desarrollo y

funcionamiento del padecimiento crónico en beneficio de la vida, salud y bienestar, que debe ser visto como una contribución constante del individuo a su propia existencia. Las actividades de autocuidado fortalece la participación activa de los pacientes con IRC, ante lo cual debe asumir, por sí mismo, acciones para conservar la salud y la vida, recuperándose de su enfermedad o afrontando las consecuencias de la misma, con apoyo, asesoría y vigilancia de la enfermera. Así tenemos las siguientes dimensiones:

Actividades de autocuidado en la dimensión de alimentación:

Está dado por todas las acciones que debe realizar el paciente con hemodiálisis en el cuidado de la alimentación cuando padece de IRC, ya que la dieta recomendada puede ser modificada si no se cumple en forma estricta con el plan dietético. Los estudios demuestran que los pacientes mejor nutridos tienen menos complicaciones y viven más tiempo. Por lo tanto es importante comer bien en cantidad y calidad; ya que la desnutrición dificulta el proceso de cicatrización de las heridas, favorece las infecciones, la anemia, etc. y puede dar síntomas como malestar general y fatiga. Los pacientes desnutridos tienen una pobre rehabilitación. Por otro lado, la obesidad sobrecarga el trabajo del corazón, de los huesos, de las articulaciones y exacerba la hipertensión.
Los nutrientes necesarios para este tipo de pacientes esta dado por:

I. Proteínas.- Las proteínas son substancias nutritivas que sirven para la formación, mantención y reparación de tejidos, permitiendo la cicatrización y el crecimiento. La indicación de la cantidad de proteínas es individual. Esta depende de la edad, el peso corporal y el estado nutritivo de cada persona. En general, es importante

saber que el paciente en hemodiálisis debe consumir igual o mayor cantidad de proteínas que una persona sana de características similares. Esto es, 1 a 1,5 grs de proteínas por kilo de peso al día. Como resultado del consumo de proteínas se produce urea y creatinina. Como ya vimos, estos desechos son eliminados por la orina y en los pacientes con enfermedad renal terminal por la hemodiálisis.

Es tan importante un consumo adecuado de proteínas, que actualmente se prefiere aumentar la dosis de hemodiálisis pero no restringir su ingesta. Si bien es imprescindible consumir proteínas en cantidad adecuada, se debe tener presente que algunos de estos alimentos contienen otras substancias que generalmente es necesario restringir, por ej.: agua, sodio (sal), fósforo, potasio, colesterol y grasas saturadas.

Actividades de autocuidado:

- Consumir las carnes blancas, por ejm: pescado y aves de corral. Las carnes rojas contienen un nivel elevado de colesterol. Si consume carnes rojas, prefiera la carne de vacuno que tiene una menor cantidad de colesterol que la de cerdo o cordero. Entre las carnes de vacuno prefiera las que tienen menos grasa (lomo liso).
- Retirar la grasa visible antes de cocinarla.
- Evitar comer las vísceras o “interiores” en las carnes blancas y rojas: riñones, sesos, hígado, pancita, etc. Estas tienen un altísimo contenido de colesterol.
- Consumir sólo la clara de huevo. La yema tiene gran cantidad de colesterol.

- Entre los derivados de la leche prefiera el quesillo sin sal. Las legumbres (porotos, lentejas, garbanzos, arvejas), cuézalas en abundante agua y bote al menos 2 veces el agua durante la cocción. Estos alimentos contienen potasio. De este modo parte del potasio se eliminará en el agua.
- Los alimentos ricos en proteínas también contienen fósforo. Consúmalos en las principales comidas del día junto con los quelantes del fósforo, en la dosis indicada por el médico.

II.- Hidratos de carbono.- Los hidratos de carbono son substancias nutritivas que sirven para producir la energía necesaria para mantener la temperatura y las funciones corporales. Las proteínas y los lípidos también sirven como fuente de energía, de manera que si no se consume una cantidad adecuada de hidratos de carbono el cuerpo utiliza el tejido adiposo (grasa) de reserva y las proteínas, que se encuentran constituyendo los diferentes tejidos, para obtener energía. Si esta situación se mantiene en el tiempo, provocará una desnutrición. Algunos alimentos ricos en hidratos de carbono como las frutas y verduras, también contienen fibra, la cual tiene efectos beneficiosos en el tracto digestivo y puede ayudar a prevenir enfermedades intestinales como el estreñimiento.

La indicación de la cantidad de hidratos de carbono es individual. Depende de la edad, el peso, el estado nutritivo y la actividad física del paciente. En general, es importante saber que el paciente en hemodiálisis debe consumir una cantidad algo mayor que una persona sana de características similares. Si es diabético u obeso debe continuar con una dieta restringida en hidratos de carbono. Al igual que en el caso de las proteínas es importante consumir

hidratos de carbono, algunos de estos alimentos pueden contener otras substancias que es necesario restringir como por ejemplo: fósforo y potasio.

Actividades de autocuidado:

- Entre los alimentos ricos en hidratos de carbono consumir el arroz, tiene un bajo contenido de fósforo, potasio y sodio (sal).
- Las harinas (pan, tallarines y las masas en general) son ricas en hidratos de carbono, pero también contienen fósforo. Consúmalas en las principales comidas del día con los quelantes del fósforo, en la dosis indicada por el médico.
- Las verduras, las frutas, las legumbres y las papas tienen un alto contenido de potasio cómalas cocidas y bote el agua de la cocción.
- Puede agregar azúcar a las frutas cocidas y postres en general.

III. Lípidos o grasas.- Las grasas son substancias importantes para una buena nutrición proporcionando energía. También, algunas de ellas deben estar en la dieta (ácidos grasos esenciales) porque el organismo no es capaz de fabricarlas. Desde un punto de vista práctico, es conveniente distinguir distintos tipos de grasas según el tipo de ácidos grasos que contienen, por su importancia para la salud:

-Grasas saturadas: son de origen animal terrestre (leche y derivados, carnes y embutidos en general).

-Grasas monoinsaturadas: Están presentes en las carnes y especialmente en algunos vegetales (palta, aceitunas, aceite de oliva).

-Grasas poliinsaturadas: Están presentes en los aceites vegetales (maíz, pepa de uva) y también en los pescados.

Los alimentos ricos en grasas saturadas, que generalmente se acompañan de mayor cantidad de colesterol, aumentan el colesterol en la sangre y favorecen su depósito en las arterias. De esta forma pueden producir enfermedades vasculares del corazón, del cerebro y de las piernas. En cambio las grasas monoinsaturadas y poliinsaturados ayudan a evitar esas enfermedades. Además, algunos alimentos ricos en lípidos o grasas, contienen otras sustancias que es necesario restringir, como por ejemplo: fósforo y potasio.

Actividades de Autocuidado:

- Consumir alimentos con mayor contenido de grasas monoinsaturadas o polisaturadas.
- Entre los vegetales prefiera los con menor contenido de potasio. Los alimentos con mayor contenido de potasio también se pueden consumir, pero en poca cantidad y restringiendo ese día otros alimentos ricos en potasio. Ud. puede consumir hasta 2000 miligramos (mg.) de potasio al día.
- Preferir las leches descremadas o con bajo contenido de materia grasa.

IV. Agua y sal.- El agua. Es un elemento muy importante en la constitución de los seres vivos. En el ser humano el porcentaje de agua corporal varía en forma considerable en relación con la edad, el sexo y la cantidad de tejido graso, pero en general se puede decir que el 60% del peso corporal de una persona es agua. En

condiciones normales se mantiene un equilibrio entre el agua que ingresa y el agua que se elimina del cuerpo. Más de la mitad del agua que ingresa al cuerpo está contenida en los alimentos. El agua se elimina del organismo por:

- La orina principalmente
- Las deposiciones
- La piel (sudoración)
- El pulmón (respiración)

La cantidad de líquido que puede tomar un dializado depende principalmente de la cantidad de orina que elimine. Si el paciente produce una buena cantidad de orina, los líquidos pueden restringirse moderadamente. En la medida que disminuye la producción de orina, aumenta la restricción de líquidos. El límite permitido de aumento de peso es “1 kilo por día”, esto significa que durante la semana, entre una diálisis y otra, usted puede subir 2 a 2 ½ kilos y el fin de semana hasta 3 kilos. es importante recordar que una dieta seca contiene 500 a 700 ml. de líquido.

Signos de exceso de líquido en el cuerpo:

- Aumento de peso corporal por la retención de líquido.
- Aumento de la presión arterial.
- Edema (hinchazón): generalmente se observa en los tobillos y en los párpados, pero puede presentarse en otras partes del cuerpo (abdomen, cara, manos).
- Disminución de la capacidad para realizar ejercicio: porque el corazón debe trabajar más para bombear mayor cantidad de

sangre. Con el tiempo el corazón se puede hacer insuficiente, es decir, perder la capacidad de bombear la sangre en forma efectiva.

- Edema pulmonar: la acumulación de líquido en el pulmón se llama "edema pulmonar". Esta complicación produce una grave dificultad para respirar.

La Sal.- También llamado sodio, es un mineral que está presente en los líquidos del cuerpo. Una de sus funciones principales es guardar agua dentro del organismo, actuando como una "esponja". El consumo de sodio produce sed. Su valor normal en la sangre varía entre 135-145 mEq/Lt. Cerca del 50% del sodio que ingresa al organismo proviene de la "sal de mesa". Cuando los riñones se enferman se pierde, parcial o completamente, la capacidad de eliminar agua y sodio por la orina. Así, gran parte del líquido y la sal que se ingiere se acumula con gran riesgo para la salud. Si bien es cierto que con la hemodiálisis se puede retirar agua y sodio, su eficiencia está limitada por el corto tiempo que dura este procedimiento. Los riñones sanos trabajan las 24 horas del día y la hemodiálisis se realiza por 3 a 4 ½ horas, tres veces por semana.

Signos de exceso de sodio en el cuerpo.

- Mucha sed.
- Acumulación de líquido en el cuerpo.
- Aumento de la presión arterial (hipertensión arterial).

Actividades de autocuidado:

- Colocar el total de líquido que puede beber durante el día en una botella.
- Dividir la cantidad de líquido permitido en iguales partes para todo el día.

- Transformar en hielo el agua que puede beber y consuma cubitos de hielo. Ellos calman más la sed que un vaso de agua. Enjuáguese la boca con agua, haga gárgaras si es necesario, pero no se trague el agua
- Evitar tomar bebidas demasiado dulces.
- Tomar los medicamentos con las comidas a menos que se le indique lo contrario.
- Controlar su peso todos los días después del desayuno; esto le dará información del aumento de líquido interdiálisis.
- Evite el uso de sal en la preparación de las comidas. Use solamente la cantidad de sal indicada.
- Es útil poner en un salero la cantidad de sal que le ha sido indicada y repartirla a lo largo de día.
- Evite el consumo de alimentos preparados que tienen gran cantidad de sal como: Sopas en sobre, concentrados de carne para sopas. papas fritas, aceitunas, ramitas, charqui y pescado seco.
- Cecinas y embutidos (tocino, longanizas, vienesas, paté, etc.)

V. Potasio.- Es un mineral que se encuentra en su mayor parte, dentro de las células del cuerpo. Mantiene principalmente la función muscular normal, incluyendo el músculo del corazón. El valor normal en la sangre, varía entre 3.6 y 5.0 mEq/Lt. La principal fuente de potasio son los alimentos. El potasio se elimina principalmente por los riñones y en menor cantidad por las deposiciones. Cuando los riñones se enferman se pierde el principal órgano excretor de potasio. El aumento de potasio en la sangre se denomina “HIPERKALEMIA” y los efectos que produce la acumulación de potasio son:

- Debilidad muscular, especialmente de las extremidades inferiores.
- Arritmias (pulso irregular).
- Puede llevar al PARO CARDIACO y la MUERTE sin ninguna advertencia.

En general, un paciente en hemodiálisis crónica puede consumir como máximo 2.000 mg. de potasio por día.

Signos de alarma en pacientes con IRC:

Si tras un consumo excesivo de alimentos ricos en potasio aparece debilidad muscular, cansancio, hormigueo y pesadez en miembros, alteraciones en el ritmo del corazón; esto es síntoma de una hiperpotasemia, que debe ser tratada inmediatamente, ya que puede provocar paro cardiaco y muerte.

Actividades de autocuidado:

- Consumir alimentos que tienen poco potasio y evite los que tienen mucho.
- Cocinar verduras y frutas en abundante agua y luego bote el agua de la cocción. Parte del potasio se eliminará en el agua.
- Al cocinar las legumbres bote primero el agua de remojo, cocine en nueva agua. Al estar cocidas bote la mitad del agua y complete con agua hervida.
- Consuma las papas cocidas en agua o doradas. Evite comer papas en guisos o fritas.
- Evite el estreñimiento: el potasio se elimina también por las deposiciones, aunque en menor cantidad. Esta excreción requiere buen tránsito intestinal.

VI. Fosforo.- Es un mineral, elemento esencial del hueso y de todos los tejidos del cuerpo. Se encuentra en la mayoría de los alimentos. El 80 – 90% del fósforo ingerido se absorbe a través del tubo digestivo (intestino) y de allí pasa a la sangre. El 10-20% restante se elimina en las deposiciones. El valor normal del fósforo en la sangre varía entre 2,7 y 4,5 mg/dl. Una de las funciones de los riñones es eliminar el fósforo. Cuando el riñón está enfermo se comienza a acumular el fósforo en el organismo.

El aumento del fósforo en la sangre provoca un daño crónico en los huesos, de manera que es muy importante tomar medidas para evitar los niveles altos de fósforos en la sangre a través. Por encontrarse el fósforo en tanto alimentos, la mayoría de las personas consumen mayor cantidad de fósforo que la necesaria.

Los alimentos que tienen mayor cantidad de fósforo son:

- Leche y todos sus derivados (yogurt, quesos, quesillo, manjar, etc.)
- Carnes en general (vacuno, pollo, pescado, cerdo, etc.)
- Panes y cereales integrales.
- Legumbres.

Sin embargo, algunos de estos alimentos deben consumirse debido a su excelente contenido de proteínas. En general, un paciente en hemodiálisis crónica puede consumir entre 800 y 1.200 mg. fósforo por día. Cantidades menores necesariamente significan una ingesta deficiente de proteínas. Si consideramos que una diálisis eficiente elimina entre 600 y 800 mgrs. de fósforo por sesión, al fin de la semana tendremos una sobrecarga de fósforo. Para evitar esto, sin

producir desnutrición, se usan medicamentos que evitan la absorción intestinal de fósforo (quelantes del fósforo). Los quelantes del fósforo son aquellos que evitan que el fosforo sea absorbido por el intestino esto se logra con los medicamentos que se combinan con el fósforo; estos medicamentos actúan como "esponjas" absorbiendo o uniéndose con el fósforo mientras éste todavía está en el estómago. El fósforo unido al medicamento es eliminado en las deposiciones. Existen varios medicamentos que son quelantes del fósforo:

- Carbonato de calcio.
- Acetato de calcio.
- Hidróxido de aluminio.

El momento en que se toman los quelantes del fósforo es muy importante. Para que estos medicamentos puedan actuar deben tomarse junto con los alimentos. Si no se hace de esta forma el fósforo entrará libremente a la sangre. Aunque el hidróxido de aluminio es un excelente quelante, su uso prolongado es riesgoso por la posibilidad de intoxicación por aluminio. Se recomienda su uso por períodos cortos para tratar aumentos severos del fósforo en la sangre.

VII. Vitaminas.- Las vitaminas participan en múltiples funciones del organismo y son indispensables para mantener la salud. Los pacientes en diálisis pueden desarrollar deficiencia de algunas vitaminas, como por ejemplo: ácido fólico, vitaminas del complejo B y vitamina C. Esto generalmente se debe a:

- Escasa ingesta en la dieta.
- Absorción intestinal inapropiada
- Pérdida hacia el baño de diálisis.

La manera más eficiente de asegurar una ingesta adecuada de estas vitaminas es a través de fármacos llamados “suplementos vitamínicos”. Tome las vitaminas en la forma indicada por su médico. No las tome exageradamente, pues algunas mezclas vitamínicas contienen productos que su organismo no requiere o que pueden ser incluso dañinos en caso de acumulación.

Actividades de autocuidado en la dimensión de higiene:

Para mantener una adecuada higiene personal es necesario considerar lo siguiente:

- Baño diario.
- Adecuada higiene bucal para combatir halitosis, limpieza de la boca después de cada comida, utilizando un cepillo muy suave.
- Cuidado de pies, especialmente en personas diabéticas en las que sería recomendable la visita médica periódica.
- Es muy importante que antes de iniciar la sesión de diálisis proceda al lavado del brazo de la fístula así como de sus manos con jabón desinfectante.
- Utilice ropa holgada lavándola y cambiándola diariamente para evitar posibles complicaciones por manchas de sangre, sudor, desinfectantes.

Autocuidado de la piel:

Unas ideas básicas en el cuidado de la piel y en especial de estos problemas, pueden mejorar considerablemente su calidad de vida,

pues el alivio de estos síntomas es relativamente sencillo y, en muchas ocasiones, no es necesario el tratamiento farmacológico.

- Mantener la extremidad portadora del acceso vascular siempre bien seco y limpio mediante lavado diario con jabón de Ph. Neutro, si utilizan cualquier tipo de jabón generalmente el manto de la piel sufre molestias como el prurito o la xerosis.
- Para la hidratación de la piel utilizar lociones hipoalergénicas.
- El cuidado de las uñas y mantenerlas limpias y bien cortadas también son un punto importante para evitar la infección del acceso vascular por contaminación debida a la mala higiene.
- No es aconsejable el uso de perfumes o colonias que resequen la piel.

Cuidado de la fistula arteriovenosa:

- Adecuada higiene corporal.
- Evite golpes y rozaduras en el brazo portador ya que puede llevar a que ésta deje de funcionar.
- No cargue peso con dicho brazo.
- No tomar NUNCA la tensión arterial en el brazo portador.
- Compruebe a diario el funcionamiento de la misma. (Palpar con los dedos el latido y el thrill).
- Evite apoyarse sobre el brazo de la fístula cuando descanse.
- No utilice ropas apretadas, bolsos, relojes u objetos que aprieten en el brazo de la FAV.
- Comunique al personal sanitario cualquier cambio en el aspecto de la FAV (inflamación, enrojecimiento, supuración, dolor, endurecimiento).
- No puncionar NUNCA el brazo portador de la FAV para una extracción de sangre u otras pruebas.

- Lavado del brazo con agua y jabón.

Cuidado del Catéter venoso central:

Máxima higiene por parte del paciente: ducha diaria cubriendo la zona del catéter con plástico y utilizando luego secador de mano si se humedeciera el apósito. En casos individuales se puede retirar el apósito para la ducha y colocar posteriormente uno nuevo. Utilizar siempre apósitos transpirables (gasa y esparadrapo). No hay diferencia entre utilizar un apósito plano que cubra todo el catéter y la piel de alrededor o utilizar un apósito circular de gasa que rodee la extensión en y lo deje como una especia de corbata (mejor en mujeres con grandes mamas). Sólo se utilizarán apósitos oclusivos en circunstancias especiales: por ejemplo para baños en el mar o piscinas, retirándolos posteriormente, ya que al no permitir la transpiración favorecen la creación de un medio húmedo y el riesgo de infecciones. Uso de sujetador en mujeres sobre todo las que tienen mamas voluminosas para evitar desplazamientos del catéter por efecto de la gravedad. Ropa cómoda que permita la correcta manipulación del catéter en las diálisis.

Actividades de autocuidado en la dimensión del aspecto psicosocial:

Ello está relacionada a las acciones que contribuyen a la disminución del estrés del paciente, auto aceptación, impacto y adaptación a su enfermedad. La diálisis representa un cambio brusco en su forma de vida. Se produce cambios a nivel personal, laboral y social que si se superan pueden hacer la enfermedad bastante más llevadera.

Así tenemos lo siguiente; según Devins el impacto de la enfermedad puede ser directo o indirecto. El impacto directo ocurre cuando determinados elementos del tratamiento (consecuencias fisiológicas, tiempo de dedicación, etc...) entran en conflicto con el estilo de vida y las actividades que desarrollaba el paciente antes de la aparición de la enfermedad. El impacto indirecto se refiere a los cambios que se producen en las relaciones familiares y sociales, asociados a los comportamientos de otras personas relacionadas con el enfermo. También el paciente se ve forzosamente involucrado en un proceso de adaptación la cual mantiene las siguientes etapas según el autor KUBLER-ROSS. Negación, rechazo hacia el choque inesperado con la realidad; Ira, donde se presenta el resentimiento y la cólera hacia un evento especifico; Negociación, etapa pasajera durante la cual el paciente parece estar en paz, pero en realidad está desarrollando toda una serie de contactos que se dirigen hacia lo sobrehumano o promesas; Depresión indica la lucha con el sentido de una gran pérdida y finalmente aparece la Aceptación donde el paciente, llega a una fase en la que su "destino" no le deprimirá ni le enojará. La aceptación se describe como la capacidad para contemplar la llegada de lo inesperado con un cierto grado de expectativa.

Actividades de autocuidado:

- Se debe organizar actividades y la posibilidad de compartirlas para que el sujeto encuentre el mayor número de reforzadores posibles tanto en la familia como fuera de casa.
- Dotar a la familia o mejor a la pareja de las habilidades necesarias para resolver de modo conjunto los problemas que planea y planteará la situación, favoreciendo el sistema de comunicación para resolver las discrepancias sin que sea necesario recurrir a la estimulación aversiva.

- Si el enfermo no puede salir de casa por periodos más o menos largos tendrá que mantener contacto con el exterior para no perder los reforzadores sociales de que disponía aumentando las llamadas telefónicas, invitaciones a los amigos para cenar con ellos en su casa, etc.
- Habrá que conseguir que el sano y el resto de la familia dispensen reforzadores al enfermo, sobre todo en los momentos más delicados y que sea mínima la estimulación aversiva,
- Habrá que dotar al enfermo de un amplio repertorio de autorrefuerzos y entrenarle para que los utilice. Éste quizá es uno de los puntos clave de toda esta terapia y uno de los más difíciles de conseguir.

Para cubrir todo estos objetivos podemos seguir las siguientes indicaciones:

- Para el debilitamiento y cansancio físico se puede actuar organizando el descanso y enseñando a dormir, y actuaremos directamente sobre
  el insomnio (con relajación muscular al intentar dormir y que no duerman en la diálisis).
- Hacer ejercicio físico moderado que les mantenga en buena forma, para favorecer un buen tono muscular y circulatorio.
- Organización y dosificación de tareas y algo fundamental como es enseñarles relajación muscular para ponerla en práctica en los momentos claves, ayudándoles esto a disminuir el estado de alerta.
  - También contribuye a disminuir el estado de alerta la información al enfermo y familiares de todo el proceso que va a ir

experimentando el enfermo, entrenamiento en los cuidados de la F.A.V., manejo de los síntomas post-HD y estos mismos en su casa (mareos, picores, calambres...).

- Estableceremos un buen intercambio de reforzamiento con un adecuado sistema de comunicación y de resolución de problemas, entrenando el incremento de refuerzos y la comunicación efectiva así como la resolución de problemas.

Ejercicio físico.- Esta relacionada a la práctica de actividad física. Es recomendable adoptar entre sus hábitos el ejercicio físico. En principio, el caminar, en la medida de lo posible es recomendable y a partir de aquí puede realizarse cualquier tipo de ejercicio físico que no sea violento: natación, gimnasia, bicicleta. Sea la actividad elegida esta no debe ser agotadora y la extremidad del acceso vascular deberá protegerse adecuadamente. Realizar ejercicios para que la fistula tenga un mejor desarrollo haciendo compresiones con una pelota en la mano correspondiente al brazo de la fistula 10 minutos diarios. En general es recomendable caminar 15 a 20 cuadras diarias. Si Ud. no realiza ejercicio habitualmente o está desentrenado, debe comenzar gradualmente y aumentarlo, observando cómo lo tolera. Un paciente en buenas condiciones físicas puede trotar a nadar 3 veces por semana. No son recomendables los ejercicios que signifiquen realizar intensas fuerza, tales como: levantar pesas, empujar objetos pesados, etc. Consulte a su médico, él conoce mejor que nadie el estado de su organismo y podrá indicarle la cantidad y el tipo de ejercicio adecuado para usted.

Beneficios del ejercicio son múltiples:

- Mejora la utilización de los azúcares.
- Mejora la circulación de la sangre y disminuye el nivel de colesterol.
- Ayuda a la mantención de un peso aceptable.
- Ayuda a mantener una presión arterial normal.
- Aumenta la masa y la fuerza muscular.
- Produce bienestar psíquico, porque ayuda a eliminar la tensión emocional.
- Fortalece los huesos.
- Mantiene la agilidad.

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

El paciente una vez que es diagnosticado como enfermo crónico se efectúa una serie de preguntas a las que no encuentra respuestas acertadas. Todo son suposiciones y dudas, es incapaz de expresar sus temores, se siente desorientado y no sabe qué hacer ni a quién acudir.

La enfermera debe proporcionar al paciente procedente de la consulta médica de nefrología una atención holística, así mismo proporcionar al paciente las claves necesarias para poder vivir y evolucionar con su enfermedad mejorando su calidad de vida.

Enfermería en coordinación con el nefrólogo y otros profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario, actúan basándonos en objetivos generales de trabajo que ayudan a enfrentar con facilidad las necesidades que presenta el enfermo con IRC.

- Fomento del autocuidado.- El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente

al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

- ❖ Herramientas para el fomento del autocuidado.- Las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida:

- Información, educación y comunicación social: Estos propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud. Para el fomento del autocuidado, los profesionales de enfermería aplican principios de publicidad y sicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse.

- Rol del profesional de la salud en el fomento del autocuidado.- El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico su estudio es de carácter interdisciplinario. El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de *persona* como ser integral, y de *salud* como "el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud". Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad. Para ello el profesional de la salud requiere, internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea. Es importante evitar que las intervenciones sean 'amenazantes' o 'coercitivas' para el paciente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación,

autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.

Rol del profesional de enfermería

- Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.
- Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un 'regreso' a estas prácticas para que transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras).
- Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.
- Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.
- Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción.
- Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social,

comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Autocuidado.- Son acciones que refieren realizar los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis para satisfacer sus necesidades en la alimentación, higiene de CVC o FAV y en el aspecto psicosocial.

Paciente.- Individuos con IRC sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis ‘’Om Dial’’ que realizan actividades de autocuidado en la alimentación, higiene y en el aspecto psicosocial.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El presente estudio es de nivel aplicativo, ya que se identificó en realidad para transformarlo, tipo cuantitativo, en razón a que se asignó un valor numérico a los hallazgos según la variable, método descriptivo de corte transversal, ya que nos permitió presentar la información tal y como se presentó en la realidad en un tiempo y espacio determinado.

B. SEDE DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Diálisis ‘’Om Dial’’, ubicada en la Av. Los topacios Nº 274 Urb. San Antonio, Bellavista – Callao, en esta institución se realizan diálisis los pacientes del SIS, del Seguro EsSalud y particulares; dicho centro está constituido por dos niveles, en el primer nivel se encuentra una amplia sala de hemodiálisis con 11 maquinas, 10 disponibles para cada paciente por sesión y una libre en caso de emergencia; una sala de espera y un consultorio; en el segundo nivel se encuentra los ambientes administrativos. Los pacientes reciben la sesión de hemodiálisis tres veces a la semana por 3 horas cada día de la siguiente manera: un grupo de ellos viene los lunes, miércoles y viernes y el otro viene los martes, jueves, y sábados; a su vez en cada día hay sub grupos que vienes en el siguiente horario de 7:00 a 10:45; de 11:00 a 14:30, de 15:30 – 19:00 y de 19:30 a 21:00 y en cada sesión ingresan 10 pacientes.

C. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todos los pacientes que asisten al Centro de Hemodiálisis que son aproximadamente 84. La muestra fue seleccionada mediante muestreo probabilístico de proporción aleatorio simple (Anexo E).

Los Criterios de inclusión fueron:

- Pacientes adultos maduros y adultos mayores con insuficiencia renal crónica ,
- Con más de un mes sometido a hemodiálisis (fístula arteriovenosa (FAV) o catéter venoso central (CVC).
- Que acepten participar en el estudio. (consentimiento informado).

Los Criterios de exclusión fueron:

- Pacientes menores de 20 años
- Pacientes que reciben su tratamiento fuera de la unidad de sede.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario, el cual consta de presentación, datos generales, instrucciones, y datos específicos (Anexo B). El mismo que fue sometido a juicio de expertos (8) conformados por enfermeras y médicos especialistas, siendo procesado los datos en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo F). Posterior a ello se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad estadística mediante la prueba ítem test de correlación de Pearson y la prueba de Kuder-Richardson (Anexo G).

E. PROCESO DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Para la implementación del estudio se realizaron los trámites administrativos pertinentes, a fin de obtener la respectiva autorización en el Cetro de Diálisis ‘’Om Dial’’. Luego se llevó a cabo las coordinaciones respectivas con la Enfermera Jefe del Centro, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos; considerando de 15 a 20 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

Los datos recolectados fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz de codificación de datos (Anexo I) mediante el programa de Excel 2007. Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico. Para la medición de la variable de estudio se aplicó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, la frecuencia absoluta y porcentajes, valorándose en realiza o no realiza.

F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el análisis e interpretación se tuvo en cuenta considerar los resultados, contrastando los hallazgos con el marco teórico, es decir otros estudios relacionados para finalmente emitir una conclusión de acuerdo a los datos obtenidos a través del estudio, de acuerdo a la valoración asignada.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado del sujeto de estudio,

es decir del paciente sometido a hemodiálisis, expresándole que la información obtenida es de carácter anónimo y confidencial siendo utilizada solo para los fines del estudio. (Anexo D).

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos obtenidos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas estadísticos considerando el marco teórico para su análisis e interpretación. Asi tenemos que:

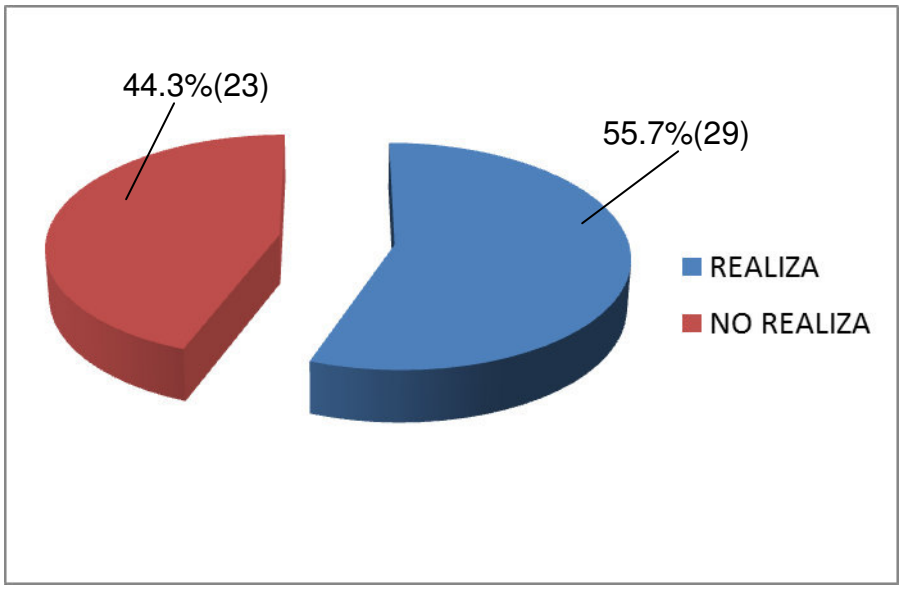
A. RESULTADOS

En cuanto a los datos generales del 100% (52), 50% (26) son de sexo masculino, 50% (26) de sexo femenino; 3% (2) tienen entre 21-30, 5% (3) entre 31-40, 8% (4) entre 41-50, 15% (8) entre 51-60, 43% (22) entre 61-70, 26% (13) entre 71-90; 9% (5) tienen de 1-11 meses, 84% (44) de 1-10 años y 5% (3) de 10 a más años; 65% (34) tienen fistula arteriovenosa (FAV) y 35% (18) catéter venosos central (CVC). El 25% (13) trabaja y 75% (39) no; 60% (31) son casados, 25% (13) solteros, 2% (1) divorciados y 13% (7) viudos; 40% (21) tiene como causa la diabetes mellitus, 73% (38) hipertensión arterial, 8% (4) enfermedad hereditaria y 8 % (4) no saben; 6% (3) vive solo y 94% (49) acompañado (Anexo P).

Por lo que podemos evidenciar que la mayoría de los pacientes con IRC sometidos a hemodialisis en el centro de Diálisis ‘’Om Dial’, tienen edades comprendidas entre 61 a 90 años, de 1 a 10 años de tiempo de hemodiálisis, no trabajan, son casados y la causa de su enfermedad es la hipertensión arterial, la mitad de ellos de sexo femenino y la otra de sexo masculino y el mayor porcentaje tiene como vía de acceso vascular la fistula arterio venosa (FAV).

GRAFICO Nº 1

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ‘’OM DIAL’’ LIMA- PERÚ 2013

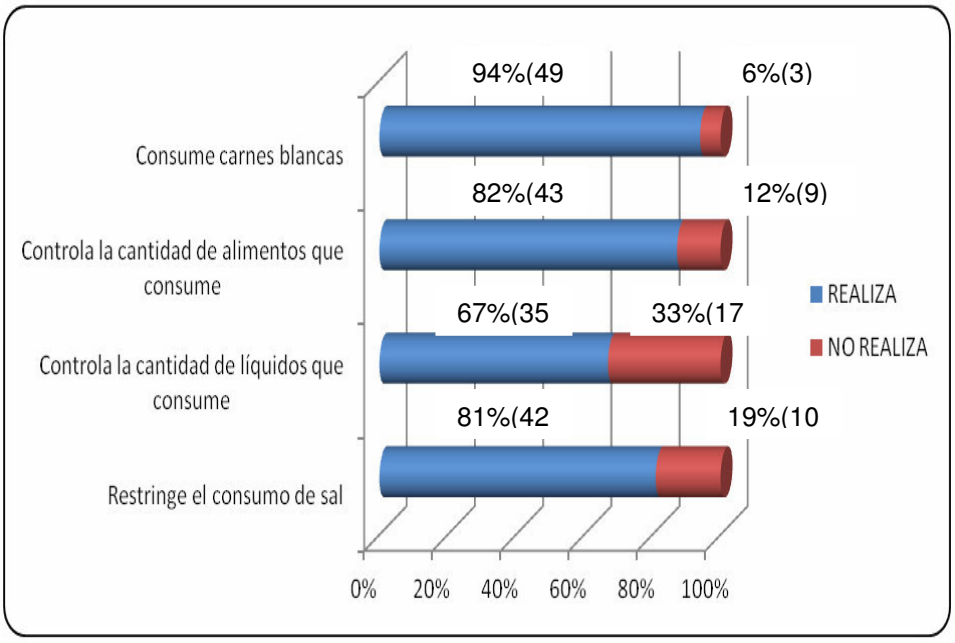


FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’-2013

Respecto a las actividades de autocuidado que realizan los pacientes con IRC sometidos a hemodialisis en el Centro de Diálisis ‘’Om Dial’, del 100% (52); 55.7% (29) realiza y 44.3% (23) no realiza (Anexo L). Los ítems que realiza actividades de autocuidado está referido al consumo de alimentos que debe de ingerir tales como carnes blancas, controla la cantidad de alimentos, líquidos y la restricción de sal, el baño diario, lavado de manos, protege el catéter cuando se baña, utiliza apósitos, se comunica con la familia y acepta el tratamiento. Los aspectos que no realiza está dado por que consume alimentos para evitar el aumento de peso, no siempre

GRÁFICO Nº 2

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN SEGÚN ITEMS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ‘’OM DIAL’’ LIMA- PERÚ 2013



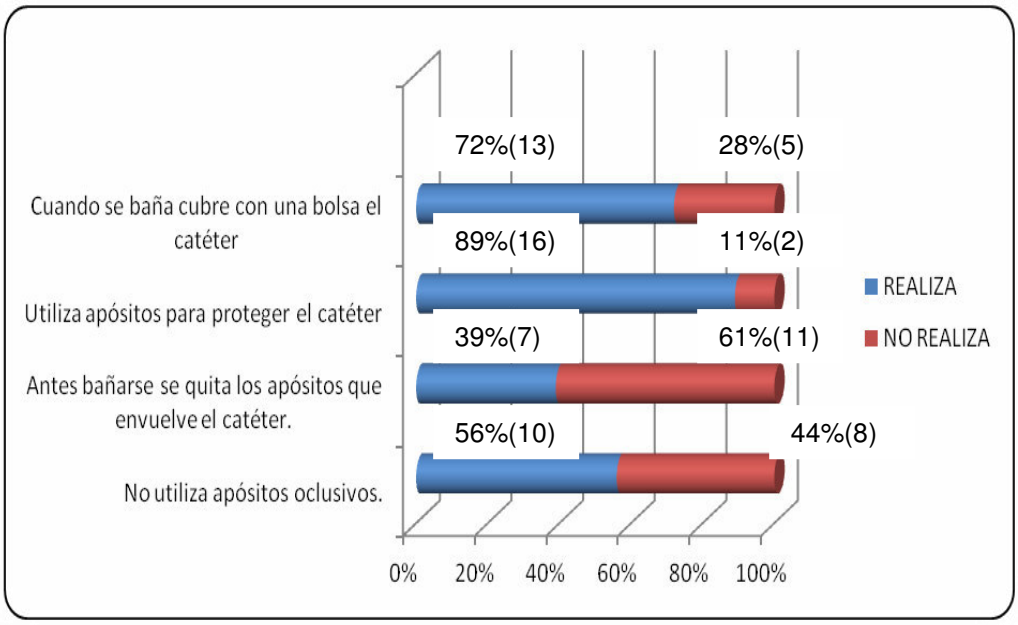
FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’-2013

realiza el baño diario, no protege el catéter, no hace compresiones con una pelota de goma para el desarrollo de la fistula, se mantiene aislado en casa y no se comunica, y no realiza actividades de recreación (Gráfico Nº 1).

En relación a las actividades de autocuidado en la dimensión alimentación según ítems en los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, del 100% (52), 94% (49) realizan el consumo de

GRAFICO Nº 3

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN HIGIENE SEGÚN ITEMS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON CATETER VENOSO CENTRAL SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ‘’OM DIAL’’ LIMA- PERÚ 2013

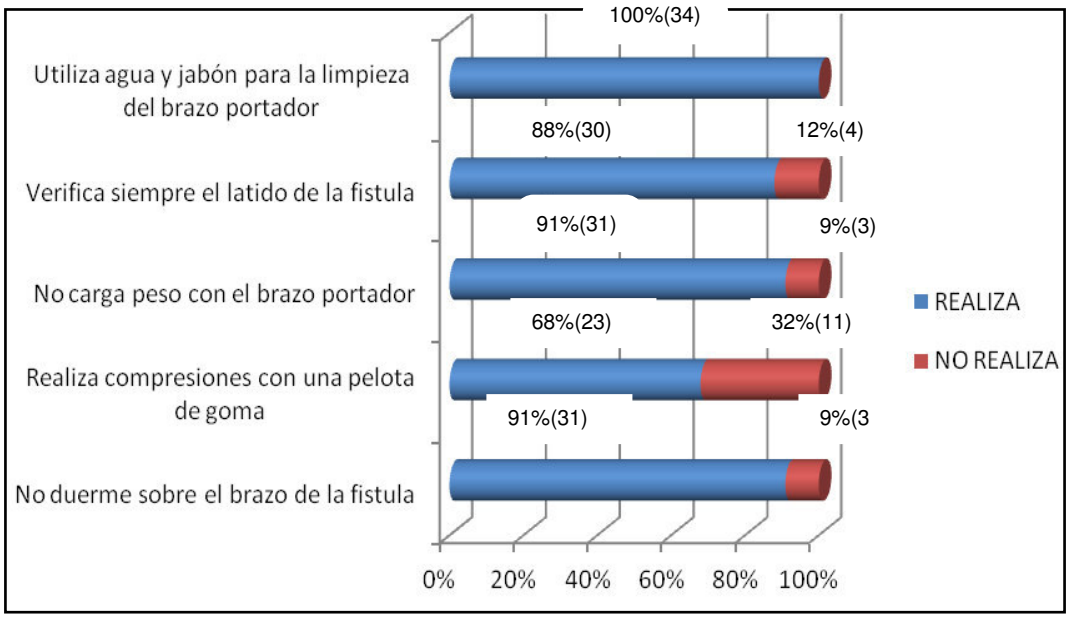


FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’ - 2013

carnes blancas, 82%(43) realiza el control de la cantidad de alimentos que consume, 81% (42) realiza la restricción del consumo de sal, 67% (35) realiza el control del consumo de líquidos; mientras que 33% (17) no realiza la restricción de la cantidad de líquidos, 19% (10) no realiza la restricción de sal, 12% (9) no realiza la restricción del consumo de alimentos para el control del peso y 6% (3) no realiza el consumo de carnes blancas. (Gráfico N° 2).

GRAFICO Nº 4

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN HIGIENE SEGÚN ITEMS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON FISTULA ARTERIOVENOSA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ‘’OM DIAL’’ LIMA- PERÚ 2013

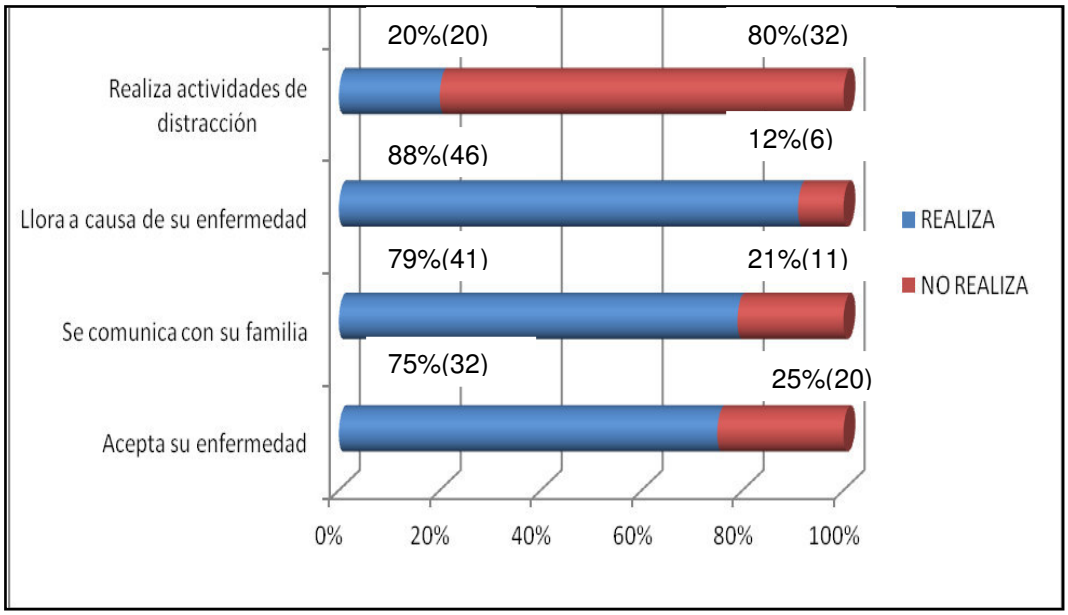


FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’ - 2013

Acerca de las actividades de autocuidado en la dimensión de higiene según ítems en los pacientes con IRC con catéter venoso central (CVC) sometidos a hemodiálisis, del 100% (52), 89% (16) realiza el uso de apósitos para proteger el catéter, 72% (13) realiza el baño cubriéndose con una bolsa el catéter, 56% (10) no realiza el uso de apósitos oclusivos y 39% (7) realiza el retiro de los apósitos del catéter antes de bañarse; seguido de un 61%(11) que no realiza el

GRAFICO Nº 5

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL SEGÚN ITEMS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ''OM DIAL''
LIMA- PERÚ
2013



FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ''Om Dial''-2013

retiro de apósitos del catéter antes de bañarse, 44%(8) utiliza apósitos oclusivos, 28% (5) no realiza la protección del catéter cuando se baña y 11%(2) no realiza el uso de apósitos para proteger el catéter. (Grafico N° 3).

Sobre las actividades de autocuidado en la dimensión de higiene según ítems en los pacientes con IRC con fistula arteriovenosa

(FAV) sometidos a hemodiálisis, del 100% (52), 100% (34) realiza el uso de agua y jabón para limpiarse el brazo portador, 88% (30) realiza la verificación del latido de la fistula, 68% (23) realiza la compresión con una pelota de goma, mientras que 91% (31) no carga de peso con el brazo portador, ni duerme sobre el brazo de la fistula y 32% (11) no realiza la compresión con una pelota de goma. (Grafico N° 4).

En cuanto a las actividades de autocuidado en la dimensión psicosocial según ítems en los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, del 100% (52), 88% (46) llora a causa de su enfermedad, 79% (41) se comunicación con su familia, 75% (32) aceptan su enfermedad y 20 % (20) realiza actividades de distracción, mientras que 80% (32) no realiza actividades de distracción, 25% (20) no aceptan su enfermedad, 21% (11) consideran que no se comunicación con su familia y 12% (6) no llora a causa de su enfermedad.

B. DISCUSIÓN

La alta incidencia de afecciones que atañen la función renal ocasionan serios deterioros en su homeostasia, ello ha provocado a la comunidad científica encontrar alternativas terapéuticas para prolongar la vida. En los últimos años, se ha observado el aumento de sobrevida en los pacientes renales, producto del avance tecnológico en los procedimientos dialíticos y de trasplante renal, trayendo consigo nuevos planteamientos para determinar la necesidad de proveer con anticipación los requerimientos de terapias de reemplazo renal en la población, así como establecer programas de atención primaria de salud renal y de prevención

secundaria, siendo uno de ellos la hemodiálisis que aunque no cura, revierte o compensa la pérdida de las actividades endocrinas y metabólicas de los riñones durante el resto de su vida.

Es por ello que la hemodiálisis contribuye en la supervivencia de los pacientes con IRC señalando una visión optimista, que se inician desde el fortalecimiento de la salud, la prevención complicaciones y la actuación sobre estilos de vida que promuevan dicha patología favoreciendo la adopción de medidas saludables que mediante el autocuidado permitan frenar o detener la enfermedad renal, reducir el ingreso exagerado de pacientes a terapia de reemplazo renal y disminuir los costos por atención en los servicios de la salud repercutiendo en una mejora sostenible de calidad de vida. Al respecto Rivera Ayala, Lidia (2010), en su estudio concluyo que *"los pacientes tuvieron un nivel muy bajo de conocimientos en el autocuidado del acceso vascular, lo cual pone en riesgo el funcionamiento adecuado del mismo y de su propia vida".* De igual modo Monsalve Dávila Marco Antonio, (2009) concluye que *la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la alimentación, higiene corporal, descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima, control y tratamiento de la enfermedad*. Sin embargo en los resultados del estudio el mayor porcentaje (55.7%) de pacientes realiza actividades de autocuidado en torno al consumo de carnes blancas, controla la cantidad de alimentos, líquidos y la restricción de sal, protege el catéter cuando se baña, utiliza apósitos, antes de bañarse se quita los apósitos, no utiliza apósitos oclusivos, utiliza agua y jabón para la limpieza de la limpieza del brazo portador, verifica siempre el latido de la fistula, no

carga ni duerme por el lado del brazo portador, realiza comprensiones con una pelota de goma, se comunica con la familia y acepta su enfermedad; seguido de un porcentaje considerable de pacientes que no realiza el control en el consumo de alimentos para evitar el aumento de peso, no realiza el baño diario, no protege el catéter, y no hace compresiones con una pelota de goma para el desarrollo de la fistula; lo cual le puede predisponer al riesgo a adquirir algunas complicaciones debido a la ingesta inadecuada de alimentos, el control del peso y cuidado de la fistula o catéter que repercute en los costos y el proceso de control de la IRC alterando su calidad de vida.

Respecto a la alimentación de los pacientes con insuficiencia renal sometidos a hemodiálisis, éste debe consumir dietas hiperproteicas debido al estrés catabólico que produce disminución de proteínas a través de la destrucción de las mismas generando en el paciente riesgo a infecciones, dificultad en la cicatrización de la heridas, desnutrición y fatiga por lo que es necesario consumir proteínas en cantidad adecuada; de calidad biológica y estar compuestas de aminoácidos esenciales tales como la que se encuentra en las carnes blancas (pescado y las aves de corral). Del mismo modo debemos controlar el consumo de agua y sodio, ya que si se excreta más sodio del ingerido, la persona se deshidrata, y si es menos sodio el sujeto retiene líquidos. Por ello es necesario mantener un equilibrio hidroelectrolítico a través de la disminución del consumo de sal preparando sus alimentos con bajo o nulo contenido de sal, ya que cerca del 50% del sodio que ingresa al organismo proviene de la "sal de mesa'' y la restricción de consumo de líquidos, no consumiendo líquidos muy dulces.

Arquinigo Jaimes Gloria Marlene, (2008) en su estudio concluyo que "l*os pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida cotidiana; sin embargo evidenciaron un nivel medio de conocimientos para hacer frente a la enfermedad". De igual modo* Monsalve Dávila Marco Antonio, (2009) concluyo que "*la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la alimentación".* Mercedes Navarro Napán, (2002) concluyo que "*la mayoría de pacientes el 90 % antes de la actividad educativa tuvo un nivel de conocimientos ubicados en su mayoría medio y bajo en temas referidos al peso recomendable a ganar en el periodo interdialítico''.* Los hallazgos en el estudio nos permite evidenciar que el mayor porcentaje de los pacientes realizan actividades de autocuidado en la alimentación referida al consumo de carnes blancas, el control de la cantidad de alimentos, la restricción del consumo de sal y agua; y un porcentaje considerable no realiza la restricción de la cantidad de líquidos y sal, la restricción del consumo de alimentos para el control del peso y el consumo de carnes blancas; lo que puede ocasionar en el paciente serios riesgos a complicaciones ya que la inadecuada ingesta de alimentos en cuanto al tipo de alimento, cantidad, frecuencia, forma de consumo y preparación, así como el consumo inadecuado de líquidos y sal puede traer consigo serias alteraciones que puede conllevarle a situaciones críticas que genera mayores costos y altera más aun su calidad de vida y homeostasia psicosocial personal y familiar.

La higiene del paciente con insuficiencia renal sometida a hemodiálisis es crucial y para llevar a cabo una diálisis eficaz, necesitamos un acceso vascular en buenas condiciones que nos

ofrezca las mayores garantías de funcionalidad. La infección del acceso vascular es una complicación común en los pacientes en diálisis, pero es a la vez evitable con unas buenas prácticas higiénicas, acompañado de una serie de cuidados generales básicos. La piel se distingue de los demás órganos corporales no sólo porque es el de mayor tamaño, sino porque puede examinarse en su totalidad sin necesidad de utilización de pruebas ni aparatos tecnológicos sofisticados. Entre las alteraciones más comunes tenemos: xerosis, prurito, calcificaciones cutáneas, lesiones y pseudoporfiria cutánea; por ello la piel debe ser cuidada con el uso de jabones de Ph neutro, manteniendo siempre seca la zona de la fistula, para la hidratación de la piel utilizar lociones hipoalergénicas, mantener la unas limpias y cortadas para evitar la infección del acceso vascular por contaminación debida a la mala higiene. En cuanto a ello Rivera Ayala, Lidia (2010), concluye que *"los pacientes tuvieron un nivel muy bajo de conocimientos en el autocuidado del acceso vascular, lo cual pone en riesgo el funcionamiento adecuado del mismo y de su propia vida"*. Asimismo Monsalve Dávila Marco Antonio, (2009) concluyo que "*la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la higiene corporal".* Mercedes Navarro Napán, (2002) concluyo que "*la mayoría de pacientes el 90 % antes de la actividad educativa tuvo un nivel de conocimientos ubicados en su mayoría medio y bajo en temas referidos a cuidados en higiene bucal, de acceso vascular".* Acerca de los resultados en el estudio tenemos que el mayor porcentaje de los pacientes sometidos a hemodiálisis que cuentan con catéter venoso central realizan actividades de higiene orientados a proteger el catéter mediante el uso de apósitos, se cubre con un plástico al bañarse, y un porcentaje

considerable no realiza el uso de apósitos oclusivos, no retira los apósitos del catéter antes de bañarse; utiliza apósitos oclusivos, y no usa apósitos para proteger el catéter; lo cual le predispone a complicaciones tales como infecciones a nivel de la zona, sangrado y descompensación poniendo en riesgo la vida del paciente, lo cual repercute en el proceso de recuperación y el autocuidado que debe prodigar el paciente, familia y/o cuidador. Sin embargo respecto a los autocuidados en la higiene que realizan los pacientes con fistula arteriovenosa tenemos que la mayoría utiliza de agua y jabón para limpiarse el brazo, verifica el latido de la fistula, realiza la compresión con una pelota de goma, seguido de un porcentaje considerable de pacientes que no realiza la carga de peso con el brazo portador, duerme sobre el brazo de la fistula y no hace compresiones con una pelota de goma; predisponiendo al paciente a riesgos a complicaciones ya que no realiza actividades de autocuidado conllevándole a sangrado, precipitación de trombos, inflamación, enrojecimiento, deterioro de la fistula que le puede conllevar a descompensación renal por la concentración de sustancias de desecho derivada del metabolismo de los alimentos y líquidos entre otros alterando más aun su calidad de vida.

Los cambios que se suscita en las diferentes esferas de su vida en el paciente con insuficiencia renal sometido a hemodiálisis, trae consigo serias modificaciones en el área física, biológica, psicológica, social; por lo que requieren ser evaluadas e identificadas oportunamente a fin de poder ayudarlos a recuperar adaptarse a su nuevo estilo de vida y mejorar su condición actual de salud, enseñándoles a ser los mejores cuidadores de sí mismo de modo que alcancen una mejor calidad de vida. Por lo que el

paciente, familia y/o cuidador requieren y necesita ser informados para afrontar la enfermedad y sus efectos. Siendo importante que la enfermera, así como el equipo de salud orienten claramente sobre los cuidados respecto a la alimentación, higiene y el aspecto psicosocial.

De modo que las actividades de autocuidado en la dimensión psicosocial de los pacientes con IRC tienen un impacto en su calidad de vida, ya que se sienten amenazados en cuanto a su vida, ante la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas; tornándole vulnerable y depresivo, con ideas fatalistas sobre el pronóstico de su enfermedad, experimentando diferentes fenómenos psicológicos ante la necesidad de aceptación de su enfermedad, siendo necesario mantener al paciente con IRC ocupado realizando actividades de acuerdo a sus posibilidades haciendo actividades en casa, tales como actividades lúdicas, relacionarse con sus familiares, amigos y otros en sus ratos libres, entre otros que favorezcan su proceso de aceptación y socialización a la enfermedad. Al respecto Monsalve Dávila Marco Antonio, (2009) concluyo que "*la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima". S*egún Kubler-Ross los pacientes se encuentran en la etapa de Depresión donde hay lucha con el sentido de una gran pérdida de su salud. Los resultados del estudio me permite concluir que la mayoría de los pacientes sometidos a hemodiálisis en lo psicosocial llora a causa de su enfermedad, se comunica con su familia, aceptan su enfermedad; mientras que un porcentaje considerable de pacientes realiza actividades de distracción, no aceptan su enfermedad, no se comunica con su familia y no se lloran a causa de su enfermedad; lo

cual nos permite expresar que el paciente al experimentar reacciones emocionales tales como desconcierto, miedo y temor a morir, ello le ocasiona angustia que contribuye al mal funcionamiento orgánico, pudiendo llegar a presentar trastornos psicoemocionales como estrés y depresión que pueden repercutir en su calidad de vida y proceso de adaptación a la enfermedad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- Las actividades de autocuidado que realizan los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis en el Centro de Diálisis ‘’Om Dial’’, el mayor porcentaje realiza actividades de autocuidado, ya que consume carnes blancas, controla la cantidad de alimentos, ingesta de líquidos, la restricción de sal, el baño diario, el lavado de manos, protege el catéter cuando se baña, utiliza apósitos, se comunica con la familia y acepta su enfermedad; y un porcentaje considerable de pacientes no realiza el control en el consumo de alimentos, no protege el catéter, no realiza compresiones con una pelota de goma para el desarrollo de la fistula, no realiza actividades de distracción, ni acepta la enfermedad.

- Respecto a la dimensión de alimentación en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, el mayor porcentaje realizan actividades de autocuidado en la alimentación referida al consumo de carnes blancas, el control de la cantidad de alimentos, la restricción del consumo de sal y agua; seguido de un porcentaje considerable que no realiza la restricción de la cantidad de líquidos y sal, del consumo de alimentos para el control del peso y el consumo de carnes blancas.

- Acerca de las actividades de autocuidado en los pacientes con catéter venoso central (CVC) sometidos a hemodiálisis, en la dimensión higiene, el mayor porcentaje realizan la protección del catéter mediante el uso de apósitos, se cubre con un plástico al bañarse, mientras que un porcentaje considerable no realiza el uso de apósitos para proteger el catéter, ni retira los apósitos antes de bañarse; utiliza apósitos oclusivos.

- En cuanto a la dimensión de higiene en los pacientes con fistula arteriovenoso (FAV) sometidos a hemodiálisis, la mayoría realiza el uso de agua y jabón para limpiarse el brazo, verifica el latido de la fistula, realiza la compresión con una pelota de goma, y un porcentaje considerable de pacientes realiza la carga de peso con el brazo portador, duerme sobre el brazo de la fistula y no hace compresiones con una pelota de goma.

- Sobre las actividades de autocuidado en la dimensión psicosocial en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, la mayoría llora a causa de su enfermedad, tiene comunicación con su familia, aceptan su enfermedad; mientras que un porcentaje considerable de pacientes no realiza actividades de distracción, no aceptan su enfermedad, no se comunica con su familia y no llora a causa de su enfermedad.

B. LIMITACIONES

- Los resultados y las conclusiones del estudio sólo son válidos y generalizables para la población de estudio.

C. RECOMENDACIONES

- Que el Centro de Diálisis ‘’Om Dial’’, considere los resultados de la presente investigación, es decir, que implemente con mayor énfasis y frecuencia las actividades educativas a los pacientes con la explicación de la actividades de autocuidado.

- Que el Centro de Diálisis ‘’Om Dial’’ diseñe e implemente un programa de educación para la salud dirigido a los pacientes, familiares y/o cuidadores orientado a promover el autocuidado en la prevención de complicaciones contribuyendo en la mejora de la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

- Realizar estudios similares en otras instituciones de salud. (MINSA, Es Salud, FF.AA. y Clínicas privadas).

- Promover a que el personal de enfermería elabore protocolos y/o guías sobre las actividades de autocuidado sobre la alimentación, higiene y aspecto psicosociales en los pacientes con IRC sometidos a hemodialisis.

- Realizar estudios comparativos en otras instituciones de salud, sobre las actividades de autocuidado que realizan los pacientes sometidos a hemodialisis de esa manera identificar la mejor opción para brindar un excelente cuidado a los pacientes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Soriano Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología 2004.

(2) Arbeláez Mario y Colb. Guías de práctica Clínica basada en la evidencia Insuficiencia Renal Crónica. 1999. Pág. 16.

(3) XI Jornadas de Enfermería en diálisis peritoneal, 26 mayo 2003, FMC

(4) Rivera Ayala Lidia, ‘’Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre autocuidado con acceso vascular, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos del paciente de hemodiálisis sobre el autocuidado del acceso vascular’’. México, 2010.

(5) Monsalve Dávila Marco Antonio, “Medidas de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo 2009”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2009.

(6) Arquinigo Jaimes Gloria Marlene, ‘’Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006-2007’’. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2008.

(7) Napán Navarro Mercedes. Nivel de conocimientos en pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar en una actividad de enfermería – Centro De Diálisis del Norte SAC – 2002. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2002.

(8) Luis Hernando Avendaño y col. Nefrología clínica. Primera Edición. Editorial Médica Panamericana.1997.

(9) Lerma García y Arnau Barragán. Los cuidados de la piel en los pacientes en Hemodiálisis. [En línea]. [Revisado el: 25 de febrero del 2013]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art109_1.pdf.

(10) Andrés Galache. Belén Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. 2004; 7 (3): 158/163. [en línea]. [Revisado el: 05 de mayo del 2012]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art02.pdf.

(11) M.J. Ricart y colab. Indicaciones y proceso de evaluación del paciente con diabetes candidato a un trasplante renal, aislado o combinado con trasplante de páncreas. Av Diabetol.2008; 24(5):393-398. Barcelona-España 2008. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/24-5-6.pdf

(12) OPS. Insuficiencia Renal Crónica, diálisis y trasplante. 1989.

(13) Haya. Carlos Acceso vascular para hemodiálisis. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/dialisis/montseserarols.PDF

(14) Haya. Carlos Acceso vascular para hemodialisis. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/dialisis/montseserarols.PDF.

(15) M. Isabel Catoni S, Eugenia E. Palma C. APRENDIENDO A VIVIR CON HEMODIALISIS Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis. Pontificia Universidad Católica de Chile.

(16) Grupo de investigación EUMEDNET de la Universidad de Málaga, Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem. [En línea]. [Revisado el: 05 de mayo del 2013]. Disponible en: http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/806/Teoria%20del%20Deficit%20de%20Autocuidado%20de%20Dorothea%20Orem.htm.

(17) Ofelia Tobón Correa. El autocuidado, una habilidad para vivir. [En línea]. [Revisado el: 05 de mayo del 2013]. Disponible en:http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Arbeláez Mario y Colab. Guías de práctica Clínica basada en la evidencia Insuficiencia Renal Crónica. 1999.
- Avendaño Luis Hernando y col. Nefrología clínica. Primera Edición. Editorial Médica. Panamericana.1999,
- Brunner y Suddarth. Enfermería Médico quirúrgica. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. México. 2000.
- J.B. Dossetor. Insuficiencia Renal. Ediciones TORAY. S.A. Barcelona - España. 1974.
- OPS. Insuficiencia Renal Crónica, diálisis y trasplante. 1989.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

- Magaz Lago. Ángela. Efectos psicológicos de la Insuficiencia Renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis doctoral. Bilbao, a 12 de Junio de 2003. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible en: http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf.
- Mera Santander. Marcela Lorena. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006". Valdivia Chile 2007. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible: http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf
- Andrés Galache. Belén Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rev Soc Esp

Enferm Nefrol 2004; 7 (3): 158/163. [en línea]. [Revisado el: 05 de febrero del 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art02.pdf.

- Irías Borge. Vilma Gabriela. Caracterización Psicológica y tendencia al suicidio en pacientes con insuficiencia renal crónica hospital infantil Manuel de Jesús Rivera. OCTUBRE 2003 – ENERO 2004. Nicaragua – Managua 2004. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/PDF/323.pdf
- M.J. Ricart y colab. Indicaciones y proceso de evaluación del paciente con diabetes candidato a un trasplante renal, aislado o combinado con trasplante de páncreas. Av Diabetol.2008;24(5):393-398. Barcelona-España 2008. [en línea]. [Revisado el: 26 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/24-5-6.pdf
- Haya. Carlos. Acceso vascular para hemodialisis. [en línea]. [Revisado el: 13 de marzo del 2013]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/dialisis/montseserarols.PDF
- Lerma García y Arnau Barragán. Los cuidados de la piel en los pacientes en Hemodiálisis. [En línea]. [Revisado el: 25 de febrero del 2013]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art109_1.pdf

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A.	Operacionalización de la variable.	I
B.	Matriz de Consistencia del Instrumento.	III
C.	Instrumento	V
D.	Consentimiento informado .	VII
E.	Determinación de la muestra	VIII
F.	Tabla de Concordancia - Prueba binomial	IX
G.	Validez y Confiabilidad del instrumento.	X
H.	Tabla de datos generales	XI
I.	Tabla matriz de datos	XIV
J.	Actividades de autocuidado según ítems que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om dial'' Lima- Perú 2013.	XVIII
K.	Medición de la variable	XX
L.	Actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om dial'' Lima- Perú 2013.	XXII

Pág.

M. Actividades de autocuidado en la dimensión de la alimentación en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om dial'' Lima- Perú 2013. XXIII

N. Actividades de autocuidado sobre la dimensión de higiene en los pacientes con insuficiencia renal crónica con catéter venosos central sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om dial'' Lima- Perú 2013 XXIV

Ñ. Actividades de autocuidado en la dimensión de higiene en los pacientes con insuficiencia renal crónica con fistula arteriovenosa sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om dial'' Lima- Perú 2013. XXV

O. Actividades de autocuidado en la dimensión psicosocial en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om dial' Lima- Perú 2013. XXVI

P. Datos generales de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodialisis que asisten al centro de Diálisis ''Om Dial'' Lima – Perú 2013 XXVII

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE.
Actividades de autocuidado que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis	Son un conjunto de acciones que realiza un individuo, familia o grupo referida a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ella para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Cuando la enfermedad ataca a un individuo el autocuidado de él	Alimentación Higiene Aspecto	-Ingesta de líquidos. -Control de la cantidad de alimentos que consume -Consumo de alimentos con contenido proteico, sal, y grasas. -Control de peso, frecuencia. -Baño diario -Realiza cuidados de la piel. -Realiza cuidados de su catéter -Observa signos de alarma. -Consumo de tabaco , alcohol -Ejercicio físico (tipo, frecuencia) -Realiza compresiones con una pelota de goma con el brazo de la fístula. -Impacto y adaptación de su enfermedad.	-Realiza -No realiza	Las actividades de autocuidado, son acciones que refieren realizar los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis para satisfacer sus necesidades sobre alimentación, higiene Se aplicó un formulario tipo cuestionario.

	queda alterado, es aquí donde las actividades de autocuidado cobran mayor énfasis para que el paciente obtenga buenos beneficios. De esa manera se considera el aspecto biológico, referida a toda actividad que se realiza para mejorar y mantener la anatomía y fisiología del individuo enfermo con IRC sometido a hemodiálisis a través de la alimentación, higiene, hábitos y ejercicio físico. Por otro lado el aspecto psicosocial donde se enfatiza la relajación y la interrelación con su alrededor.	psicosocial	-Percepción sobre su salud. -Estado emocional -Depresión -Conversa con su la familia y amigos de confianza acerca del su enfermedad. -Participa en reuniones sociales -Actividades de distracción que se realiza en casa.		

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

DIMENSIONES	INDICADORES	PREGUNTAS
Alimentación: Higiene Aspecto psicosociales	-Ingesta de líquidos. -Control de la cantidad de alimentos que consume -Consumo de alimentos con contenido proteico, sal, y grasas. -Control de peso, frecuencia. -Baño diario -Realiza limpieza de fistula. -Realiza cuidados de su catéter -Observa signos de alarma. -Realiza compresiones con una pelota de goma Impacto y adaptación de su enfermedad. -Estado emocional -Depresión -Comunicación con la familia Otros: -Participa en reuniones sociales	En relación a su alimentación: 1.- ¿Qué tipo de carnes consume Ud. frecuentemente? 2.- ¿Cómo controla la cantidad de alimentos que consume? 3.-¿Qué acciones realiza Ud. para cumplir la restricción de agua? 4.-¿Qué acciones realiza Ud. para cumplir la restricción de sal? En relación a su higiene: En pacientes con catéter venoso central 5.- Cuando se baña cubre con una bolsa el catéter 6.- Utiliza apósitos para proteger el catéter 7.- Antes bañarse se quita los apósitos que envuelve el catéter. 8.- No utiliza apósitos oclusivos. En pacientes con Fistula arteriovenosa. 9.- Utiliza agua y javos para limpiar el brazo donde se encuentra la fistula. 10.- Verifica siempre el latido de la fistula 11.- Carga peso con el brazo portador

		12.- Realiza compresiones con una pelota de goma 13.- Duerme sobre el brazo de la fistula En relación al aspecto psicosocial: 14.- En general Ud. diría que su salud es: 15.- Generalmente Ud. se ha sentido tan deprimido que nada le puede subir el ánimo 16.- La comunicación que mantiene con su familia es: 17.- En general Ud. acepta su enfermedad

ANEXO C

INSTRUMENTO

PRESENTACION

Estimado Sr. (a) Srta. mi nombre es Cindy Bedón Zacarias, soy estudiante de Enfermería de la UNMSM y el presente cuestionario tiene como objetivo conocer las actividades de autocuidado que Ud. realiza para cuidarse en la mejora de la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

El desarrollo y los resultados del presente son de uso exclusivo para la investigación y por ello es anónima. Agradezco con anticipación su gentil colaboración

DATOS GENERALES:

Edad: ……. (años) Sexo: F ( ) M ( )
Tiempo en hemodiálisis:……
Ocupación actual: ……
Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Separado ( ) Viudo ( ) Otro (especifique) …….
Con quienes convive: hijos ( ) cónyuge ( ) padres ( ) tíos ( ) nietos ( ) otros (especifique) ……
Vía de acceso vascular: Fistula ( ) Catéter venoso central ( )
La causa de su enfermedad renal fue:

a.- Diabetes	( )	e.- Lupus eritematoso	( )
b.- hipertensión arterial	( )	f.- Neoplasias	( )
c.- Enfermedad hereditario	( )	g.- Accidentes	( )
d.- Enfermedad inmunológica	( )	e.- otros (especifique)……	

INSTRUCCIONES:

Maque con un aspa ‘’X’’ o llene los espacios en blanco con letra legible según corresponda.

DATOS ESPECÍFICOS:
En relación a su alimentación:

1.- ¿Qué tipo de carnes consume Ud. frecuentemente?
a.- Pescado
b.- Carnes rojas (res, cerdo)
c.- Aves de corral (pollo)
d.- viseras de animales
e.- Otros (especifique) ……
2.- ¿Cómo controla la cantidad de alimentos que consume?
a.- Consumo de acuerdo a lo que el médico me indica
b.- No controlo la cantidad
c.- Consumo de acuerdo a mi apetito
d.- Cocino mis alimentos por separado.
e.- otros (especifique)……
3.-¿Qué acciones realiza Ud. para cumplir la restricción de agua?

a.- Dividir la cantidad de líquido permitido en iguales partes para todo el día.
b.- Tomar la cantidad de agua que quiere.
b.- Consumir cubitos de hielo en lugar de un vaso de agua.
c.- Enjuagar la boca con agua, hace gárgaras si es necesario.
d.- Evitar tomar bebidas demasiados dulces y consumir alimentos pobres en sal.
e.- Otros (especifique)……
4.-¿Qué acciones realiza Ud. para cumplir la restricción de sal?
a.- No consume alimentos ricos en sodio y potasio
b.- Consume alimentos enlatados y en sobres
c.- No utiliza la cantidad indicada por el médico
d.- Utiliza sal dietética.
e.- Otros (especifique) ……..
En relación a su higiene: En pacientes con catéter venoso central
5.- ¿Cómo protege su catéter antes de bañarse?
a.- Cubre con un plástico
b.- No hace nada
c.- Cubre con su toalla
d.- Le saca el apósito y lo dejo libre
6.- ¿De qué forma cuida su catéter durante su vida diaria?
a.- No le hago caso
b.- Cubre con apósitos (gasa)
c.- Cubre con una franela
d.- Cubre con un plástico durante todo el día
7.- ¿Antes bañarse se quita los apósitos que envuelve el catéter?.
a.- Sí b.- No
8.- ¿Utiliza apósitos oclusivos?.
a.- Sí b.- No
En pacientes con Fistula arteriovenosa.
9.- ¿Qué utiliza Ud. Para la limpiar la zona del brazo donde tiene la fístula?
a.- Colonias y perfumes
b.- No lo limpia con nada
c.- Agua y jabón
d.- Agua de hierbas
10.- ¿Verifica siempre el latido de la fistula?
a.- Sí b.- No
11.- ¿Carga peso con el brazo portador de la fistula?
a.- Sí c.- A veces d.- nunca
12.- ¿Realiza compresiones con una pelota de goma?
a.- Sí b.- A veces c.- Nunca
13.- ¿Duerme sobre el brazo de la fistula?
a.- Sí b.- A veces c.- nunca
En relación al aspecto psicosocial:
14.- En general Ud. diría que su salud es:
a.- Excelente b.- Muy buena c.- Buena d.- Regular
15.- Generalmente Ud. se ha sentido tan deprimido que nada le puede subir el ánimo
a.- Siempre b.- Casi siempre c.-A algunas veces d.- Solo una vez
16.- La comunicación que mantiene con su familia es:
a.- Buena b.- Regular c.- Mala d.- Muy buena
17.- En general Ud. acepta su enfermedad
a.- Sí b.- no c.- a veces d.- nunca

Muchas gracias

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,
Don/Doña……

EXPONGO

Que he sido debidamente INFORMADO acerca de los objetivos, procedimientos, tiempo requerido para mi participación en la aplicación de un cuestionario, que se realizará previas coordinaciones con la entrevistadora.

Que he recibido explicaciones verbales, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación que participaré, beneficios y riesgos, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me han surgido.

MANIFIESTO

Que he entendido y estoy satisfecha/ o de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso de mi participación en la investigación:

‘’ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIALISIS ‘’OM DIAL’’ – 2013’’
a la cual voy a ser partícipe.

Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO voluntario para que se me aplique el cuestionario.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes
de la realización de las entrevistas.

Y para que así conste, firmo el presente documento.

Lima, de, de

----------	----------
Firma del usuario y DNI	*Firma del entrevistador*
(O su representante en caso de	
Incapacidad)	

ANEXO E

DETERMINACION DE LA MUESTRA

Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1\ (d^2) + z^2\ (pq)}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

Z: Nivel de confianza.(95% = 1,96)

N: Población

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar.

q: 1 – p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas característica.

d^2: Margen de error permisible establecido por el investigador.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2\ (84)\ (0,5)\ (0,5)}{83\ (0,05)^2 + (1,96)^2\ (0,5)\ (0,5)} = \frac{80.6736}{1.1679} = 69 \text{ pacientes}$$

ANEXO F

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL

JUECES EXPERTOS

ITEMS	JUECES EXPERTOS								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si ‘’p’’ es menor de 0.5 el grado de concordancia es significativo

$p = \sum$ de P / Nº de ítems

p = 0.09 / 7 = 0.0128

Por lo tanto el grado de concordancia es significativo lo concerniente a las preguntas: 1, 2, 3, 5 y 7; con ligeras modificaciones en las preguntas 4 y 6, sin embargo el instrumento es válido según los jueces expertos: p = 0.0128

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
COEFICIENTE DE DE KUDER – RICHARSON (K-R):

$$K\text{-}R = \frac{K}{K-1}\left(1 - \frac{\sum (pi\ qi)}{S_x^2}\right)$$

Donde:

K-R : Coeficiente de confiabilidad Kuder-Richarson

K : Numero de Ítems

Sx2 : Variancia de la prueba

pi : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q i : 1-pi proporción donde no se identifica el atributo

$$K\text{-}R = \frac{17}{17-1}\left(1 - \frac{2{,}82}{5.60}\right)$$

$$K\text{-}R = \frac{17}{16}\left(1 - \frac{2.82}{5{,}60}\right)$$

$$K\text{-}R = \frac{17}{16}\left(1 - 0.503\right)$$

$$K\text{-}R = \frac{17}{16}\left(0.497\right)$$

K-R = 0,528

Por lo tanto cuando es > 0.5 la confiabilidad es significativa.

K-R =0.528

ANEXO H

TABLA MATRIZ DE DATOS GENERALES

Pcte.	Via de acceso		Edad							sexo		T. HD			Trabaja		Estado civil				Causa de la enfermedad						Vive solo	
	FAV	CVC	21-30	31-40	41-50	51-60	61–70	71-80	81-90	F	M	1-11 meses	1-a10 años	11a+años	Si	No	C	S	D	V	DM	HA	LE	NM	EH	NS	Si	No
1		1				1					1	1			1			1				1						1
2	1				1						1			1	1			1				1						1
3	1						1			1			1			1	1					1						1
4		1					1			1			1			1		1				1						1
5		1						1			1		1			1	1					1						1
6		1							1		1		1			1				1		1						1
7	1				1						1		1			1		1				1						1
8	1					1				1		1				1		1				1			1			1
9	1			1							1		1		1		1									1		1
10	1							1		1			1			1	1					1						1
11		1					1			1			1			1				1		1						1

12	1						1			1			1			1				1		1						1
13		1					1				1		1			1				1	1							1
14	1							1		1			1			1	1				1							1
15	1						1				1		1			1	1					1						1
16	1		1							1			1		1			1								1		1
17	1						1				1			1		1	1					1						1
18	1						1			1			1			1				1	1	1						1
19	1					1					1		1			1		1				1						1
20	1						1				1		1			1				1	1	1			1		1	
21	1						1				1		1			1	1				1							1
22	1							1		1			1			1		1			1							1
23	1					1				1			1		1		1					1						1
24		1					1			1			1			1	1				1	1						1
25	1				1					1				1	1		1						1					1
26	1							1			1		1				1			1						1		1
27	1								1	1			1			1		1				1						1
28	1					1					1		1		1		1					1						1
29		1						1		1			1			1	1				1	1						1
30		1				1					1		1			1				1		1						1
31	1			1									1			1	1					1						1
32		1						1			1		1			1	1				1	1						1
33		1					1			1			1			1		1			1	1						1
34	1						1				1		1		1		1					1						1
35		1				1				1			1			1		1				1						1
36	1						1			1			1		1		1				1	1						1

37		1			1					1			1		1		1									1		1
38	1						1				1		1		1		1				1	1						1
39	1							1		1			1			1	1				1	1					1	
40	1							1			1		1			1	1					1						1
41	1						1				1		1			1	1				1	1						1
42	1								1		1		1			1	1								1			1
43		1					1			1			1			1		1			1							1
44		1					1			1			1			1	1				1	1						1
45	1						1				1		1			1	1				1	1						1
46		1					1				1	1				1	1				1	1						1
47		1					1				1		1		1				1			1					1	
48	1								1		1		1			1	1					1						1
49	1		1							1			1		1			1							1			1
50	1						1			1			1			1	1				1	1						1
51						1				1		1				1	1				1							1
52	1			1						1		1				1	1				1							1

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’-2013

ANEXO I

TABLA MATRIZ DE CODIFICACION DE DATOS SEGÚN DIMENSIONES

Pcte.	ALIMENTACION				T	HIGIENE									T	A. PSICOSOCIAL				T	TT
	1	2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17		
1	1	0	0	1	2	1	1	0	1						3	0	1	1	1	3	8
2	1	1	1	1	4					1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	3	9
3	1	1	1	1	4					1	1	0	1	0	3	0	1	1	1	3	10
4	1	1	0	1	3	0	1	0	1						2	0	1	1	1	3	8
5	1	1	1	1	4	1	1	0	0						2	0	1	1	1	3	9
6	1	1	1	1	4	1	1	0	0						2	0	1	1	1	3	9
7	1	1	0	1	3					1	1	0	1	0	3	0	1	1	0	2	8
8	1	1	0	1	3					1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	3	8
9	1	1	1	1	4					1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	7
10	1	1	1	1	4					1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	3	9
11	1	1	1	1	4	0	1	0	1						2	0	1	1	1	3	9

12	1	0	0	1	2					1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	3	7
13	1	0	1	1	3	1	0	1	0						2	1	1	1	1	4	9
14	1	0	1	1	3					1	1	0	1	0	3	0	1	1	1	3	9
15	1	1	0	1	3					1	1	0	1	0	3	0	1	1	1	3	9
16	1	1	1	1	4					1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	2	8
17	1	1	1	1	3					1	0	0	1	0	2	1	1	1	1	4	9
18	1	1	0	1	3					1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	3	8
19	1	1	1	0	3					1	1	0	1	0	3	0	1	1	1	3	9
20	1	1	0	1	3					1	1	0	1	0	3	1	1	1	0	3	9
21	1	1	0	1	3					1	1	0	1	0	3	1	1	1	1	3	9
22	1	1	0	1	3					1	1	1	1	0	4	0	1	1	0	2	9
23	1	0	1	1	3					1	1	0	1	0	3	1	0	1	1	3	9
24	1	1	1	1	4	1	1	0	0						2	1	1	1	1	4	10
25	1	0	1	1	3					1	0	0	1	0	2	0	1	1	1	3	8
26	1	0	1	1	3					1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	3	7

27	1	1	0	1	3					1	1	0	1	0	3	1	1	1	0	3	9
28	1	1	1	1	4					1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	3	9
29	1	1	0	1	3	0	1	0	0						1	1	1	1	1	4	8
30	1	0	1	1	3	1	1	0	1						3	0	1	1	1	3	9
31	1	1	0	0	2					1	1	0	1	0	3	1	1	1	0	3	8
32	1	1	1	1	4	1	1	1	1						4	0	1	1	1	3	11
33	1	0	0	1	2	1	1	0	1						3	1	0	0	1	2	7
34	1	1	1	1	4					1	1	0	1	0	3	1	1	1	1	4	11
35	1	1	0	1	3	1	1	1	0						3	1	0	1	1	3	9
36	1	1	1	1	4					1	1	1	1	1	4	1	1	1	0	3	11
37	1	1	0	0	2	1	1	1	1						4	0	1	0	1	2	8
38	1	1	0	0	2					1	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	5
39	1	1	1	1	4					1	1	0	1	0	3	1	1	1	0	3	10
40	0	1	1	1	3					1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	7
41	1	1	1	0	3					1	1	0	1	0	3	0	1	1	0	2	8

42	1	1	1	1	4					1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	8
43	0	1	1	0	2	0	1	1	0						2	1	0	1	1	3	7
44	1	1	1	1	4	1	1	0	1						3	0	1	1	1	3	10
45	0	1	1	1	4					1	1	0	1	0	3	0	1	1	1	3	10
46	1	1	1	0	3	1	1	1	0						3	0	1	1	0	2	8
47	1	1	1	1	4	1	1	1	0						3	1	0	1	1	3	10
48	1	1	1	1	4					1	1	0	1	0	3	0	1	1	1	3	10
49	1	1	1	0	3					1	1	0	1	1	4	0	1	1	1	3	10
50	1	1	1	0	3					1	1	1	0	0	3	0	1	0	1	2	8
51	1	1	1	1	4					1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	3	9
52	1	1	1	0	3					1	1	0	0	1	2	1	1	0	1	3	8
T	49	43	35	42	169	13	16	7	8	34	30	3	23	3	137	20	46	41	39	146	452

ANEXO J

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN ÍTEMS SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ‘’OM DIAL’’ LIMA- PERÚ 2013

ITEMS	TOTAL		REALIZA		NO REALIZA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Consume carnes blancas	52	100	49	94	3	6
2. Controla la cantidad de alimentos que consume	52	100	43	82	9	12
3. Controla la cantidad de líquidos que consume	52	100	35	67	17	33
4. Restringe el consumo de sal	52	100	42	81	10	19
5. Cuando se baña cubre con un plástico el catéter.	18	100	12	72	6	28
6. Utiliza apósitos para proteger el catéter	18	100	15	89	3	11
7. Antes de bañarse se quita los apósitos que	18	100	7	39	11	61

envuelve el catéter						
8. No utiliza apósitos oclusivos	18	100	8	44	10	56
9. Utiliza agua y jabón para la limpieza del brazo con la Fistula	34	100	34	100	0	0
10. Verifica siempre el latido de la fistula	34	100	30	88	4	12
11. No carga peso con el brazo portador	34	100	31	91	3	9
12. Realiza compresiones con una pelota de goma	34	100	23	68	11	32
13. No duerme sobre el brazo de la fistula	34	100	31	91	3	9
14. Realiza actividades de distracción	52	100	20	20	32	80
15. Llora a causa de su enfermedad	52	100	46	88	6	12
16. Se comunica con su familia.	52	100	41	79	11	21
17. Acepta su enfermedad	52	100	32	75	20	25

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’-2013

ANEXO K

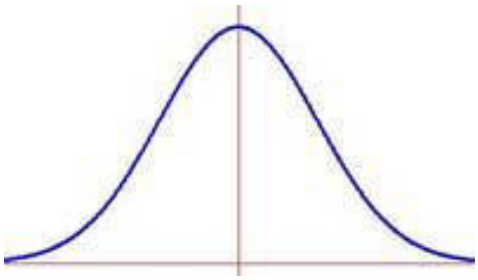
MEDICIÓN DE LA VARIABLE - PROMEDIO ARITMÉTICO

En la medición de la variable sobre las actividades de autocuidado e los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis en el centro de Diálisis ‘’Om Dial’’, se utilizó el Promedio Aritmético, cuya fórmula es la siguiente:

$$X = \sum x/n$$

DIMENSIÓN GENERAL: REALIZA ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

$$X = \sum x/n = 452 / 52 = 8.69$$



8.73

NO REALIZA	REALIZA
0 – 8 puntos	9 – 17 puntos

DIMENSIÓN 1: ALIMENTACIÓN

$$X = \sum x/n = 169 / 52 = 3.25$$

NO REALIZA	REALIZA
0 – 3 puntos	4 puntos

DIMENSIÓN 2: HIGIENE

$$X = \sum x/n = 137 / 52 = 2.63$$

NO REALIZA	REALIZA
0 – 2 puntos	4 – 9 puntos

DIMENSIÓN 3: ASPECTO PSCICOSOCIAL

$$X = \sum x/n = 146 / 52 = 2.80$$

NO REALIZA	REALIZA
0 – 2 puntos	3 – 4 puntos

ANEXO L

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ‘’OM DIAL’’ LIMA- PERÚ 2013

Actividades de autocuidado	Nº	%
No realiza	23	44.3%
Realiza	29	55.7%
TOTAL	52	100%

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ‘’Om Dial’’-2013

ANEXO M

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ''OM DIAL'' LIMA- PERÚ 2013

Dimensión de la alimentación	Nº	%
No realiza	22	42.3%
Realiza	30	57.7%
TOTAL	52	100%

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ''Om Dial''

ITEMS	TOTAL		REALIZA		NO REALIZA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Consume carnes blancas	52	100	49	94	3	6
2. Controla la cantidad de alimentos que consume	52	100	43	82	9	12
3. Controla la cantidad de líquidos que consume	52	100	35	67	17	33
4. Restringe el consumo de sal	52	100	42	81	10	19

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodialisis en el centro de diálisis ''Om Dial''-2013

ANEXO N

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN HIGIENE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON CATETER VENOSO CENTRAL SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ''OM DIAL''

LIMA- PERÚ

2013

Dimensión de la alimentación	Nº	%
No realiza	41	78.8%
Realiza	11	21.2%
TOTAL	52	100%

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om Dial''-2013

ITEMS	TOTAL		REALIZA		NO REALIZA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Cuando se baña cubre con un plástico el catéter.	18	100	13	72	5	28
2. Utiliza apósitos para proteger el catéter	18	100	16	89	2	11
3. Antes de bañarse se quita los apósitos que envuelve el catéter	18	100	7	39	11	61
4. No utiliza apósitos oclusivos	18	100	8	44	10	56

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om Dial''-2013

ANEXO Ñ

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN HIGIENE EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON FISTULA ARTERIO VENOSA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ''OM DIAL''

LIMA- PERÚ

2013

ITEMS	TOTAL		REALIZA		NO REALIZA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Utiliza agua y jabón para la limpieza del brazo con la Fistula	34	100	34	100	0	0
2. Verifica siempre el latido de la fistula	34	100	30	88	4	12
3. No carga peso con el brazo portador	34	100	31	91	3	9
4. Realiza compresiones con una pelota de goma	34	100	23	68	11	32
5. No duerme sobre el brazo de la fistula	34	100	31	91	3	9

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om Dial''-2013

ANEXO O

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS ''OM DIAL'' LIMA- PERÚ 2013

Dimensión de la alimentación	Nº	%
No realiza	12	23%
Realiza	40	77%
TOTAL	52	100%

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om Dial''-2013

ITEMS	TOTAL		REALIZA		NO REALIZA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Realiza actividades de distracción	52	100	20	20	32	80
2. Llora a causa de su enfermedad	52	100	46	88	6	12
3. Se comunica con su familia	52	100	41	79	11	21
4. Acepta su enfermedad	52	100	32	75	20	25

FUENTE: Encuesta realizada a pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis ''Om Dial'' -2013

ANEXO P

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS ‘’OM DIAL’’ LIMA – PERÚ 2013

Vía de acceso	Pacientes	
	Nº	**%**
FAV	34	65
CVC	18	35
Total	52	100
Edad	**Nº**	**%**
21-30	2	3
31-40	3	5
41-50	4	8
51-60	8	15
61-70	22	43
71-90	13	28
Total	52	100
Sexo	**Nº**	**%**
Femenino	26	50
Masculino	26	50
Total	52	100

Tiempo de hemodiálisis	Pacientes	
	Nº	**%**
1 – 11 meses	5	9
1 – 1año	44	84
11 – más años	3	5
Total	52	100
Trabaja	**Nº**	**%**
Sí	13	25
No	39	75
Estado civil	**Nº**	**%**
Casado	31	60
Soltero	13	25
Divorciado	1	2
Viudo	7	13
Causa	**Nº**	**%**
Diabetes Mellitus	21	40
HAT	38	73
Lupus eritematoso	1	2
Enf. Hereditaria	4	8
No sabe	4	8
Vives solo	**Nº**	**%**
Sí	3	6
No	49	94
Total	52	100