

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis  
periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006-  
2007**

TESIS

para optar el grado académico de Magíster en Enfermería

AUTORA

Gloria Marlene Arquinigo Jaimes

Lima- Perú

2008

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS  
PERIODICA DEL CENTRO DE HEMODIALISIS DE EsSALUD  
2006-2007**

*AGRADECIMIENTOS:*

*A la U.N.M.S.M, por ser mi alma mater, y a mí asesora, Mg. Josefa Arcaya M. por su orientación profesional durante la ejecución de la presente investigación*

*A la Gerencia del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, Hoy Centro Nacional de Salud Renal por brindarme las facilidades para ejecutar esta investigación*

*A mis colegas del Centro de Hemodiálisis y Casa Olavegoya, hoy Centro Nacional de Salud Renal por su apoyo incondicional en la recolección de datos.*

*En forma muy especial a Dios y mi familia por darme la oportunidad de desarrollarme Profesionalmente.*

# INDICE

	Pág.
Agradecimientos .....	iii
Índice .....	iv
Índice de gráficos .....	vi
Resumen .....	vii
Abstrac .....	viii
Presentación .....	ix

## Capítulo I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema .....	1
1.2 Formulación del Problema .....	6
1.3 Justificación .....	6
1.4 Propósito .....	7
1.5 Objetivos Generales y específicos.....	8

## Capítulo II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del estudio .....	9
2.2 Bases Conceptuales:	
2.2.1 El paciente y la enfermedad renal crónica.....	16
2.2.2 El Tratamiento Sustitutivo de Hemodiálisis en el paciente renal.....	20
2.2.3 La Teoría General del Autocuidado.....	22
2.2.4 El autocuidado en el Paciente con tratamiento sustitutivo de hemodialisis.....	29
2.2.5 Capacidad de Autocuidado en el paciente con Tratamiento Sustitutivo de Hemodiálisis.....	38
• Valoración de la capacidad de autocuidado.....	39

2.2.6	Cuidado de enfermería en el paciente con tratamiento de hemodiálisis periódica.....	41
2.2.7	El Rol educador de Enfermería en el cuidado del paciente renal.....	43
2.3	Definición Operacional de las Variables.....	45
2.4	Definición Operacional de Términos.....	45

### **Capítulo III: MATERIAL Y METODOS**

3.1	Tipo de Estudio .....	46
3.2	Área de estudio.....	46
3.3	Población/Muestra, criterios de inclusión y exclusión.....	47
3.4	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	48
3.5	Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.....	51
3.6	Procedimiento de Recolección y Procesamiento de Datos.....	52
3.7	Consideraciones Éticas: Consentimiento informado.....	54

### **Capítulo IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE DATOS**

4.1	Resultados y discusión.....	55
-----	-----------------------------	----

### **Capítulo V: CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones.....	66
5.2	Recomendaciones.....	67
5.3	Limitaciones .....	68

### **Bibliografía**

### **Anexos**

## INDICE DE GRAFICOS

	<i>Pág.</i>
Grafico N° 1 : Capacidad de Autocuidado del Paciente que recibe Hemodiálisis Periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud .....	56
Grafico N° 2 : Nivel de habilidades al realizar actividades de la vida cotidiana en el paciente que recibe hemodiálisis del Centro de Hemodiálisis de EsSalud. ....	60
Grafico N° 3 : Nivel de conocimientos acerca de la enfermedad al realizar acciones de autocuidado en el paciente del Centro de Hemodiálisis de EsSalud .....	63

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
A. Proceso de Operacionalización de la Variable .....	I
B. Determinación del tamaño de muestra .....	II
C. Instrumento: Valoración de capacidad de autocuidado.....	III
D. Confiabilidad del instrumento .....	VIII
E. Formato de Consentimiento informado .....	XII
F. Distribución de Pacientes según grupo Etario .....	XIII
G. Distribución de Pacientes según Sexo.....	XIV
H. Distribución de Pac. según presencia o no de DBM.....	XV
I. Capacidad de Autocuidado del paciente en hemodiálisis Frente cada indicador de las actividades de la cotidiana .....	XVI
J. Nivel de Conocimiento del paciente en cada indicador a evaluar frente a la enfermedad .....	XVII
K. Relación de la capacidad de Autocuidado en la actividades de la vida cotidiana y el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad .....	XVIII

## PRESENTACIÓN

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) con pérdida irreversible de la función renal, presentan deterioro de su capacidad funcional de conservar el equilibrio entre los líquidos, electrolitos y sólutos orgánicos requiriendo tratamiento que sustituya la función renal (diálisis y/o trasplante renal). Los pacientes que se encuentran afectados por esta enfermedad, suelen presentar alteraciones y/o cambios en las diferentes esferas de su vida como física, biológica, psicológica, social; por lo que requieren ser evaluadas e identificadas oportunamente a fin de poder ayudarlos a recuperar su mejor condición actual de salud, enseñándoles a ser los mejores cuidadores de si mismo y alcancen una mejor calidad de vida <sup>1</sup>.

Es así que el Paciente con ERC requiere ser capacitado para afrontar la enfermedad y sus efectos, si bien es cierto la diálisis como modalidad de tratamiento sustitutivo, suple parcialmente algunas funciones del riñón, esta se debe realizar en forma continua y permanente; lo cual significa utilizar de doce a quince horas por semana en sesiones de diálisis, antes ocupadas por otras actividades, además de llevar una dieta restrictiva, ingesta limitada de líquido, seguir con un régimen terapéutico de medicamentos, asumir cuidados físicos y limitaciones al realizar ciertas actividades; son cuidados necesarios que el paciente con esta enfermedad debe enfrentar. Siendo necesario un régimen de vida bastante restrictivo donde existirán modificaciones estrictas del estilo de vida y cumplimiento de indicaciones dadas por el equipo de salud, que deberán ser cumplidas como parte de su propio autocuidado y en donde los descuidos en el cumplimiento y seguimiento del tratamiento pueden ocasionar graves alteraciones físicas de fatales consecuencias.

Todos los pacientes deben aprender y realizar algunas actividades para cuidar de si mismos; lo más importante es que las efectúe con las modificaciones que le impone la enfermedad, lo que permitirá sentirse mejor y ser más independiente, le producirá más seguridad al proporcionarse su propio cuidado y en última instancia le ayudará a prevenir complicaciones que a la larga repercutirán sobre el pronóstico de su enfermedad.



La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1998, describió el papel del profesional de salud en la orientación y educación de los pacientes sobre el autocuidado; lo que conduce al empoderamiento del paciente de su cuidado frente a la enfermedad existente. Constituye ésta una estrategia sumamente importante; para lo cual es necesario conocer la capacidad que tiene cada individuo y así poder garantizar que el autocuidado que realice el paciente sea lo suficiente para mantener una calidad de vida aceptable.<sup>2</sup>

El paciente requiere conocimientos y enseñanzas de adopción de medidas que le permitan desarrollar su propio autocuidado y mantener una vida saludable, por ello la enfermera brinda cuidados que le ayudan a superar las barreras que lo alejan del cumplimiento del tratamiento prescrito y que deben ser continuados en el hogar, optimiza el cuidado del paciente durante la diálisis con la aplicación de conocimientos científicos y promueve el trabajo interdisciplinario para lograr el mejor bienestar posible del paciente, su familia y el mismo grupo.

Es por ello que el presente trabajo de investigación titulado: “Capacidad de Autocuidado del Paciente que recibe Hemodiálisis Periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud”, tiene como objetivo determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes que reciben este tratamiento en el mencionado Centro.

La estructuración del presente estudio de Investigación es de la manera siguiente:

- Capítulo I: El problema que contiene el planteamiento, formulación del problema, justificación, objetivos generales y específicos.
- Capítulo II: Marco teórico que contiene los antecedentes del estudio, bases conceptuales, definición operacional de las variables y de términos.
- Capítulo III: Material y métodos que incluye: tipo de estudio, área de estudio, población/ muestra, criterios de inclusión, exclusión técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez, confiabilidad de los instrumentos, proceso de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, aspectos éticos.
- Capítulo IV: Resultados y Discusión de los datos
- Capítulo V: Conclusiones, Recomendaciones, Limitaciones y finalmente las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## RESUMEN

Los pacientes que reciben hemodiálisis, deben cambiar su estilo de vida para sobrevivir, aprendiendo y realizando actividades para cuidar de si mismo, con las modificaciones que le impone la enfermedad; todo ello le permitirá sentirse bien, mantenerse en su entorno social, laboral y familiar independientemente. El éxito de ésta terapia dependerá de la capacidad de autocuidado que tengan para desarrollar actividades de la vida cotidiana y los efectos que le impone la enfermedad; siendo ello un área que requiere de valoración y orientación del autocuidado. Es así que la presente investigación tuvo por objetivo determinar la capacidad de autocuidado en los pacientes que reciben hemodiálisis periódica, tomando como marco referencial a la Teoría general de autocuidado de Dorothea Orem. 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.

Los resultados fueron: 59% muestra nivel alto de capacidad de autocuidado; dentro del cual el 79% presento nivel alto en la habilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, y 53% nivel medio en conocimientos para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad ; concluyéndose que 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.

**Palabras Claves:** Hemodiálisis periódica, Enfermedad Renal Crónica, Capacidad de Autocuidado.

## **ABSTRACT**

Patients receiving haemodialysis must change their lifestyles in order to survive, by learning and doing activities to look after themselves, with the modifications imposed by the disease, all of this will allow them to feel good, staying in their social, family and work environment, as more independent. The success of this therapy will depend on the ability of self-care that they have, to develop activities of daily living and the complex effects that imposes the disease, it remains an area that requires assessment and guidance of self-care. Thus, the present investigation had as main objective the determination of self-care ability, in patients that receive periodically haemodialysis, taking as a frame of reference Dorothea Orem's Self-care General Theory. The study is descriptive with a transversal cut, to 218 patients that receive haemodialysis at EsSalud's Haemodialysis Centre, selected by probability sampling. We used an instrument of self-care valuation. The measurement was classified as: high, medium and low. It was using the SPSS software version 13.0 and the nonparametric statistical test of the Chi square.

The results showed that 59% had high level in self-care ability, within which 79% were high in the ability to perform activities of daily life, and 53% average level in knowledge against disease and its self-care; concluding that patients showed a high level of capacity for self-care; compared with the activities of daily life, but showed an average level of knowledge to deal with the disease.

**Key words: Periodic Haemodialysis, Chronic Renal Disease, Self-Care Capacity.**

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del Problema

La enfermedad renal crónica (ERC) es considerada actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial. De acuerdo a estimados del Global Burden of Diseases (GBD), para el año 2002, la ERC estaba considerada en un 12 % como causa de mortalidad. La población mundial en diálisis en 1990 era 426,000, en el año 2000 fueron 1,490,000; para el 2010 de acuerdo al crecimiento sería 2,500,000 según J Am Soc. Nephrology.<sup>3</sup>

La Epidemiología de La ERC, en el Reino Unido a Diciembre del 2003, según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión arterial: SLANH-2003 presento para el año 2002: una tasa de incidencia en adultos: 101 partes por millón de población (p.m.p), tasa de prevalencia en adultos: 626 p.m.p. Tasa de incidencia en niños: 2 p.m.p. y 50% de pacientes adultos son mayores de 65 años. En Latinoamérica al 2002, la tasa prevalencia calculada fue de 363 p.m.p y su incidencia teórica fue de 130 p.m.p<sup>4</sup>

El Ministerio de Salud, del Perú, reporta que el estadio más avanzado de ERC es el V y se denomina enfermedad renal crónica, es la fase más estudiada y los pacientes que alcanzan esta condición, requieren para su sobrevivencia recibir costosos tratamientos de reemplazo o sustitución de la

función renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal). La creciente prevalencia de ERC es la consecuencia del gran incremento en la prevalencia de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y edad mayor de 60 años<sup>5</sup>.

En el Perú no existen registros con cifras exactas de incidencia y prevalencia a nivel nacional, pero se tiene información de los pacientes asegurados siendo en aproximadamente el 95% del total de pacientes que acceden a terapia dialítica y lo hacen a través del Programa de Diálisis del Seguro Social. Del total de población del país, EsSalud cobertura al 25% (5'905,526 de asegurados a Agosto 2005), de los cuales 5,104 (a Diciembre 2005) son portadores de ERC en terapia de reemplazo renal como hemodiálisis y diálisis peritoneal a nivel nacional. Siendo el 83% en hemodiálisis y 17% en diálisis peritoneal. En hemodiálisis el 71% de pacientes está en Lima y solo el 29% en provincias; por recursos EsSalud atiende al 46% y Servicios Tercerizados al 54% de pacientes. En los últimos años, a partir de 1998 se evidencia un incremento en la incidencia y prevalencia de ERC en TRR en la institución. El Registro Nacional de Diálisis de EsSalud (RENDES) reporta un crecimiento de 164 a 214 pacientes p.m.p asegurada en la incidencia y un crecimiento en la prevalencia de 348 a 581 pacientes p.m.p asegurada durante el periodo 1998-2003 y de 623 p.m.p en el año 2004. En un corte realizado en Diciembre de 2005, se reporta una prevalencia de 864 pacientes p.m.p asegurada. En estos reportes no se consigna la población con ERC sin acceso a los servicios de diálisis. Así mismo la tasa de trasplante renal ha disminuido de 17 a 8 trasplantes p.m.p en el periodo de 1998 -2003.<sup>5</sup>

Por lo general en nuestro país, la hemodiálisis aun es la primera elección de tratamiento de sustitución de la función renal, el cual se debe realizar en forma continua, para permitir que el individuo pueda seguir viviendo integrado dentro de su entorno familiar, laboral y social en la forma más natural como cualquier individuo sano.

Por la característica de la enfermedad y las alternativas de tratamiento llevadas actualmente en nuestro país en los diferentes centros asistenciales, los pacientes renales deben enfrentar dos situaciones : la primera, que deben recibir parte del tratamiento en las diferentes unidades de diálisis en forma ambulatoria, en donde el tratamiento de hemodiálisis realizado sustituye parcialmente la función renal, debiendo el paciente continuar realizando otros cuidados que son orientados a seguir en beneficio de si mismo como son : el cumplimiento y la modificación de la dieta , la administración de la medicación, control médico periódico, cuidados del acceso vascular, cuidados a tener en situaciones de urgencias, mantener una asistencia regular a su tratamiento dialítico, asistir puntualmente a sus controles médicos; siendo los propios pacientes responsables de su propio autocuidado, la cual es definida como la “práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud, el bienestar <sup>6</sup>”; la segunda es enfrentar los cambios y/o alteraciones en su salud como resultados de las complicaciones crónicas y clínicas muy variadas propias de la enfermedad que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del paciente con repercusión sobre sus capacidades físicas y cognitivas necesarias para realizar acciones de autocuidado durante las actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas y para hacer frente a la enfermedad.

Por todo ello el paciente con ERC con tratamiento de hemodiálisis periódica va a enfrentar cambios y modificaciones muy variadas en su organismo que afectan sus capacidades físicas y cognitivas como consecuencia del deterioro que genera la enfermedad renal, así estos cambios le exigen modificar los patrones de conductas, hábitos de alimentación, higiene, vestido, movilización, etc., debiendo alterar toda su vida para sobrevivir, debiendo aprender y realizar algunas actividades para cuidar de si mismo, lo importante es que las efectúe con las modificaciones que le impone la enfermedad; lo que le permitirá sentirse bien y a prevenir complicaciones constituyéndose como elementos fundamentales para poder alcanzar, mantener o conservar una calidad de vida digna haciendo uso de sus propias capacidades físicas y

mentales <sup>7</sup>. Los pacientes de hemodiálisis deben cumplir un régimen de vida bastante restrictivo, tales como control en la ingesta de líquidos, que sigan una dieta alimentaria, que tomen varios medicamentos al día y asistan de 3 o 4 horas de hemodiálisis veces por semana, muchos de estos pacientes fracasan en la aceptación o adaptación al tratamiento prescrito por el médico, debido a que las exigencias en el cuidado e indicaciones a seguir alteran su ritmo de vida personal, laboral, social y emocional <sup>8</sup>.

Para Orem (1993), los cuidados que brinda la enfermera deben estar especialmente dirigidos a atender las necesidades del ser humano, que están en relación con el autocuidado, definiéndose éste como: “las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades y hacer frente a sus efectos... en la sociedad siempre hay seres que no son capaces de cumplir acciones precisas para la supervivencia <sup>6</sup>”.

La Teoría de enfermería que plantea la autora está basada en el Déficit de autocuidado, “(...) considera al autocuidado como una actividad fundamental aprendida por el paciente y que lo orienta hacia un objetivo de poder regular los factores que afecten su propio desarrollo y actividad en beneficio de la calidad de vida, salud y bienestar <sup>9</sup>”. Así mismo se señala que los factores que influyen en la calidad de vida del paciente con ERC son: La depresión, incumplimiento al cambio de estilos de vida, estado socio-económico, diálisis inadecuada por incumplimiento del tratamiento, deficiente acceso vascular, anemia, desnutrición, co morbilidad asociada <sup>10</sup>. Por lo tanto, es responsabilidad de la enfermera promover y fortalecer el autocuidado del paciente, a través de la enseñanza que se brinde al paciente con respecto a su enfermedad; motivándolo a la participación activa en su autocuidado, lo que tendrá una gran implicancia en su calidad de vida

El Centro de Hemodiálisis (CHD) viene funcionando desde Julio de 1994, tiene una cobertura de atención que alcanza a un total aproximado de 500

pacientes, que reciben tratamiento de hemodiálisis periódica. Estos pacientes, además de recibir tratamiento dialítico durante su atención, reciben atención médica, nutricional, psicológica, social y cuidados de enfermería; todos estos proporcionados en forma integral por un equipo profesional altamente calificados.

La enfermera en el Centro de Hemodiálisis brinda educación sanitaria al paciente que recibe hemodiálisis, como parte del cuidado, desarrollando actividades programadas mensualmente relacionadas con su enfermedad y la enseñanza para su autocuidado, considerando temas para el cuidado del acceso vascular, complicaciones hemodinámicas en diálisis, urgencias dialíticas, nutrición en diálisis, entre otros; sin embargo se desconoce si la educación impartida ha alcanzado al 100% de los pacientes y si ésta ha sido entendida por los pacientes dotándolo de capacidad cognitiva cuyos resultados se ven evidenciado en la realización de acciones de autocuidado frente a la enfermedad que padece. Así mismo estas actividades educativas sólo están dirigidas al paciente y no así al cuidador y/o familiar, considerando que algunos pacientes dependen del cuidado que le brinda el familiar y/o cuidador. Del mismo modo la enfermera desconoce cuales son las habilidades físicas y cognitivas de los pacientes y que son necesarias para realizar acciones de autocuidado en las actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas y para hacer frente a la enfermedad, por lo que requieren ser valoradas a fin disponer de información objetiva y precisa que le permiten identificar el déficit de autocuidado del paciente y establecer así un diagnostico de enfermería real y objetivo de acuerdo a las demandas reales del paciente, de tal manera que el cuidado de enfermería brindado será eficaz y oportuno , generando un gran impacto sobre la enfermedad.

Por todo lo mencionado, el quehacer de la enfermera debe centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento, potencializando sus capacidades que le ayuden a enfrentar y



manejar el cuidado de su salud a través del autocuidado; por lo cual, ante los hechos encontrados es necesario, conocer la capacidad de autocuidado que tiene cada paciente, y así poder garantizar que las actividades que realice, sea lo suficiente para mantener una calidad de vida aceptable y atender las demandas de autocuidado generadas por la enfermedad. El conocimiento de ello, permitirá orientar las necesidades educativas de cada paciente según el déficit de autocuidado encontrado; y la orientación del apoyo familiar requerido para lograr un cuidado más efectivo. Frente a tales hechos se genera las siguientes interrogantes:

¿Cuál será la capacidad de autocuidado que tiene el paciente con ERC con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud?

¿Los pacientes que reciben hemodiálisis periódica tendrán habilidades de autocuidado para realizar actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas?

¿Los pacientes que reciben hemodiálisis periódica tendrán la capacidad de autocuidado para afrontar su autocuidado frente a la enfermedad según los conocimientos adquiridos?

La respuesta a estas interrogantes nos permitiría hacer aportes para mejorar el cuidado de estos pacientes

## **1.2 Formulación del problema.**

¿Cuál es la capacidad de autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud?

## **1.3 Justificación.**

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia

renal crónica avanzada. Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida.

La Enfermera (o) que brinda cuidados a pacientes con enfermedad renal crónica y que reciben hemodiálisis, debe valorar frecuentemente los parámetros de capacidad funcional y de conocimientos frente a la enfermedad que padece a fin de realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada paciente, contribuyendo a que el cuidado de enfermería se centre en ayudar a los pacientes a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud .

El conocimiento de las esferas acerca de las capacidades de autocuidado de los pacientes renales, permitirá determinar sus capacidades frente al desarrollo en su vida cotidiana, así como enfrentar su enfermedad e identificar el déficit de autocuidado que presentan, todo lo cual permitirá establecer un plan de cuidado de enfermería integral con diagnóstico objetivos de acuerdo a las necesidades reales y potenciales del paciente con respecto al autocuidado frente a su enfermedad. Como fundamento para el éxito del autocuidado garantizando la utilización eficiente de los recursos sanitarios y contribuirá a mejorar la calidad de vida de todos los pacientes en diálisis, dado que su estado físico y mental se deteriora a medida que pasa el tiempo relacionado con el impacto de la enfermedad renal sobre su organismo.

#### **1.4. Propósito**

Los resultados contribuirán en establecer la valoración de la capacidad de autocuidado como parámetro fundamental para poder identificar el déficit de autocuidado que presentan los pacientes con ERC que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud y mejorar el

diagnostico de enfermería con información objetiva y precisa de la capacidad física y cognitiva del paciente necesaria para alcanzar una adecuada capacidad de autocuidado; orientando a la enfermera a la búsqueda y establecimiento de cuidados que ayuden a eliminar los obstáculos que alejan al paciente a poder satisfacer sus demandas de salud por la enfermedad.

Proporcionar información relevante para reorientar el programa educativo grupal existente y fomentar la aplicación de la enseñanza individualizada a través de la consejería de enfermería en aquellos pacientes que por motivos de fuerza mayor no pueden asistir a la educación grupal, a fin de satisfacer a las reales demandas educativas de los pacientes de acuerdo a las capacidades de autocuidado identificadas en cada área y según cada condición de paciente.

## **1.5. Objetivos del estudio.**

### **1.5.1 Objetivo General**

- Determinar el nivel de capacidad del autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud.

### **1.5.2 Objetivos Específicos.**

- Identificar el nivel de habilidades al realizar actividades de la vida cotidiana para satisfacer necesidades básicas en los pacientes que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud.
- Identificar el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad al realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad en los pacientes que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del estudio.

Se realizó una búsqueda de estudios de investigación relacionados directamente con el tema a nivel nacional e internacional.

**A nivel nacional;** el estudio realizado por Espinoza M., en Lima, 2002, titulado “Conocimientos y practicas sobre el autocuidado que tiene los pacientes colostomizados que asisten a la consulta externa de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” cuyo objetivo fue identificar los conocimientos sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del HERM., el propósito del estudio fue generar información para que el personal de enfermería que labora en el programa de atención integral a los pacientes colostomizados, innove la metodología educativa, estructurando programas educativos individuales y colectivos para fortalecer los conocimientos y las practicas alimentarias, cuidados de la colostomía, etc. El método empleado fue descriptivo de corte transversal, la población estudiada fueron 150 pacientes colostomizados que acudían al consultorio de enfermería, las conclusiones en relación a los conocimientos sobre el autocuidado que tienen

los pacientes colostomizados que asisten a la consulta externa de enfermería es que de 60(100%) el 20% no conocen, y en relación a las practicas de autocuidados de 100% el 30% realizan practicas inadecuadas <sup>11</sup>.

**A nivel Internacional;** se halló el estudio publicado de **Arenas M,** (2006) titulado “Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en Hemodiálisis” cuyo objetivo del estudio fue analizar el grado de dependencia funcional, en 10 unidades de HD ubicadas en la Comunidad Valenciana, Andalucía y Castilla-León en España. El método utilizado fue descriptivo-transversal a 586 pacientes dializados en abril de 2005. Para valorar el grado de dependencia se utilizó el «Test Delta». El estudio busco medir el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Y así mismo valorar la deficiencia física y psíquica, si son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico). Los resultados fueron que el 45,6% de los pacientes presentaba algún tipo de dependencia (un 12,8% en grado moderado y un 8,1% en grado severo). El análisis por sub-escalas mostró una Deficiencia física moderada-severa en el 19,6%, y en el 6,7% una Deficiencia psíquica. El grado de dependencia variaba significativamente de unas unidades a otras (0%-59,8%), y según áreas geográfica. La edad y el índice de comorbilidad mostraron asociación estadísticamente significativa con el grado de dependencia, de modo que a mayor edad, mayor grado de dependencia, sin embargo el tiempo de permanencia en hemodiálisis no mostró asociación. Los aspectos evaluados en el Test Delta que mostraron mayor puntuación fueron los relacionados con la movilidad del paciente. Los requerimientos de ayuda se deben fundamentalmente a falta de autonomía en la movilidad por alteraciones del aparato locomotor y, en menor medida, a trastornos de conducta. En conclusión, se tuvo que los centros de hemodiálisis están atendiendo a pacientes con un importante grado de dependencia, por lo que deben ser periódicamente valorados. La existencia de parámetros que de

manera objetiva permitan valorar tales circunstancias, hacen aconsejable aprobar un instrumento de valoración común, que sea sencillo, universal y rápido en la valoración y que, además, pueda adaptarse a las necesidades cambiantes de la población a la que va destinado<sup>12</sup>.

El presente estudio nos refuerza con respecto a la importancia de la valoración de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis y que el perfil actual de la población que inicia HD tiene implicaciones, no solo en lo referente a la comorbimortalidad, sino también a otros aspectos funcionales y de estructura de las unidades, dada la necesidad de ayuda que requieren estos pacientes. Así mismo demuestran en su estudio que el estado funcional de los pacientes en programa de hemodiálisis empeora con la edad y la comorbilidad; además, los pacientes ancianos presentan con mayor frecuencia depresión y deterioro de su capacidad cognitiva y física, la edad se ha correlacionado con peor estado nutricional y consecuentemente con peor estado funcional en estos pacientes. Cuando se usan medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), con puntuaciones estandarizadas según edad y sexo de la población general, la CVRS de los pacientes ancianos en hemodiálisis no se ve afectada en la misma magnitud que las de los pacientes más jóvenes. No obstante, el mantenimiento de autonomía funcional es, entre otros, uno de los factores clave que determinan el bienestar de los pacientes ancianos en diálisis y, por tanto, la evaluación de su grado de dependencia es importante, no solo a la hora de valorar los recursos a asignar sino por ser una medida indirecta de su CVRS. Todo esto refuerza la necesidad de valorar la capacidad de autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis en nuestro centro asistencial.

Al igual que en nuestra revisión coinciden en que en la actualidad existen pocos estudios que evalúen la capacidad funcional del paciente en hemodiálisis. También hace la utilización de un instrumento existente ya validado como el Test Delta, así hace mención a otros instrumentos que nos

orientan que se pueden utilizar para valorar estado funcional en la dimensiones biopsicosociales como la escala de Barthel, índice de Kazt, etc.

**Rivera L.**, en año 2006, realizó un estudio titulado “Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas” en Bogota-Colombia. El objetivo del trabajo fue describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con HTA para realizar actividades de cuidados hacia si mismo; utilizó el diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que le permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnostico de hipertensión arterial en una Clínica de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA “Apreciación de la agencia de Autocuidado” de Evers e Isenberg. Sus resultados demostraron que el 53% de los pacientes tuvieron deficiente capacidad de agencia de autocuidado en tanto el 47% presentaron suficiente capacidad de agencia de autocuidado. En cuanto a los ítems del instrumento de ASA que obtuvieron mas altos puntajes se encontró que los participantes presentaron capacidades para: máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas al autocuidado. Las conclusiones a que llegó fueron que el cuidado de las personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantenerse por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta” <sup>13</sup>.

El presente estudio nos aporta fundamentos que refuerzan la investigación realizada, considerando que es necesario evaluar la capacidad que tiene el individuo para afrontar y tomar decisiones sobre su salud en su cuidado. Esto implica la necesidad de la creación de programas que promuevan el autocuidado en las personas basados en la teoría del déficit de autocuidado de Orem.

**Landeros y Gallegos C.** México 2005, publica un estudio “Capacidades de Autocuidado y Percepción de Salud en Adultos con y sin Obesidad”, tuvo

como propósito identificar si las capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud eran diferentes en dos subgrupos uno con sobrepeso u obesidad y otro con peso normal. El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional, transversal, de muestreo aleatorio; los instrumentos utilizados fueron dos escalas existentes, la primera que midió capacidad de autocuidado (instrumento fue tomado de una investigación inédita por el autor Gallegos E. Validación de la escala: Capacidades de autocuidado con población mexicana; 1999). El segundo instrumento utilizado fue por medio del MOS-SF (Medical Outcome Study-Short Form) dirigido a valorar la salud funcional, bienestar y salud global. La población de estudio estuvo constituida por 128 sujetos mayores de 18 años, de ambos sexos con residencia en el área geográfica económica B, perteneciente a la ciudad de México. Los hallazgos más relevantes evidenciaron que las capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud, no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad. Este resultado ha confirmado la relación sustentada teóricamente por Orem de que los factores condicionantes básicos influyen en el desarrollo y operación de las capacidades de autocuidado a la salud de las personas. Otro aspecto que rescatamos del presente estudio, es que ha sido realizado en poblaciones con padecimientos crónicos y sanos. Esta investigación buscó la explicación del porque las personas no modifican su forma de vida, se basó en los conceptos de capacidades de autocuidado y factores condicionantes básicos de la teoría del déficit de autocuidado de Orem<sup>14</sup>.

Éste trabajo fue importante para el estudio por que se relaciona con la misma variable de estudio, orientando y afirmando la importancia de la evaluación de la capacidad de autocuidado de los individuos como agentes de autocuidado para atender diferentes requisitos necesarios para mantener la vida, la salud y el bienestar basados en la teoría de Orem.



**Contreras y Cols, 2002** –Córdoba-España, realizaron el estudio de investigación titulado “Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades, cuyo objetivo fue detectar el grado de dependencia de los pacientes dializados en la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba y su repercusión en la necesidad de cuidados de enfermería, el estudio fue descriptivo transversal a los pacientes en hemodiálisis hospitalizados entre los meses Noviembre – Diciembre del 2002. La población estudiada estuvo constituida por 38 pacientes, 19 hombres y 19 mujeres que llevaban 84 meses de diálisis, con un rango de edad de 21 a 78 años y 13 pacientes eran diabéticos. De las 14 necesidades básicas (V. Henderson) considera a aquellas que más pueden influir en las necesidad de cuidados de enfermería son aquellas relacionadas con: (comer y beber, eliminación, movilización, vestido e higiene) Estas cinco necesidades se analizaron en función de que los pacientes fueran independientes o dependientes, para satisfacerlas o realizarlas por si mismos. Teniendo en cuenta que en el adulto se considera independencia la consecución de un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades mediante acciones apropiadas que el sujeto realiza él mismo sin ayuda de ninguna otra persona; y dependencia la incapacidad del sujeto para adaptar comportamientos o realizar por si mismo, sin ayuda de otra persona, las acciones susceptibles de permitirle un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. La dependencia se analizo globalmente en cada una de las necesidades estudiadas y separadas por grupos de edad. Se estudio también el acceso vascular, la necesidad de ayuda para moverse, se realizó una entrevista estructurada al paciente o cuidador familiar y en el conocimiento que tenían de los cuidados con respecto hacer frente su enfermedad.<sup>15</sup>

Como principales conclusiones, se tuvieron que las dependencias que presentan los pacientes dializados en la unidad hospitalaria, confirman que se ha producido un incremento cuantitativo y cualitativo de cuidados para dar respuesta a las necesidades que estos presentan. Paralelo al incremento de los cuidados, apareció un aumento del tiempo que enfermería dedica a la

aplicación de los mismos, aunque esta variable no se ha medido en este estudio. Los pacientes de edad igual o superior a 60 años con patología crónica, presentan mayor grado de dependencia, por lo que los cuidados deben plantearse de forma individualizada en el paciente anciano y adaptados a su situación. Hay que reevaluar el ratio enfermera/paciente, comúnmente aceptado, pues el paciente actual en HD hospitalaria, presenta unas dependencias que derivan en mayor necesidad de dedicación de enfermería, lo que sin duda debe abrir nuevas líneas de investigación.

El presente estudio nos permite conocer la necesidad de cuidados de enfermería a considerar en el paciente en diálisis, de acuerdo al perfil actual del paciente en hemodiálisis; así como fortalecer la necesidad de considerar en el estudio las necesidades de la vida cotidiana o básicas como elemento fundamental en la valoración de la capacidad de autocuidado en el paciente que recibe hemodiálisis.

**Veronessi M.**, Argentina 2004, realizó el estudio de investigación titulado “Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con Insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis” cuyo objetivo fue evaluar el cumplimiento de las pautas alimentarias en un grupo de pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, que concurre a la clínica Fresenius Medical Care Avellaneda en el periodo que abarco Diciembre 2003 a Febrero del 2004. El método empleado fue a través de un estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo. Las conclusiones fueron que el paciente con IRC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis debe construir un proceso de cambio para adaptarse y adherirse a la terapia nutricional que le ofrezca una mejor calidad de vida. Para esto es preciso un proceso de aprendizaje que involucra cambios de conductas orientados a reconocer los aspectos a modificar, apropiarse de los recursos y trazar estrategias para lograrlos. Entonces para poder generar cambios de conductas primero se deberá evaluar al paciente en los conocimientos, hábitos alimentarios, condición socio económico, etc. Para poder exigir o pedir el

cumplimiento de determinadas pautas alimentarias en su nuevo estilo de vida.<sup>1</sup>

Los aspectos importantes que se rescatan del estudio para la presente investigación son: el marco teórico para la elaboración del instrumento de valoración de conocimiento en la dieta alimentaria que debe asumir el paciente con IRC con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en su autocuidado, y la importancia de la valoración de la capacidad de autocuidado del paciente con IRC para elevar o mejorar su calidad de vida. Al respecto se deduce que algunos factores como las condiciones biosociales, como conocimiento de la enfermedad y de ciertas prácticas de salud, pueden influir en la calidad del autocuidado; así mismo, estudios estiman que el incumplimiento a la restricción de dieta y líquidos entre otros cuidados que son llevados en forma inadecuada, altera la calidad de vida del paciente renal.

## **2.2 Bases Conceptuales**

### **2.2.1. El paciente y la Enfermedad Renal Crónica (ERC)**

Aljama y Cols (2003) refieren que los pacientes con ERC presentan un perfil clínico general con edades comprendidas entre 50-70 años de edad, con múltiples patologías asociadas a su enfermedad, con afectación de su estado general y con unas manifestaciones clínicas que se pueden agrupar por sistemas o aparatos, de tal manera que aparecen alteraciones en los sistemas hematológico, nervioso, endocrino, cardiovascular, aparato digestivo y óseo. También hay que tener en cuenta los trastornos bioquímicos y problemas psicosociales, derivados tanto de los trastornos físicos, como de la dependencia que estos enfermos tienen al estar sometidos a tratamiento de diálisis éste tratamiento en sus dos modalidades, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal, y el trasplante<sup>16</sup>

La persona con ERC pierde la capacidad de funcionamiento renal, entonces hablamos que se ha producido un daño renal con pérdida de la integridad del riñón, así como de su función depuradora y reguladora del medio interno del paciente. Avendaño<sup>17</sup>, señala que las causas más frecuentes de la ERC puede ser provocadas por una gran variedad de patologías, como: glomerulonefritis, pielonefritis, neuropatías por fármacos, enfermedad quística, enfermedad vascular renal, nefritis hereditarias, diabetes, mielomatosis, tuberculosis, tumor renal, pérdida traumática o quirúrgica, otras causas de etiología incierta. Cuando el paciente presenta la falla renal puede ser agudo o crónico; la diferencia entre ambos se establece atendiendo a las causas que generan la falla y a su duración. La falla renal aguda es súbita que puede ser de causa secundaria a complicaciones multiorgánicas, por cuadros quirúrgicos, sepsis, intoxicaciones, etc.; esto va exigir una tratamiento de hemodiálisis hasta que se solucione la causa primaria y el riñón recupere su función normal o de manera continua si no se revierte el daño hasta el punto de que el paciente no podrá dejar de recibir el tratamiento dialítico. Cuando el paciente presenta falla renal crónico, la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, hasta el punto de requerir de por vida un tratamiento de sustitución de la función renal para poder seguir viviendo, entonces se produce la Enfermedad renal crónica terminal, de manera irreversible hoy llamada Enfermedad renal crónica (ERC), definida como un funcionamiento renal inferior al 10%. Los primeros síntomas no suelen aparecer hasta que se ha perdido aproximadamente el 50% de la función renal. Cuando se realiza una exploración aparece una elevada presión arterial, altas concentraciones de sodio, potasio, urea en orina y niveles elevados de creatinina en sangre. Esto se debe al agua acumulada en el torrente sanguíneo y en los tejidos, y a las sustancias tóxicas que transporta la sangre circulante. Todos los sistemas del organismo pueden verse afectados por este cuadro, denominado síndrome urémico o uremia, cuyos síntomas y signos son: náuseas, vómitos, gastritis, hemorragias digestivas, halitosis, hipertensión, dolor de cabeza, fatiga, pericarditis, anemia, edema, prurito, problemas óseos, temblores, etc. Así

mismo el autor menciona que los trastornos a que se enfrenta el paciente con ERC por la pérdida irreversible de la capacidad funcional de sus riñones, desencadena y desarrolla lentamente una situación clínica con una multitud de procesos patológicos que lo conduce a un desajuste biológico por la insuficiencia de la capacidad excretora y reguladora renal, reduciéndose o anulándose el filtrado glomerular. Este deterioro biológico y físico de la función depuradora y reguladora en el paciente origina que presente retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, concentración de solutos y equilibrio ácido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro su vida hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones. La disminución de las funciones endocrino-metabólicas origina alteraciones notables en el organismo, sin embargo, no compromete la vida del paciente, aunque alteran la calidad de vida del mismo<sup>17</sup>.

Sellares y Avendaño (2003), sostienen que como consecuencia de ERC con pérdida de la función renal inferior al 10% (estadio V) el paciente presenta trastornos hidroelectrolíticos y de ácido – base que le generan sobrecarga de agua por no poder eliminarla dando lugar a lo que se conoce como intoxicación acuosa, el paciente gana peso, esta edematoso, con una marcada alteración de los elementos electrolíticos más importantes como son el sodio, potasio que los conlleva a frecuentes trastornos digestivos como náuseas, vómitos, etc., que va estar relacionado de acuerdo a la ingesta dietética. El potasio sérico suele mantenerse en límites aceptables mientras el enfermo con IRC mantenga un control estricto en la ingesta de alimentos permitidos, el consumo de alimentos de alta composición de este electrolito como el potasio puede llevar a cuadros de hiperkalemia con consecuencias fatales hacia un paro cardíaco. Otro problema que suele presentar son los trastorno del metabolismo fósforo – cálcico que por la cronicidad de la enfermedad renal condiciona un déficit de la absorción intestinal de calcio por una menor producción del metabolito activo de la vitamina D, conllevando hacia la hipocalcemia y una consiguiente tendencia a una mala mineralización ósea es

decir la osteomalacia. Por otro lado la hipocalcemia va a condicionar una producción aumentada de hormona paratiriodea o PTH, favoreciendo la reabsorción del calcio depositado en el hueso. Además, en la ERC hay una incapacidad del riñón de eliminar el fósforo ingerido con la dieta por lo que hay tendencia a la hiperfosfatemia. Todas estas alteraciones y/o trastornos constituyen la base de los que se conoce como osteodistrofia renal, haciendo del paciente un ser susceptible y lábil a fracturas, deformidades, etc. Así también se presentan trastornos metabólicos como: La Retención nitrogenada, la cantidad de estos componentes va a depender del aporte protéico en la dieta y el catabolismo de cada enfermo.

Las alteraciones cardiovasculares e insuficiencia cardiaca, provocadas por la hipertensión arterial a veces producida por la misma enfermedad renal y otras expresiones de la hipervolemia. Así como desarrollo de arritmias en relación con trastornos electrolíticos (sobre todo por alteraciones del potasio).

Alteraciones digestivas, son frecuentes que el paciente perciba la anorexia, las náuseas, los vómitos, el factor urémico y la tendencia al desarrollo de gastritis erosiva.

Alteraciones hematológicas, los pacientes suelen presentar ésta alteración a consecuencia de la anemia por el déficit de eritropoyetina y el aumento de la hemólisis. Así mismo, tendencia a trastornos de la coagulación generalmente relacionados con las alteraciones plaquetarias.

Trastornos neuromusculares, con síntomas variados desde alteraciones de la memoria, irritabilidad, polineuritis urémica que afecta sobre todo las extremidades inferiores donde se manifiesta como sensación de piernas inquietas, parestesias, dolor quemante en los pies y a veces inestabilidad en la marcha. También existen trastornos musculares de contracturas y calambres.

Trastornos endocrinos metabólicos, con intolerancias a los hidratos de carbono, tendencia a la hiperglicemia y la retención nitrogenada.

Igualmente los trastornos endocrinos: amenorrea, infertilidad, impotencia y trastornos del crecimiento y desarrollo.

Trastornos dermatológicos, es típica la coloración amarillenta pálida, por la anemia y por la retención de pigmentos (urocromos). Con frecuencia aparecen equimosis y hematomas como expresión de trastornos de la coagulación. Por último el prurito urémico, por el depósito en la piel de sales cálcicas en el curso del hiperparatiroidismo secundario.

Estos son los problemas más habituales de la ERC. El grado en que aparezcan dependerá en gran magnitud al control y seguimiento que reciban estos pacientes renales y sobre todos al autocuidado que ellos presten a su salud. Así mismo a la adecuación de diálisis que reciban.<sup>18</sup>

Chow, considera a la IRCT es una enfermedad compleja con efectos variados sobre la salud y estilo de vida de las personas que la padecen. La IRCT para este autor es la mal función de los riñones hasta el punto de requerir tratamiento renal sustitutivo. La persona afectada de IRCT deberá ser equipada para afrontar la enfermedad y sus efectos. Para identificar los factores y barreras que afectan la capacidad de una persona para aprender a realizar el tratamiento de diálisis, la persona debería ser valorada antes del comienzo del período de entrenamiento<sup>19</sup>.

### **2.2.2 El Tratamiento Sustitutivo de Hemodiálisis (Hd) en el paciente renal.**

Aljama P, señala que la Hd. es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que va a suplir parcialmente las funciones renales de excreción de solutos, regulación del equilibrio ácido base y electrolítico, y eliminación de líquido retenido. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre del paciente con un líquido de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable, instalada en un filtro llamado dializador.<sup>20</sup>

Rebollo A, y cols., (2000), sostiene que “la rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida.<sup>21</sup>

Todos los antes mencionados y revisados, coinciden en que el tratamiento de hemodiálisis no supe otras funciones del riñón, como son las endocrinas y metabólicas renales. Este procedimiento, de depuración y filtrado, se realiza conectando al paciente a una máquina, durante 3 ó 4 horas, con una frecuencia regular de 3 veces por semana. Para que esta conexión sea posible es necesario que el paciente tenga un acceso vascular especial que permita la realización de 6 punciones por semana con agujas de un calibre de 16 milímetros, aproximadamente. Normalmente se somete al paciente a una intervención quirúrgica de índole menor, donde se anastomosan una arteria y una vena superficiales, generalmente a la altura de la muñeca, provocando un mayor flujo de sangre a la vena y un engrosamiento de las paredes, lo cual facilita el pinchazo. Aunque éste es uno de los procedimientos que provoca en el paciente un cambio en su estética, así como dolor por los pinchazos, el acceso vascular se constituye el talón de Aquiles de la hemodiálisis y su cuidado para la supervivencia del mismo en uno de los elementos fundamentales del cuidado de enfermería. Los pacientes pueden presentar durante la HD una serie de complicaciones clínicas como hipotensión, calambres musculares, dolor precordial, desequilibrio dialítico, hemólisis, embolia gaseosa etc., y complicaciones técnicas que pueden ser rotura del dializador, extravasación sanguínea, etc. Además del tratamiento sustitutivo estos pacientes son sometidos a una terapia farmacológica y nutricional. El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben ir dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como



de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y enfatizando en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo.

Si bien es cierto que el tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica ha evolucionado de manera muy importante en los últimos años gracias a los importantes avances científicos y tecnológicos que han afectado no solo a la técnica de la hemodiálisis en sí misma (monitores con ultra filtración controlada, generalización del uso del bicarbonato, sistemas para la monitorización continua de la eficacia de la diálisis, etc.) sino también al uso de medicamentos como la (eritropoyetina, calcitriol intravenoso, membranas de diálisis biocompatibles, etc.)

Magaz, (2003) señala que los cambios en los estilos de vida del paciente con enfermedad renal crónica afecta la vida de la persona porque ésta se ve amenazada. Padecer una enfermedad renal crónica supone una tremenda carga psicológica para el afectado y para la familia, que a partir del diagnóstico debe aprender a convivir con ella; se rompen todos los planes: hay que dejar los estudios, las relaciones con los amigos se ven mermadas, se produce una dependencia de la familia y sin embargo, hoy en día, hablar de enfermedad renal ya no es igual a muerte. Las enormes mejoras en las técnicas sustitutivas permiten que al paciente tenga una calidad de vida bastante aceptable y un mayor número de años de supervivencia<sup>22</sup>.

### **2.2.3 La Teoría General del Autocuidado.**

La Teoría General del Autocuidado de Dorotea Orem (1993)<sup>6</sup>, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

### **2.2.3.1 Teoría del Autocuidado**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado siendo estos los siguientes:

Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Estos requisitos universales son inherentes a todos los individuos, este autocuidado universal esta relacionada a las actividades de la vida cotidiana para satisfacer las necesidades básicas humanas que son inherentes a todos los individuos

Requisitos de autocuidado del desarrollo. Son: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud, en relación con la desviación del estado de salud, es decir cuando el individuo tiene una alteración del estado de salud o enfermedad, y en donde por causa de esta enfermedad debe aplicar medidas de autocuidado, para lo que es necesario que este cuente con una serie de conocimientos, habilidades para hacer frente la enfermedad, y

estas se dan en el transcurso de la vida y con educación sanitaria que le proporcione el equipo de salud.

### **2.2.3.2. Teoría del déficit de autocuidado**

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las que una persona requiere de ayuda y apoyo de otra persona debido a que sus acciones están limitadas por problemas de salud que los limita, y lo que les hace total o parcialmente incapaces de realizar acciones en beneficio del cuidado de su salud. Así mismo describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit de autocuidado, entendido como la falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable.

El término de déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. La teoría del déficit del autocuidado resulta de poner en una balanza por un lado, capacidad; y en el otro lado de la balanza, demanda, donde el resultado será el Déficit de Autocuidado.

Una vez valorados los requisitos anteriores se identifica el déficit de autocuidado para ello deben considerarse tres elementos:

- Agente o agencia de autocuidado.- Es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros.
- Agente de autocuidado dependiente.- Es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por si mismo, por ejemplo un hijo es dependiente de sus padres.
- Agencia de autocuidado.- Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberadas. Esto lo llevan a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado.

### **2.2.3.3 Teoría de los sistemas de enfermería**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadora: La enfermera suple al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda<sup>9</sup>

El referencial teórico del presente estudio esta centrado en el sistema de enfermería de apoyo- educación.

Rivera señala, que Orem define dentro de su teoría que el objetivo de enfermería es: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco

métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo<sup>14</sup>.

De la teoría de autocuidado destacada por Orem, el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.), y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son: Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente, ayudar u orientar a la persona asistida, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas, apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito, promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas, enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. Orem, considera que la enfermera es clave fundamental para lograr el éxito de los objetivos planteados en la recuperación del paciente o en la aplicación de su propio autocuidado, así mismo señala que el agente

de autocuidado o proveedor de autocuidado tiene que aprender a participar en el autocuidado y hacerlo de modo continuo, lo que constituye una característica humana fundamentalmente, la autora plantea como requisitos fundamentales para el autocuidado el aprendizaje y el uso de conocimientos para llevar a cabo acciones que tienen comportamientos de orientación interna y externa; así mismo basa su teoría considerando el concepto de persona, salud, y de enfermería.

La **Persona**, concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

La **Salud** es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

**Enfermería** es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales<sup>6</sup>.

El referencial teórico en el presente estudio es el Modelo de Dorotea Orem (1993). Para esta autora la enfermera debe identificar las capacidades potenciales del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades

de autocuidado, con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería, es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total cuando la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial se caracteriza por que la enfermera y paciente realizan el autocuidado y el sistema sustentador-Educativo la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado

El estudio toma de los conceptos de la Teoría general del autocuidado que contempla: La teoría del autocuidado que considera a los requisitos universales relacionado a las actividades de la vida cotidiana para satisfacer la demanda de las necesidades básicas humanas, a los requisitos relacionados con la desviación o alteración de salud cuando por causa de la ERC debe aplicar medidas de autocuidado, y de la Teoría de sistemas de enfermería de : apoyo y educación del paciente, para lo que es necesario que se le agencie con una serie de conocimientos, habilidades para hacer frente la enfermedad.

En la etapa de valoración del paciente renal en hemodiálisis es necesario conocer sus capacidades, conocimientos y establecer un diagnostico real de las potencialidades y del déficit que evidencia el paciente y así establecer un plan de cuidados de enfermería basado en las necesidades reales y potenciales del paciente en donde es necesario que la enfermera valore los requisitos de autocuidado universal y de la desviación del estado de salud.

#### **2.2.4 El Autocuidado en el Paciente con tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis periódica.**

Galache, (2004) menciona que los pacientes con ERC presentan un perfil clínico general, con múltiples patologías asociadas por su enfermedad, con afectación de su condición general y con manifestaciones clínicas. El tratamiento de hemodiálisis implica en el paciente que mantenga una permanencia prolongada e indefinida a este tratamiento, lo que conlleva a un cambio total en su estilo de vida en la que él deberá desarrollar su autocuidado, con un empoderamiento en su propio bienestar.<sup>23</sup>

Un concepto relacionado al autocuidado y que se introduce en el estudio es el término hoy empleado de “Empoderamiento” donde Rodríguez, (2001) dice que: empoderamiento o autonomía individual es el proceso de otorgar poder a las personas a participar en su propia toma de decisiones para realizar responsabilidades asignadas o encomendadas. Es así que este concepto puede orientarse a la otorgación de poder al paciente en su propio cuidado con la finalidad de cumplir con responsabilidades encomendadas para mantener su organización que es su propio organismo<sup>24</sup>. Así mismo otro concepto de autocuidado consiste en “acciones que permiten mantener la vida y la salud, no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las practicas habituales de grupo al que pertenece el individuo. El autocuidado permite a la persona y a su familia tomar la iniciativa y funcionar efectivamente en el desarrollo de sus propias potencialidades. Todo usuario con ERC debe alterar su vida para sobrevivir y cuando recibe hemodiálisis mucho más. Por ello es que debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de si mismo. Lo más importante es que las efectúe con las modificaciones que le impone la enfermedad, lo que permitirá sentirse mejor y más independiente, le proporcionara más seguridad al proporcionarse su propio cuidado y le ayudar a prevenir complicaciones.<sup>25</sup>



Las guías recomiendan que el autocuidado deba ser incorporado en el plan terapéutico en la enfermedad renal<sup>26</sup>. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Carta de Ottawa para la promoción de salud, define el fomento del autocuidado como uno de los ejes principales, en la atención a la salud de las personas, incluyendo la potenciación de la autoevaluación y de la ayuda mutua<sup>27</sup>. Dorothea Orem definió el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". Según Orem el autocuidado contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano, dichas acciones no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo. Todo paciente con enfermedad renal crónica debe modificar su vida para adaptarse a la enfermedad. Por ello debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismo. El autocuidado se convierte en un elemento fundamental de promoción de calidad de vida ya que permite al ser humano ejercer su autonomía, decidir sobre su propio bienestar y participar activamente en acciones que mejoren las condiciones en que se desenvuelve.

Fernández, (2001) menciona que los pacientes con enfermedades crónicas requieren contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permita modificar su estilo de vida con el menor costo emocional y físico. El identificar, determinar, conocer que necesita saber, saber hacer y las habilidades desarrolladas por el adulto con enfermedad crónica ambulatoria permitirán una intervención profesional oportuna y eficaz para incrementar la adherencia al tratamiento. El autocuidado del paciente del paciente renal en hemodiálisis estará en función con los efectos de la enfermedad, debiendo tener en cuenta los cuidados relacionados con los problemas de salud por la enfermedad que afectan algunos órganos y sistemas como los cardiovasculares, digestivos, neurológicos, músculo esqueléticos, endocrinológicos, hematopoyéticos, etc.<sup>28</sup>, los cuales para su sostenimiento,

control y manejo requieren no solo de la intervención del profesional de salud, sino que responde al autocuidado de la persona con una intervención efectiva del mismo paciente los cuales corresponden a seguir con el régimen terapéutico estricto, con administración farmacológicas, cumplimiento del tiempo y periodicidad del tratamiento de sustitución renal, cumplir el régimen nutricional indicado, mantenimiento, cuidado y seguimiento del acceso vascular ; control, manejo y prevención de complicaciones por urgencias dialíticas, etc. **Galache**, también señala algunos aspectos relacionados con los efectos de la enfermedad renal sobre las necesidades básicas de la vida diaria del paciente necesarias para garantizar su propio autocuidado y que deben ser consideradas para establecer un diagnóstico de enfermería eficaz y oportuna, así tenemos:

- **Necesidad de alimentación/ hidratación:** Manejo ineficaz del régimen alimenticio R/C restricciones hídricas y dietéticas, percepción subjetiva de la gravedad y/o falta de conocimientos del cuidado, excesivo aumento de peso entre hemodiálisis, HTA, edemas. Alteración de la nutrición por defecto R/C anorexia, náuseas, pérdida del gusto, vómitos y/o dieta poca apetitosa y sabor metálico en la boca.
- **Necesidad de Eliminación:** Limitación física que impide dirigirse al baño para satisfacer necesidad de eliminación, y/o Estreñimiento R/C restricción de líquidos, inmovilidad; y/o incontinencia fecal o vesical.
- **Necesidad de Movilización:** Intolerancia a la actividad R/C alteraciones músculo esqueléticas por pérdida de consistencia ósea, debilidad generalizada R/C con la anemia, desmineralización del hueso secundaria a la disfunción renal.
- **Necesidad de Higiene:** Sistema inmunológico disminuido, predispuesto a retención de pigmentos (urocromos), infecciones dérmicas, y con frecuencia aparecen equimosis y hematomas como expresión de trastornos de la coagulación. Por último el prurito urémico, por el

depósito en la piel de sales cálcicas en el curso del hiperparatiroidismo secundario. Todo hace que la piel y anexos deben mantener su integridad y limpieza.

- **Necesidad de Vestido:** El paciente debe ajustar este autocuidado R/C con los cambios estructurales por la sobrecarga hídrica entre periodos intradialíticos, así como por la predisposición a enfermedades respiratorias agudas, y el cuidado del acceso vascular.

El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben estar dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y enfatizando en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo<sup>23</sup>

Aspectos en considerar en el autocuidado del paciente con ERC con tratamiento de Hemodiálisis regular:

- **La alimentación** debe ser equilibrada, controlada pero suficiente de proteínas, minerales y agua que no pueden ser eliminados por el riñón (sodio, potasio, líquidos) calorías de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El paciente debe asumir un adecuado manejo, control y restricción de algunos componentes minerales y nitrogenados para mantener una adecuada calidad de vida y prevenir problemas relacionados con la desnutrición, agudizar los cuadros de hipertensión arterial (sodio), cardiovascular y neuromuscular (potasio), etc.

Así los alimentos desaconsejados en la dieta con restricción de sal: carne, salada, ahumada y curadas, pescados ahumados y secados, crustáceos, moluscos, caviar, embutidos, quesos salados, aceitunas, sopas de sobres, purés instantáneos, cubitos de caldos, conservas en general, frutos salados (aperitivos).

El sodio, es un componente de la sal de mesa, es el responsable de las subidas de tensión arterial, del aumento de peso y de la hinchazón de piernas, cara y ojos, por lo que este componente debe ser restringido su consumo y controlado.

El potasio, es una sustancia necesaria para un correcto funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Entra en el organismo con los alimentos y al no poder ser eliminados por el riñón, se acumula en la sangre pudiendo provocar alteraciones en la actividad en la actividad muscular sobre todo a nivel del corazón. El control del potasio es imprescindible para evitar entre las sesiones de diálisis la hiperpotasemia y sus graves consecuencias que pueden llegar hasta el paro cardíaco y la muerte. Aunque el potasio se encuentra prácticamente en todos los alimentos, el paciente en diálisis debe conocer sobre todo que los alimentos que contiene mayor cantidad o son ricos en potasio son las frutas y verduras.

Los alimentos con alto contenido en potasio que se debe evitar son: Frutos secos (higos, almendras, avellanas, maní), leches en polvo, legumbres secas, todas las menestras como garbanzos, lentejas, derivados del cacao, chocolates, papas fritas, puré instantáneo, tomate concentrado, Frutas: plátano, uva, albaricoque (mayor cantidad de potasio, mandarinas, manzana, pera sandia, fresa, ciruela de lata, melocotón, limón (mediana cantidad de potasio) verduras: pepino, lechuga, guisantes congelados, espárragos de lata sin líquido, cebolla, etc.

Los cuidados que debe conocer el paciente en diálisis en la preparación de sus alimentos son: una de las formas de poder consumir las verduras y hortalizas es reduciendo su contenido de potasio, y es a través de los cuidados que se practican en su preparación como son poniendo estos alimentos en contacto con el agua dejándolas en remojo como mínimo tres horas, cambiando el agua varias veces, Si las verduras y hortalizas son para cocer, se le dan unos hervores con abundante agua eliminando esta antes de ser cocinados. La verdura congelada pierde potasio si se deja

descongelar a temperatura ambiente. La fruta cocida tiene aproximadamente la mitad de potasio que la fruta fresca dado que la otra mitad se encuentra disuelta en el líquido de cocción. Este almíbar no lo deben beber, pero si puede comer la fruta. Las conservas pierden potasio en su elaboración pero no se debe beber el almíbar o jugo que la contiene. Las carnes pierden la mitad de potasio si se desecha el agua de cocción. No utilizar levaduras para los rebozados y repostería, tiene mucho potasio.

El fósforo ingerido con los alimentos se acumula en la sangre e indirectamente es responsable a través de mecanismos hormonales de la afectación de los huesos y del prurito (picazón). El exceso de fósforo es difícil de controlar mediante la alimentación, por eso el nefrólogo prescribirá medicamentos para disminuir las cifras de fósforo en la sangre pero además es necesario que el paciente conozca los alimentos ricos en fósforo y considerar los cuidados a tener cuando sus valores del mismo estén elevados: Leche y derivados: queso, yogurt, flanes; pescados azules: sardinas, anchoas, gambas, yema de huevo, pan integral, chocolate, frutos secos, piñón, coco, nueces. Hay un grupo de alimentos cuyo consumo no está limitado en hemodiálisis, son los hidratos de carbono, que son la principal fuente de energía de nuestro organismo. Todos los seres humanos necesitan energía para realizar las funciones del cuerpo y al no estar limitados en la hemodiálisis salvo si el paciente es diabético, es recomendable que se consuman todos los días.

#### ○ **Higiene Personal**

Se recomienda ducha diaria. Es muy importante que antes de iniciar la sesión de diálisis proceda al lavado del brazo de la fístula así como de las manos con desinfectante, utilice ropa holgada lavándola y cambiándola diariamente para evitar posibles complicaciones por manchas de sangre, sudor y desinfectante. El cuidado de la piel para evitar o mejorar la picazón, utilizar jabones neutros e hidratar posteriormente con cremas. No

es aconsejable el uso de perfumes o colonias que resequen la piel. Para evitar lesiones al rascarse se mantendrán las uñas cortas y limpias.

○ **Cuidado del Acceso Vascular**

Para poder realizar la hemodiálisis se necesita un acceso vascular a través del cual llevaremos la sangre del paciente a la máquina de diálisis. Este acceso vascular puede ser temporal catéter en una vena central yugular, subclavía o femoral o definitivo llamada fístula arterio venosa (FAV).

Cuidados del acceso vascular temporal: el paciente tendrá en cuenta los siguientes cuidados con el catéter:

- Deberá mantener una higiene personal escrupulosa para evitar posibles infecciones, puede ducharse con precaución, manteniendo la zona de implantación y el catéter protegidos con un apósito impermeable.
- Mantendrá siempre tapado el orificio de inserción del catéter.
- Comunicará a las enfermeras que le atienden la aparición de dolor o calor en la zona de inserción y/o fiebre.
- Comunicará igualmente la aparición de dolor, hinchazón o cambio de color en el miembro donde tiene colocado el catéter.
- En caso de salida de catéter deberá apretar el orificio de inserción y acercarse a su unidad de atención.
- Cuidados del acceso vascular definitivo: el paciente deberá mantener los siguientes cuidados con la fístula:
  - Todos los días debe palpar y oír la fístula el murmullo, debiendo notificar cualquier cambio o alteración que note en la misma, ausencia de sonido, dolor, hinchazón.
  - Comunicar a la unidad donde se atiende, cualquier alteración que se presente.
  - Cuidados encaminados al desarrollo, conservación y mantenimiento de la fístula:

- Realizar ejercicios de dilatación para que la fístula tenga mejor desarrollo.
- Realizará compresiones con una pelota de goma 10 minutos cada hora aproximadamente.
- Con el fin de favorecer la dilatación de las venas y fortalecer la piel, es recomendable que introduzca el brazo en agua tibia con sal (aproximadamente 1 cucharadita de sal por litro) tres veces al día.
- Evite llevar joyas o ropas que aprieten el brazo, dormir sobre ese brazo y no cargar objetos pesados con ese brazo y no permitir que le extraigan sangre, administren medicamentos o hagan mediciones de la tensión arteria en el brazo de la fístula.

**Para evitar la infección:**

- Deberá lavar el brazo de la fístula con agua y jabón antes de comenzar la sesión de diálisis.
- Cuidar que la zona a puncionar no tenga ningún contacto ni roce después de realizar la antisepsia hasta después de la punción.
- Después de la hemodiálisis, quitar los apósitos que cubren los sitios de punción, pasadas 5 a 6 horas
- En caso de hinchazón, dolor, enrojecimiento, calor en la zona de punción, comunicar al servicio de diálisis.

**Para controlar la hemorragia:**

- Si sangra por los puntos de punción deberá comprimir 5 - 10 minutos sobre los mismos con una gasa hasta que deje desangrar.
- Si no puede detenerse la hemorragia se dirigirá al centro de urgencia más próximo.
- En caso de producirse hematomas, se aplicará hielo para evitar su progresión al inicio de los mismos. Cuando el hematoma se encuentra en fase de resolución puede ser útil aplicar calor seco y pomadas fibrinolíticas.

○ **Signos de Alarma de Atención en Urgencias Dialíticas**

El paciente debe acudir urgentemente al servicio de hemodiálisis, si después del consumo excesivo de alimentos ricos en potasio identificara signos y síntomas de alarma tales como:

- Debilidad muscular, cansancio, hormigueos y pesadez en miembros, alteraciones en el ritmo del corazón. Esto son síntomas de una hiperpotasemia, que debe ser tratada inmediatamente, ya que puede provocar paro cardíaco y muerte.
- Si después de una ingesta masiva de líquidos aparece: fatiga, dificultad para respirar, sobre todo si intenta permanecer acostado, hipertensión arterial.

○ **Medicación**

Las personas que reciben tratamiento con hemodiálisis, necesitan tomar medicamentos que complementen el tratamiento o ayuden a disminuir los síntomas de la enfermedad. Algunos de estos medicamentos los recibirá durante la sesión de diálisis y otros deberá tomarlos en su casa respetando siempre lo prescrito por su médico.

La administración de medicamentos, se debe cumplir estrictamente éstos son los suplementos vitamínicos como son el ácido ascórbico, piridoxina, ácido fólico reforzado con calcio oral y hierro en forma diaria, lo que constituye una prevención de accidentes cerebro vasculares, descalcificaciones prematuras (osteodistrofia), anemia, síndrome de piernas inquietas, etc.

El cuidado para la conservación del acceso vascular, el cuidado en la higiene, el control de los niveles sérico de calcio y fosfato, cumplir con la toma de sus medicamentos para prevenir la aparición prematura de problemas de osteodistrofia, la identificación de síntoma y signos de alarma en situaciones de urgencias dialíticas, el cumplimiento de una dieta adecuada.



### **2.2.5 Capacidad de Autocuidado en el Paciente con Tratamiento Sustitutivo de Hemodiálisis Periódica.**

Orem, (1995) señala, que “el autocuidado, esta relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado, especialmente cuando existe un problema de salud <sup>6</sup>, siendo así importante, el contar con capacidades para manejar una enfermedad crónica, como habilidades para tomar decisiones, además de las capacidades físicas con las que las personas pueden hacer frente a la enfermedad, siendo básicas para enfrentar la cronicidad, señalando que los pacientes deben contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permitirá modificar su estilo de vida con el menor costo emocional y físico.

El conocimiento necesario para el autocuidado del paciente con ERC en hemodiálisis incluye información sobre el padecimiento (causas, signos y síntomas, entre otros), el tratamiento alternativo y consecuencias de la enfermedad, sus cuidados especiales, así mismo cierta base de conocimientos para interpretar las respuestas de su organismo a la enfermedad. Las respuestas del adulto con ERC sugieren que este requiere no solo información, sino también conocimiento básico para ejecutar procesos cognitivos, que le permiten aplicar ese conocimiento en la interpretación de los procesos que vive, asociados a la condición de paciente renal con ERC sometido a un tratamiento alternativo (hemodiálisis)

Las habilidades desarrolladas por el paciente para cuidarse, las capacidades indispensables que posee para hacer frente a su realidad actual, manejar el padecimiento y las profundas repercusiones serán clave en la calidad de vida que tenga el paciente. En consecuencia, para el autocuidado ambulatorio del paciente renal en hemodiálisis, éste necesita primero aceptar la enfermedad

crónica, evaluar los problemas nuevos que se presentan, y tomar decisiones sobre el tratamiento ejecutando cuidados especiales relacionados con la enfermedad que tiene, por lo que tendrá la responsabilidad de aprender aspectos relacionados a su enfermedad.

- **Valoración de la Capacidad de Autocuidado del Paciente con ERC.**

La practica actual de la enfermería estuvo caracterizado como un cuidado fraccionado, desde el enfoque biologicista y mecanicista, en donde la enfermera era totalmente dependiente de otros profesionales de la salud. El cambio de ésta práctica esta siendo tomada a partir de que la enfermera es capaz de tomar decisiones y ser autónoma, realizando una valoración integral que guía las intervenciones de enfermería en un cuidado a la persona. Hernández C, señala el concepto de capacidades de autocuidado de la teoría de autocuidado de Orem, considera que al valorar las capacidades de autocuidado del adulto mayor durante la valoración de enfermería; la enfermera identificará a la persona de forma integral y de esa manera proporcionara el cuidado. Por tal motivo, menciona la autora que es necesario hacer recordar que el objeto de enfermería es el CUIDADO hacia la persona, la cual es considerada según Orem como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse, en donde intervienen diversos factores como en el entorno físico y sociocultural, así mismo se considera sus ideas conceptos, patrones de conocimientos respecto a la salud y bienestar para su cuidado. En este sentido, es necesario que el paciente deba ser valorado<sup>29</sup>.

Por otro lado Gallegos (2000) refiere que las capacidades de autocuidado son un concepto abstracto, el cual se ha operacionalizado para verificar su aplicación empíricamente con diferentes tipos de población en algunos países. Sin embargo, este concepto no se ha desarrollado y aplicado del todo en grupos de adultos mayores. De ahí la importancia de llevar a la practica del cuidado de enfermería la valoración de las capacidades del adulto mayor.<sup>30</sup>

La valoración de la capacidad de autocuidado es un objetivo posible en las unidades de diálisis, se dispone actualmente de medidas sencillas ampliamente difundidas, fáciles de aplicar y de interpretar. Se incorpora al tratamiento como expectativas del paciente y se contribuye a humanizar y a estrechar la relación entre los pacientes y el equipo de su salud a su cargo.

Cabe señalar que para llevar a cabo la práctica de autocuidado es necesario contar con algunas capacidades que le permitan al individuo realizar acciones para lograr su bienestar y/o salud. Por ello la OMS (1984) la define como “la capacidad funcional de atenderse a si mismo y desarrollarse en el seno familiar y la sociedad, lo cual le permite desarrollarse de manera dinámica e independiente en sus actividades de la vida diaria”<sup>31</sup>

La valoración de la capacidad funcional permite identificar factores asociados a la co-morbilidad, el control pre-diálisis, el inadecuado cumplimiento de lo indicado en el hogar y fuera de su ambiente habitual de control atentan frecuentemente al paciente renal, ya que como refieren muchos autores la identificación de la capacidad de autocuidado del paciente renal nos permite conocer hasta donde el paciente es capaz de compensar su problema de salud y a partir de donde requiere ser compensado por el equipo de salud.

El conocimiento de la capacidad de autocuidado del paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis a través de la valoración haciendo uso de instrumentos que permitan identificar la capacidad de autocuidado, nos permitirá conseguir en cada paciente renal su grado máximo de rehabilitación en función de sus características, basados en los fundamentos teóricos del modelo de una teoría general en enfermería de Dorothea Orem.

Galache, Belén (2004) refiere que la valoración es imprescindible para llegar al diagnóstico de enfermería, y se utiliza para describir la evaluación inicial y de manera continuada del estado de salud de un individuo, familia o comunidad. Se realiza de manera sistemática y premeditada, basándose en un plan para recoger y organizar la información obtenida de la persona,

analizados e interpretados estos datos llegamos a la segunda fase del proceso que es el Diagnóstico de Enfermería, así mismo basados en los conceptos teóricos de la ERC, los pacientes con esta enfermedad presentan un perfil clínico general, con edades comprendidas entre 50-70 años de edad, con múltiples patologías asociadas a su enfermedad, con afectación de su estado general y con unas manifestaciones clínicas que se pueden agrupar por sistemas o aparatos, de tal manera que aparecen alteraciones en los sistemas: hematológico, nervioso, endocrino, cardiovascular, aparato digestivo y óseo. También hay que tener en cuenta los trastornos bioquímicos y problemas psicosociales, derivados tanto de los trastornos físicos, como de la dependencia que estos enfermos tienen al estar sometidos a tratamiento de diálisis<sup>23</sup>.

#### **2.2.6. El Cuidado de Enfermería en el Paciente con ERC con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis:**

Existen aspectos fundamentales en el **cuidado integral** de Enfermería que requieren estos pacientes y que continúan dependiendo de un acercamiento humano al enfermo que favorezcan: el grado de aceptación de la enfermedad crónica, el seguimiento de una dieta a veces muy incómoda, el tomar permanentemente medicamentos a horarios establecidos, que el paciente acuda tres veces por semana, cada tratamiento será con un promedio de 3 o 4 horas y este tratamiento será dado mientras no opte por otra modalidad de tratamiento como son la diálisis peritoneal ambulatoria o el trasplante renal.

Los cuidados de enfermería al paciente con insuficiencia renal dependen de las manifestaciones o respuestas humanas ante el estado de salud que presenta que pueden ser expresadas clínicamente y no clínicamente, de las alternativas terapéuticas, de los avances tecnológicos, de las complicaciones, de los factores psicosociales y económicos que se derivan de la enfermedad y de los modelos de atención -ambulatoria, servicios clínicos de diálisis y trasplante.

Los conocimientos de fisiología renal se deben tener en cuenta para entender los problemas clínicos y poder así definir los cuidados.

El cumplimiento estricto de este tratamiento de hemodiálisis obliga al paciente en no tener libertad para disponer de su tiempo, el tener que acudir a la consulta externa, exámenes frecuentes, y su actitud ante la vida en términos de relación social, laboral y de ocio, definen de una manera absoluta su calidad de vida y requieren ser atendidos a través del cuidado que brinda la enfermera. Su rol educador se orienta a intervenir eficazmente enseñando al paciente a aceptar del tratamiento el hemodiálisis como una posibilidad de vida, entender, conocer e identificar las sintomatología en diálisis y fuera de diálisis, conocer sus restricciones y la importancia del cumplimiento del régimen nutricional, del tratamiento farmacológico, cuidado del acceso vascular, cumplimiento del tratamiento de diálisis, entre otros aspectos .

Así también el cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social donde su esencia es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a las personas en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales. Este cuidado esta garantizado por el proceso de enfermería que es el método que permite describir, identificar, tratar y evaluar en forma coherente las diferentes respuestas humanas ante un mismo diagnóstico médico. Como instrumento el proceso es útil para la valoración, establecimiento de objetivos y definición de acciones concretas relacionadas con las actividades de la vida diaria, la educación en salud del enfermo y su familia y además favorece la relación terapéutica.

Orem ,1993 basa su teoría de autocuidado considerando el concepto de Enfermería como “Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Durante los últimos decenios los profesionales de la

salud han dirigido su atención a los conceptos de autocuidado, actividades de autocuidado y promoción de la salud.<sup>6</sup>

### **2.2.7. El Rol educador de Enfermería en el Cuidado del Paciente con ERC en Hemodiálisis.**

El rol educador de enfermería entendida en la función educadora propuesta por Orem, y descrita dentro de su teoría de los sistemas de enfermería, como el de apoyo educativo, es aquel en donde la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar actividades de autocuidado dotándolos de conocimientos que le permitan manejar, controlar y prevenir sobre los efectos de la enfermedad que enfrenta y en donde la educación al paciente renal tiene como fin enseñar a éste y a su familia, hacer frente a las demandas que la enfermedad le origina y permitir el máximo aprovechamiento de las medidas terapéuticas. La responsabilidad del tratamiento del paciente renal pertenece al equipo de salud en el momento que permanezca en la unidad, y pertenece exclusivamente al paciente renal fuera de este ámbito es decir en el hogar es por esta razón que se deberá enseñar sobre la forma de llevar a cabo las actividades o tareas. Su participación será activa en la prevención de la aparición de complicaciones prematuras provocadas por el incumplimiento de medidas terapéuticas y aplicación de su propio autocuidado.

Ávila, H (2006) en sus estudios han demostrado que la educación a pacientes produce beneficios como el aumento en conocimiento y destrezas en el manejo propio de cuidado de la enfermedad, disminuye el estrés y la ansiedad y el lapso de tiempo de estadía en un hospital, así mismo las investigaciones relacionadas con la intervención de enfermería sobre el apoyo educativo en personas con diferentes enfermedades crónicas dan una visión clara de la importancia que representa esta actividad en cambios positivos en el control de enfermedades degenerativas. Por lo que la educación es hoy en día el

aspecto más importante dentro del tratamiento integral del paciente con enfermedades crónicas<sup>32</sup>.

Como Orem (1993) referidos por Pérez, E. (2004) señala los cuidados de enfermería deberán basarse en la teoría de los 3 sistemas de enfermería siendo uno de ellos el Sistema de Enfermería de apoyo-educación en donde la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda<sup>33</sup>. La educación sanitaria en los pacientes renales crónicos es sin duda alguna de las actividades de la enfermera más importante y más difícil de realizar, dada la actitud que normalmente adopta todo enfermo crónico hacia su nueva situación. Así mismo, Fernández C<sup>28</sup>, la autora considera que los temas esenciales que se debe enseñar y responsabilizar al paciente dentro del programa de educación sanitaria son: aspectos médicos del fallo renal y el tratamiento de diálisis, los procedimientos y complicaciones del tratamiento, cuidados de la fístula arteriovenosa (FAV), dieta, medicación, controles médicos periódicos, problemas que deben ser motivos de consulta, etc. Considera también los factores más importantes sobre los que se centra la atención al paciente renal tales como:

**Dietética:** Se considera la importancia que tiene el seguimiento correcto de la dieta, tanto a familiares como al enfermo.

**Régimen de vida:** Aparte de los cuidados de alimentación y el buen seguimiento del tratamiento farmacológico tenemos que tener en cuenta otros aspectos del régimen de vida como son:

- a) Higiene de la piel sobre todo de la zona de la fístula para evitar infecciones
- b) Hábitos, en cuanto uso de ropas ajustadas, ejercicios habituales
- c) Situación laboral.

**Farmacología,** los medicamentos que usan principalmente son diuréticos, hipotensores, suministro de calcio oral, fierro oral, hidróxido de aluminio,

vitaminas hidrosolubles, como el complejo B y vitamina C, vitamina D, carbonato cálcico, uso de sedantes respecto a estos fármacos, el seguimiento y control es fundamental.

**Atención psicológica,** adaptación a su nuevo estilo de vida

### **2.3. Definición de la Variable Capacidad de Autocuidado.**

#### **Definición Conceptual.**

Conjunto de habilidades y conocimientos de autocuidado que presenta el paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis periódica para realizar actividades de la vida cotidiana en busca de satisfacer sus necesidades básicas y de salud generadas por la enfermedad que afronta.

#### **Definición Operacional.**

Conjunto de actividades de la vida cotidiana y de conocimientos, para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad, solo o con ayuda de otra persona, medidos por una escala de valoración de la capacidad de autocuidado que considera 11 indicadores; aplicados al paciente por una sola vez; con intervención del cuidador familiar en caso de que el paciente presente incapacidad para comunicarse por alteración del sentido auditivo y lenguaje pudiendo ser valorada en niveles: Alto, Medio y Bajo (anexo A)

### **2.4. Definición de Términos:**

- **Paciente en hemodiálisis.-** Es la persona hombre o mujer con enfermedad renal crónica y que recibe tratamiento regular de hemodiálisis.
- **Actividades de la vida cotidiana.-** Se consideran a cinco y que están dirigidas a satisfacer las necesidades de alimentación, vestido, higiene, movilización y eliminación.



## **CAPITULO III**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **3.1. Nivel, Tipo y Método de Estudio**

El presente estudio de investigación fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo por que nos permitió obtener la información tal como se presentaba en la realidad; de corte transversal, por que describió el fenómeno, haciendo un corte en el tiempo de la variable capacidad de autocuidado del paciente con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis; la cual fue estudiada a través de dos dimensiones: habilidad para desarrollar actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas y conocimientos acerca de la enfermedad para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad.

#### **3.2. Área de Estudio**

El estudio se realizó en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud - Perú, ubicado en Coronel Zegarra 223 y Av. Olavegoya N° 1980, distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima. Centro Especializado de Hemodiálisis de nivel III, que atiende a pacientes asegurados con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, cuya capacidad disponible es para 500 pacientes. Cuenta con

una población de 250 trabajadores (médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, laboratorio, administrativos, etc.)

El Centro de Hemodiálisis es una unidad con capacidad normativa en la especialidad y encargado del Programa de Supervisión a nivel nacional de todas las entidades que prestan servicio de diálisis de EsSalud y de clínicas contratadas que ofertan el servicio de diálisis. Cuentan con infraestructura moderna, con profesionales calificados especialistas en Nefrología como: médico nefrólogos, enfermeras especializadas, nutricionista, psicóloga, asistente social, entre otros.

La atención que prestan es durante las 24 horas, de lunes a sábado a partir de las 7 a.m. con turnos de atención para pacientes como sigue:

Centro de Hemodiálisis: 24 horas/día (4 turnos de atención)

Centro de Hemodiálisis Casa Olavegoya: 15 horas /día (3 turnos de atención)

### **3.3. Población y Muestra**

La población total estuvo constituida por los 500 pacientes en su mayoría en etapa adulta cuyas edades fluctúan entre 18 y 60 años, con diagnóstico de ERC en estadio V, que recibían hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, caracterizada: por ser típica, heterogénea y finita ya que todos presentaban un mismo diagnóstico y recibían tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, difiriendo en las causas que lo llevaron a tener esta enfermedad, constituida por personas de ambos sexos, adultos, diabéticos y no diabéticos; y no podían haber más de 500 pacientes en el momento del estudio por ser la capacidad total del servicio.

La muestra fue seleccionada a través del muestreo probabilístico, ya que de acuerdo a los criterios establecidos de inclusión para el presente estudio todos los pacientes tuvieron la misma probabilidad de ser elegido o pertenecer a la muestra. Determinándose así, el tamaño de ésta en 218 pacientes los cuales fueron seleccionados haciendo uso del muestreo aleatorio simple al azar

(anexo B). Para determinar el tamaño de la muestra se asumió un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 5% con los que se obtuvo la muestra representativa.

Los 218 pacientes seleccionados fueron estudiados durante los meses de Octubre del 2006 a Marzo del 2007, teniendo en cuenta sus horarios y frecuencias de atención del tratamiento de hemodiálisis programadas en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, no afectando, ni interfiriendo así con las actividades programadas del paciente; siendo cada paciente estudiado en su mismo puesto de atención y en algunos casos antes o después de su tratamiento en el hall de espera del centro.

Los **criterios de inclusión** para la población en el presente estudio fue ser paciente del programa regular de hemodiálisis del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, con un tiempo mínimo de 6 meses de permanencia y cuya aceptación fuera voluntaria en la participación de la investigación.

El **criterio de exclusión** fue considerado a todo aquel paciente que no acepto intervenir en el estudio, con tiempo de permanencia menor de 6 meses.

Los **criterios de eliminación** fueron todos aquellos que durante el período de estudio o en el momento de la aplicación del instrumento egresaron por fallecimiento, transplante renal, hospitalización o por cambio de modalidad de tratamiento a diálisis peritoneal.

### **3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista estructurada, que fue individualizada al paciente y/o cuidador familiar en caso que éste presentará dificultad para poder comunicarse por problemas de lenguaje y auditivos, registrándose en forma individual las respuestas dadas por cada uno de ellos, no intentando controlar, ni manipular el fenómeno que se quiso conocer del paciente, simplemente se registro las respuestas emitidas durante

la evaluación. La entrevista fue realizada en la sala de diálisis o sala de espera del área de estudio, teniendo como promedio de tiempo para el proceso de recolección de datos 20 minutos por cada entrevista (1° sección: 5min. y la 2° sección 15min.)

La estructuración del instrumento de valoración consideró las dimensiones de la variable, la primera medir habilidades para el autocuidado al realizar actividades de la vida diaria o cotidiana, para lo cual se hizo uso del índice de Barthel<sup>34-35</sup>, instrumento ampliamente utilizado para medir diez actividades básicas de la vida diaria, del cual para la elaboración de nuestro instrumento se tomó sólo a cinco, aquellas consideradas como imprescindibles de la vida diaria como alimentarse, vestirse, eliminación, higiene y movilización; modificándose las puntuaciones dadas a cada indicador, así como términos de acuerdo al lenguaje utilizado en nuestro país. Para la segunda dimensión evaluada “conocimientos acerca de la enfermedad para realizar acciones autocuidado frente a la enfermedad”, se tuvo en cuenta el marco teórico referencial del paciente con enfermedad renal crónica con tratamiento de hemodiálisis y las medidas de autocuidado que el paciente debe desarrollar para cuidar de sí mismo (anexo A).

El instrumento de valoración inicia con la presentación de un instructivo a fin de facilitar y orientar la recolección de la información en el momento de ser empleado por cualquier enfermera, así mismo considera datos generales del paciente como edad, sexo, y antecedente de diabetes mellitus.

El instrumento de recolección de datos presenta once indicadores con un total de 20 preguntas, para evaluar las habilidades y conocimientos para el autocuidado los cuales estaban delimitados y definidos según las características y atributos que deberían tener cada paciente. La escala fue de tipo ordinal, clasificadas en tres categorías de alto, medio y bajo, asignando a cada sujeto de estudio un número para indicar el grado relativo con que posee ciertas características y atributos. De modo que fue posible determinar si un

sujeto de estudio tiene mayor o menor cantidad de características que el otro. Por lo tanto el sujeto que se clasifica en primer lugar tiene mayor cantidad de características en relación que el segundo.

El peso dado a las respuestas del instrumento de valoración con respecto a la búsqueda de habilidades al realizar actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas fue: No necesita ayuda humana (3), necesita ayuda humana parcial (2), necesita ayuda humana total (1) y para medir conocimientos acerca de la enfermedad al realizar acciones de autocuidado fue si: Responde el 100% de Rptas. Acertadas (3), responde el 75% de Rptas acertadas (2), y responde < del 50% de Rptas acertadas (1).

Para determinar la capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica se sumo todos los puntajes alcanzados por los pacientes en las veinte (20) preguntas descritas en sus once indicadores evaluados por el instrumento, siendo los puntajes clasificados según lo alcanzado en: Alta (48 - 60), Media (34 - 47), Baja (20 - 33).

Para determinar las habilidades de autocuidado al realizar actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas, se sumo los puntos alcanzados por cada paciente en los primeros cinco indicadores evaluados con preguntas del 1 al 5, siendo su clasificación de nivel según los puntajes obtenidos, en: Alta (14 – 15), Media (10-13) y Baja (5-9).

Para determinar el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad al realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad, se sumo los puntajes obtenidos por cada paciente, desde la pregunta número 6 hasta la 20. Siendo la clasificación según los puntajes alcanzados en: Alta (35–45), Media (25-34) y Baja (15-24)

Dada la distribución de los pacientes en turnos diferentes como son: 1er. Turno de 07:00 a 12:00; 2do. Turno de 12:00 a 16:30; 3er. Turno de 17:00 a 21:30 y 4to. Turno de 22:00 a 03:00 a.m. y en frecuencias de Lunes,

miércoles y viernes para un grupo y martes, jueves y sábado para otro grupo de pacientes; y siendo así la naturaleza y horarios de atención del centro asistencial para los pacientes, establecidos de acuerdo a los procedimientos y normas diseñadas para las unidades prestadoras del tratamiento de hemodiálisis; se solicitó la participación de 10 enfermeras para la recolección de datos que laboraban en el servicio de enfermería del Centro, las cuales en forma voluntaria quisieron participar en la recolección de datos, para lo cual primero se ubicó, clasificó a los pacientes seleccionados según los turnos y frecuencias, distribuyéndose entre 21 y 22 pacientes a evaluar por enfermera, siendo previamente capacitadas en su manejo e informadas sobre los objetivos de la investigación.

### **3.5. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.**

El instrumento diseñado para evaluar dos dimensiones de la variable de estudio; utilizó para medir las habilidades del paciente al realizar actividades de la vida diaria o cotidiana, al índice de Barthel <sup>34-35</sup>, el cual es un instrumento de valoración funcional, ampliamente utilizado y validado científicamente para medir diez actividades de la vida diaria o cotidiana, siendo este incorporado en nuestro instrumento considerando sólo a cinco actividades de la vida diaria, mientras que para medir conocimientos acerca de la enfermedad al realizar acciones de autocuidado, se consideró aspectos relacionados con la enfermedad renal crónica y el autocuidado que el paciente renal debe realizar para hacer frente a la enfermedad. Sin embargo el instrumento fue sometido a juicio de expertos, constituido por profesionales especialistas en el área de nefrología, como médico nefrólogos, enfermeras, y nutricionista que laboran en el centro, los cuales emitieron sugerencias con respecto a delimitar las respuestas imprescindibles y necesarias que el paciente debe hacer y conocer frente a la enfermedad, y evitar así sesgar las respuestas con el criterio o conocimiento que tenga el entrevistador del tema a tratar, considerándose dichas recomendaciones dentro de la estructuración del instrumento.

Para obtener la confiabilidad del instrumento se realizó previamente la prueba piloto, el cual fue aplicado a 30 pacientes que reunían las mismas características de la población. La confiabilidad del instrumento fue obtenida al procesar los datos alcanzados después aplicar la prueba piloto, para lo cual se procedió a elaborar una matriz de estadística a la cual se vació todos los puntajes alcanzados por cada sujeto en cada de los ítems evaluados, se sumo cada puntaje alcanzado por cada sujeto según ítems y se calculo de cada uno la media, varianza de cada ítem, sumatoria de varianza y la varianza total mediante la prueba de confiabilidad de Alfa Cronbach, llamada también de consistencia interna, prueba que se utiliza en una matriz NO binomial como es nuestro caso y requiere una sola administración y produce valores que oscilan de 0 a 1. El puntaje global obtenido fue de 0.98 (anexo D) lo que demostró que el instrumento es altamente confiable por cuanto para que un instrumento tiene que ser una valor  $>$  de 0.68 a 1. Así haciendo uso de ésta matriz se precedió a demostrar si los puntajes se distribuyen normalmente o no, para lo cual se aplicó la Prueba de Shapiro y Wilk cuya prueba estadística tiene por fin demostrar si un conjunto de puntajes se distribuyen normalmente en muestras  $<$  de 50 (en este caso para nuestra muestra piloto) cuyo resultado determino que la distribución de los puntajes global es Normal. (anexo D)

### **3.6. Procedimiento de Recolección y Procesamiento de Datos**

#### **Recolección de Datos**

Se solicitó una carta de presentación a la Unidad de Post Grado de la Facultad Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y se presentó a la Gerencia General del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, siendo evaluado por el Comité de Ética e Investigación, obteniéndose la autorización para el levantamiento de la información.

El proceso de recolección de información se inició en Octubre del 2006 y culminó en Marzo del 2007.

Para desarrollar la investigación, se coordinó con las enfermeras del Centro de Hemodiálisis de Essalud, lográndose su aceptación, participación y colaboración; luego, se informó a los pacientes acerca del estudio, obteniéndose su consentimiento informado para realizar la entrevista, el cual fue firmado voluntariamente. La aplicación del instrumento fue: antes de ingresar a su tratamiento, durante su tratamiento ó después de su tratamiento; esta decisión fue tomada según la hora de llegada y condición al ingreso del paciente al centro de hemodiálisis, el tiempo promedio empleado fue de 20 minutos.

El instrumento fue diseñado para ser administrado al paciente por la investigadora, considerando que el paciente para acceder a su terapia de hemodiálisis debe utilizar su acceso vascular que puede estar localizada en uno o ambos brazos, o ser un catéter venoso central, así como otras condiciones frecuentes que suelen presentar los pacientes como son los problemas osteomusculares, cambios hemodinámicos bruscos durante la sesión de hemodiálisis, entre otros, pero lo cual en dichos casos requiere inmovilización y ubicación de una determinado posición; razones por lo que no fue pertinente considerar la autoadministración del instrumento.

Los datos fueron recolectados en los cuatro turnos por lo que se contó con la colaboración de enfermeras, previamente entrenadas, para el recojo de datos. Se agradeció a los pacientes por la disposición otorgada durante la recolección de datos.

Finalmente, en el levantamiento y uso de la información, se protegió la privacidad de las personas y observó una conducta ética en la investigación.

### **Procesamiento de Datos.**

Luego de la obtención de datos se procedió a organizar la información recabada, se verificó y codificó las respuestas, se efectuó el vaciado, tabulación de datos y organizó los resultados.



Para el procesamiento de datos y para facilitar el uso de la información obtenida se procedió a vaciar los datos en la matriz estadística, para lo cual se hizo uso del software SPSS versión 13.0.

Una vez obtenidos los puntajes alcanzados por cada sujeto en cada uno de los ítems evaluados se sumo el total del puntaje alcanzado por cada sujeto según ítems.

Los puntajes totales alcanzados por cada sujeto en lo que respecta a capacidad de autocuidado frente a las actividades de la vida cotidiana se categorizaron en tres niveles ALTO (14 – 15), MEDIO (10 - 13) y BAJO (5 - 9).

Los puntajes totales alcanzados por cada sujeto en lo que respecta al nivel de conocimientos relacionados con la enfermedad se categorizaron en tres niveles ALTO (35 - 45), MEDIO (25 – 34) y BAJO (15 - 24).

Asimismo los puntajes totales alcanzados en ambas dimensiones: Actividades de la vida cotidiana y nivel de conocimientos) se categorizaron en tres niveles ALTO (48 – 60), MEDIO (34 – 47) y BAJO (20 – 33).

### **3.7. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para el presente trabajo se consideró la aplicación del formato de consentimiento informado, (anexo “E”) es decir, el paciente fue informado acerca de los objetivos y propósito del estudio autorizando de manera verbal su participación voluntaria pudiendo retirarse en cualquier momento si lo considera necesario, se tomo en cuenta los principios de confidencialidad de la información recolectada.

## CAPITULO IV

### 4.1. RESULTADOS

Se procede a presentar un análisis descriptivo de los datos, para lo cual se aplicó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado, ya que permite comparar frecuencias observadas versus esperadas que son adecuadas para variables medibles en escalas ordinales y aplicables en tamaños de muestras mayores de 30.

El mayor porcentaje de la muestra con el 54% estuvo conformada por población adulta madura en edades comprendidas de 26 a 59 años de edad, seguido por el adulto mayor integrado por personas mayores de 60 años (anexo F).

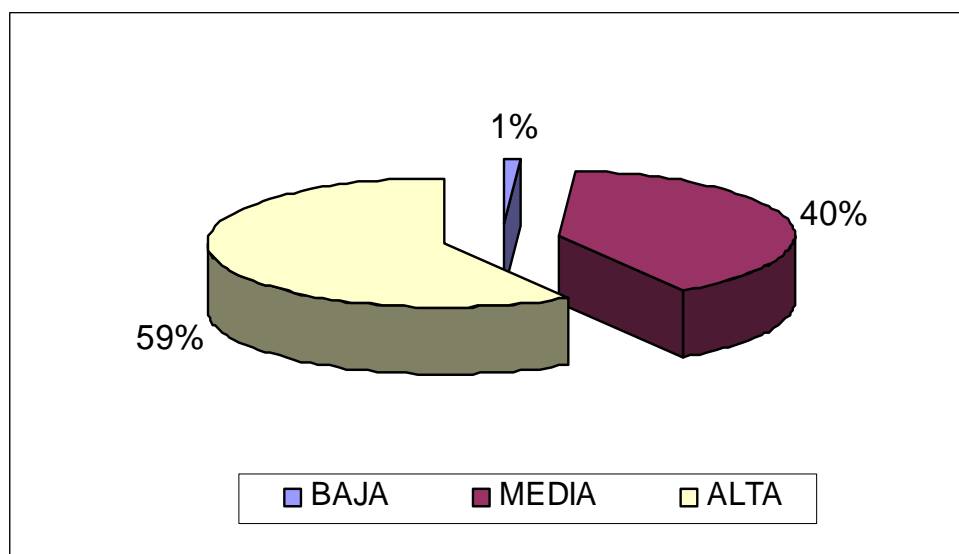
Así mismo, la muestra estudiada se constituyó con un predominio de 59% del sexo masculino, y el 41% de sexo femenino. (anexo G).

Los pacientes que constituyeron la muestra de estudio en su más alto porcentaje del 70%, no eran diabéticos y sólo se encontró a un 30% de pacientes que presentaban Diabetes Mellitus; enfermedad metabólica que en su mayoría los condujo a la enfermedad renal crónica. (anexo H)

Los resultados que responden a los objetivos planteados se presentaron en los 3 gráficos siguientes:

## GRAFICO N° 1

### CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS PERIODICA DEL CENTRO DE HEMODIALISIS - ESSALUD OCTUBRE 2006 – MARZO 2007 LIMA - PERÚ



$Ji^2 = 117.587$ ,  $GL=2$ ,  $P = 0.0001$

La Capacidad de Autocuidado (CA) del paciente con ERC en Hemodiálisis encontrada demuestra que del 100% (218) pacientes evaluados, el 59% (129) presentan CA alta, mientras que el 40% (88) alcanzan una CA media y sólo el 1% (1) presentó CA baja.

La prueba estadística aplicada demuestra que la Capacidad de Autocuidado de los pacientes con ERC en Hemodiálisis, se distribuyen proporcionalmente en los diferentes niveles, encontrándose diferencias significativas a considerar, siendo el Nivel ALTO más dominante, reflejando que cada paciente sometido a hemodiálisis periódica presentan comportamientos diferentes susceptibles de cambios por el impacto de la enfermedad sobre el paciente, siendo necesario discriminar la capacidad entre un paciente y otro, ello permitirá identificar el déficit de

autocuidado que presenta cada paciente y establecer un adecuado plan de cuidados de enfermería orientado a mejorar y mantener el nivel que presenta a través de la utilización de estrategias con intervención adecuada del familiar y educativas que ayuden al paciente a superar las barreras que no le permiten alcanzar a realizar ciertas acciones para su cuidado y elevar así la calidad de vida del paciente renal.

Sin embargo una proporción significativa de la población con 40% y que llama la atención, presenta un Nivel MEDIO de capacidad de autocuidado, que están evidenciando ciertas deficiencias y por lo tanto requieren ser tomadas en cuenta para ser atendidas con prioridad y son los que le debe interesar a la enfermera como punto medular para establecer objetivamente su intervención y que esta sea efectiva.

El ser humano requiere para poder vivir realizar actividades básicas de la vida diaria las cuales son el conjunto de actividades de la vida cotidiana primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; como son: el poder comer, controlar esfínteres, vestirse, bañarse y movilizarse. De igual manera cuando el ser humano enfrenta la enfermedad renal crónica, requieren para sobrevivir el tratamiento periódico de hemodiálisis, y tener conocimiento acerca de la enfermedad para ser capaz de realizar acciones y/o actividades de autocuidado para enfrentar a la enfermedad y poder recibir una adecuada calidad de vida.

La ERC y el tratamiento de hemodiálisis tienen un gran impacto en la salud de los pacientes afectando significativamente su vida con modificaciones y cambios muy variados en sus patrones, hábitos y estilo de vida, así como enfrentar complicaciones crónicas y clínicas muy variadas propias de la evolución de la enfermedad, teniendo que aprender a conocer y hacerlo para poder seguir viviendo con una adecuada calidad de vida.

El conocer la capacidad de autocuidado que tiene cada paciente permitirá entonces poder identificar el déficit de autocuidado y que requieren ser superados para poder superar las barreras que lo alejen de alcanzar una adecuada calidad de vida.

Landeros y otros (2004) consideran que la valoración de las capacidades de autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, como es el caso de los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis es un recurso importante para profundizar en la comprensión del valor del autocuidado en la persona enferma<sup>15</sup>”, coincidiendo con Orem (1996) que sostiene que “las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que las personas requieren desarrollar para cuidar su salud y se adquieren de forma intencional y tienen un profundo significado cultural” así mismo considera que “la Enfermera debe identificar las capacidades de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y su salud, recuperarse de los daños y la enfermedad y manejarse con sus efectos<sup>36</sup>

Ambos autores coinciden al plantear que los componentes para poder controlar y valorar la salud de la persona esta relacionada con el poder hacer, ejecutar acciones de manera independiente que le permitan realizar actividades de la vida diaria o cotidiana dirigidos a la satisfacción de sus necesidades básicas y las capacidades especializadas que le permitan afrontar los problemas de salud que presenten por situaciones de enfermedad que vulneran su estado de salud y hacen que el paciente presente cambios que deben ser detectados oportunamente y lo ayuden a superar el riesgo de complicaciones no permitiendo su recuperación y/o rehabilitación en forma óptima.

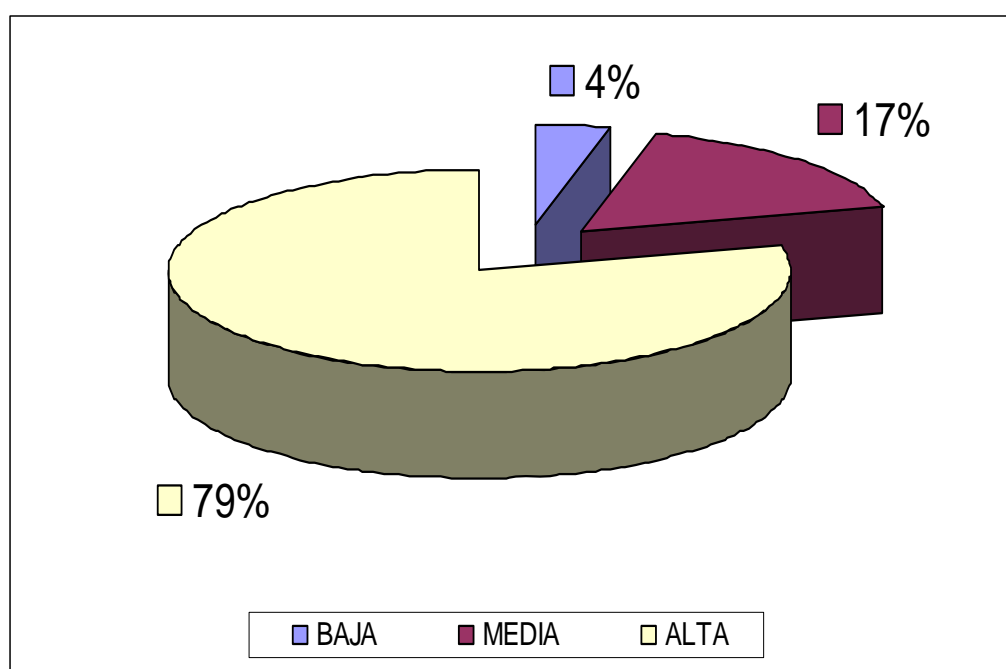
Se sostiene que el éxito de la terapia en enfermedades crónicas como es ERC en pacientes con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, requiere énfasis en el autocuidado, y permite que la persona tenga autonomía al actuar para mantener su salud o cumplir ciertas adaptaciones a la limitación que le causa la enfermedad y que a su vez estas pueden irse modificando por el impacto de la enfermedad sobre el organismo. Además, se debe tener en cuenta el apoyo familiar, social, profesional o el apoyo institucional, que recibe el sujeto de acuerdo con la magnitud de sus necesidades, de tal forma que se establezca una cooperación firme pero sin que pierda su identidad y su capacidad de decidir con responsabilidad, y que además

algunos factores como las condiciones biosociales, el conocimiento de la enfermedad y de ciertas prácticas de salud pueden influir en la calidad del autocuidado. Al igual que Hernández Sandra y otros (2005) coincidimos en que la determinación a través de la valoración de capacidades de autocuidado permitirá al profesional de enfermería establecer un plan de cuidados dirigidos a prevenir complicaciones propias de la enfermedad y enseñar al paciente prevenirlas así como a afrontar con responsabilidad su propio autocuidado frente a la enfermedad crónica que presenta<sup>29</sup>

Por lo expresado, es importante entonces identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y la demanda. Los problemas para enfermería con respecto al paciente con ERC en hemodiálisis surgirán de la deficiencia, los requerimientos/necesidades básicas para vivir y del impacto de las enfermedades, teniendo que orientar los cuidados de enfermería para el caso de pacientes con ERC con tratamiento sustitutorio de hemodiálisis ambulatorio en el sistema compensatorio parcial y el sustentador-educativo.

**GRAFICO N° 2**

**NIVEL DE HABILIDADES AL REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA  
COTIDIANA DEL PACIENTE CON HEMODIALISIS PERIODICA  
DEL CENTRO DE HEMODIALISIS – EsSALUD  
OCTUBRE 2006 – MARZO 2007  
LIMA - PERÚ**



$Ji^2 = 209.073$  con  $GL=2$ , al cual le esta asociado un valor de probabilidad,  $P = 0.00012$  Puesto que este valor  $P$  es menor

Las habilidades para el Autocuidado (CA) en las actividades de la vida cotidiana del paciente con ERC en Hemodiálisis encontrada demuestra que del 100% (218) pacientes evaluados, el 79% (172) presentan CA Alta, mientras que el 17%(37) alcanzan una CA Media y el 4% (9) presentó CA Baja.

Dentro del nivel alto, se encontró ubicadas a todas las habilidades para desarrollar actividades de la vida cotidiana y poder satisfacer sus necesidades básicas como son la alimentación con un 88%, eliminación 87%, vestido 82%, higiene 81% y

movilización con un 70% de la población total; encontrándose en un nivel medio en movilización al 26%, en higiene al 17%, vestido al 15%, eliminación al 11% y en alimentación al 10% de la población total. Sólo se encontró en nivel bajo a las actividades de movilización y vestido en 4% cada uno; alimentación, higiene y eliminación en 2% cada uno. (Anexo 1).

La prueba estadística aplicada demuestra que las habilidades para el autocuidado al realizar actividades de la vida cotidiana en los pacientes en hemodiálisis el Nivel ALTO es el más dominante, lo que significa que la población estudiada en su más alta proporción conserva condiciones físicas que le permiten aun poder realizar actividades de la vida cotidiana que le permiten satisfacer sus necesidades de alimentación, higiene, vestido, eliminación, movilización ( ver anexo I) de manera más independiente, favoreciendo su propio autocuidado. Pero así mismo un 21% (46) de éstos pacientes presentan CA Media (17%) y baja (4%) y son los que requieren ayuda o intervención del familiar o cuidador familiar para poder realizar actividades de la vida cotidiana y así poder satisfacer sus necesidades como el poder alimentarse, moverse, de eliminación, vestido e higiene. Evidenciándose de esta manera que la enfermedad va produciendo cambios y modificaciones en el organismo del paciente y que afectan sus capacidades por lo que requieren ser valoradas a fin de poder identificar oportunamente esos déficit para el autocuidado, llegar a diagnósticos objetivos y de demandas reales asegurando un adecuado plan de atención de enfermería que sea eficaz y oportuno.

La identificación de las capacidades a través de las habilidades que presenta el paciente denominadas por Orem como Agencia para el AU ó habilidades que reúne para el autocuidado y definida por la autora “como la capacidad que tiene el individuo para hacer y tomar decisiones sobre su salud y la responsabilidad de su propio autocuidado...” permitirá a la enfermera orientar hacia donde deben dirigirse sus cuidados, a lo que Orem refiere que para determinar el déficit de autocuidado del paciente y establecer un diagnóstico de enfermería, la Enfermera deberá valorar al paciente de manera que le permita diagnosticar y ofrecer su cuidado según la demanda (déficit) que presenta el paciente estableciendo de esta manera cuidados



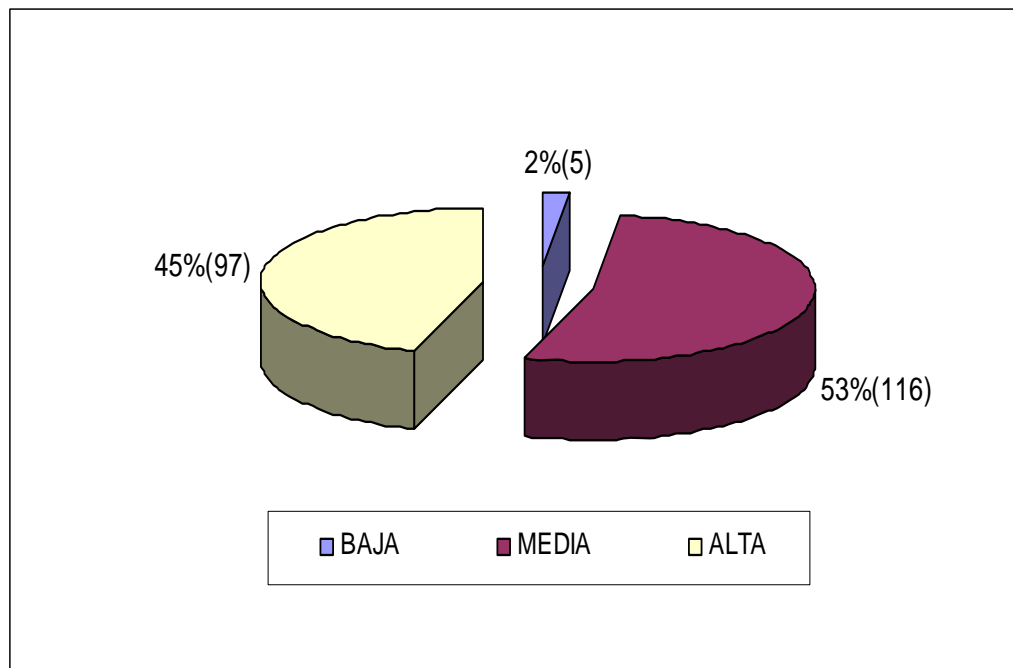
que compensen su estado de salud y lo ayuden a superar los obstáculos que se imponen por la enfermedad.<sup>6</sup>

En estos casos identificados las deficiencias o problemas de salud conducirá a la enfermera a ofrecer su cuidados de enfermería con su rol de educadora a lo que dentro de la teoría de Autocuidado se sostiene en los sistemas de enfermería de apoyo –educación la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar actividades de autocuidado, incluyendo en esta educación al cuidador familiar como elemento clave en aquellos pacientes con capacidades media a bajas , que para el caso el Centro de Hemodiálisis no considera y que se hace necesario tomar en cuenta estos resultados, toda vez que la ERC es una enfermedad compleja con efectos variados sobre la salud y estilo de vida de las personas que la padecen. Estos efectos variados van a tener impacto en el área física, biológicas social y emocional en el paciente renal con tratamientos sustitutivo de hemodiálisis por lo que la persona debe ser valorada a fin de poder brindar cuidados de enfermería que le ayuden a superar estas barreras que afectan su salud y enfrentar la enfermedad y sus efectos .

El paciente con ERC esta expuesto a que sus capacidades para realizar actividades de la vida cotidiana dirigidas a satisfacer sus necesidades básicas para poder mantener la vida y salud que son indispensables para vivir, van a ir variando constantemente de acuerdo a la evolución de la enfermedad, por lo que se hace necesario considerar la valoración frecuente en este aspecto a fin de ayudar al paciente a mantener una calidad de vida adecuada dotándolo de manera oportuna cuidados de enfermería al paciente y cuidador familiar de herramientas necesarias que lo ayuden a prevenir complicaciones y prolongar su vida de manera saludable.

### CUADRO N° 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD AL  
REALIZAR ACCIONES DE AUTOCUIDADO FRENTE A LA  
ENFERMEDAD DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS  
PERIODICA DEL CENTRO DE HEMODIALISIS –  
EsSALUD OCTUBRE 2006 – MARZO 2007  
LIMA – PERÚ**



$Ji^2 = 97.0$  con  $GL=2$  ,  $P = 0.00014$  Significativo

En el grafico se observa que el nivel de conocimiento que presenta el paciente acerca de la enfermedad al realizar acciones de autocuidado para afrontar la enfermedad, el Nivel MEDIO es el más alto con un 53% (116), seguido de un 45% (97) que posee nivel ALTO, y solo el 2 % (5) nivel BAJO, por lo encontrado podemos indicar que la mayoría de pacientes investigados tienen un nivel de conocimientos con respecto a su enfermedad que va de medio- alto- bajo evidenciando luego de aplicar la prueba estadística del  $Ji^2$  asociado a un valor de probabilidad  $P= 0.00014$  y un nivel de significancia del 0.05 (5%) demostrando que existen diferencias significativas entre los diferentes niveles de conocimiento relacionado con la enfermedad .

Los aspectos resaltantes encontrados en el Nivel Medio referente al conocimiento acerca de la enfermedad para realizar acciones de autocuidado y que requieren ser reforzados son: el conocimiento de las complicaciones por el incumplimiento de la administración de medicamentos, alimentación según la dieta indicada, contenido proteico, electrolítico y control de ingesta hídrica, como se muestra en el Anexo “J”. La identificación de los aspectos en el que paciente presenta déficit de conocimientos para ejercer un adecuado autocuidado permite dirigir nuestros cuidados con objetividad al determinar la necesidad real del paciente, por lo tanto el plan de nuestro cuidado será más efectivo y ayudara al paciente a prevenir complicaciones por falta de conocimiento.

Investigadores como Veronessi refiere (2004) “que el incumplimiento a la restricción de dieta y líquidos afecta el estado de salud del paciente de tal modo que lo ponen en alto riesgo de morir <sup>1</sup>. Otro hallazgo ubicado en el Nivel medio de conocimiento fue lo relacionado con el autocuidado del acceso vascular para su mantenimiento y conservación así como para afrontar y prevenir situaciones de urgencias dialíticas (ver anexo J).

Durana B. y Cols, señalan que el acceso vascular constituye la principal vía de las infecciones en los pacientes sometidos a hemodiálisis (HD). Ello se ve favorecido por un sistema inmunológico deprimido y una continúa utilización del mismo para realizar la diálisis. Las infecciones bacterianas son la principal causa de hospitalización y uno de los principales motivos de muerte en este tipo de pacientes. Por estos motivos es preciso dirigir los esfuerzos hacia la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con el uso del acceso vascular, cuidadosa inspección y monitorización de la fístula nativa es fundamental para la prevención y detección precoz de estas complicaciones<sup>37</sup>.

Morgan (2001) en un estudio retrospectivo de 527 pacientes en hemodiálisis demostró que el No cumplimiento con las sesiones de hemodiálisis prescritas y las horas por sesión establecidas por el médico aumentaba significativamente el riesgo

de hospitalización por complicaciones, afectando la calidad de vida del paciente, retirándolo de su mundo laboral, social y familiar<sup>38</sup>

Lo que se corrobora con lo planteado por Orem, que el conocimiento brinda a las personas las capacidades fundamentales y de disposición para el autocuidado que le permitirán lograr alcanzar los requisitos de autocuidado cuando éstos se encuentren con problemas de alteración de salud por la enfermedad, tomar conciencia del problema que enfrenta y atender los efectos de las condiciones patológicas para poder llevar a cabo efectivamente las prescripciones médicas, diagnósticas, el tratamiento y las medidas de rehabilitación específicas para la enfermedad. Por lo tanto, la enfermera está caracterizada por sus conocimientos y habilidades para producir cuidados de enfermería en una variedad de situaciones y ser agente transmisor de dichos conocimientos<sup>6</sup>

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- La capacidad de Autocuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud es de nivel alto, lo que demuestra que los pacientes en su mayoría presentan habilidades y conocimientos para realizar acciones de autocuidado en sus actividades de la vida cotidiana y al hacer frente a la enfermedad; sin embargo es preocupante los hallazgos significativos encontrados en los pacientes que alcanzaron el nivel medio evidenciando que existe un grupo importante de paciente que presenta algún déficit en la capacidad para su autocuidado al realizar actividades y/o acciones de autocuidado para mantener, conservar una adecuada calidad de vida, y son los que la enfermera deberá tomar en cuenta para ayudar al paciente a superar esas barreras que lo alejan de alcanzar una calidad de vida aceptable.
- El nivel de habilidades para el autocuidado al realizar actividades de la vida cotidiana en los pacientes con ERC que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, alcanzo en su mas alta proporción el nivel alto, reflejadas en las cinco actividades de la vida cotidiana evaluadas,

lo que demuestra que los pacientes en su mayoría conservan aun autonomía para poder realizar y asumir con responsabilidad, sin requerir ayuda humana para realizar actividades de autocuidado en su vida cotidiana, mostrando aun ser independientes. Sin embargo existe un porcentaje significativo de pacientes a considerar en los cuales sus habilidades han sido modificadas como consecuencias de la misma enfermedad y son los que alcanzaron nivel medio a bajo requiriendo de la ayuda de otra persona sea o no familiar y que son los que debemos integrar y considerar dentro de nuestro plan de cuidados para que éstos sean los que ayuden al paciente a administrarse un adecuado autocuidado.

- El nivel de conocimientos acerca de la enfermedad para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad que presentan los pacientes que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud es de nivel medio a bajo, evidenciado por la falta de conocimiento acerca de las complicaciones por el incumplimiento en la administración de medicamentos, de la alimentación según la dieta indicada, contenido proteico, electrolítico, control de ingesta hídrica, cuidado de acceso vascular y cuidado en situaciones de urgencia dialíticas y su prevención, aspectos que deben ser considerados como temas prioritarios en la programación de educativa a los pacientes y familias, así como contemplar otras estrategias educativas que permitan a los pacientes eliminar esas deficiencias que han sido identificados con respecto al conocimiento para realizar acciones de autocuidado seguras para hacer frente su enfermedad.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- Implementar en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, hoy Centro Nacional de Salud Renal, la aplicación de la Valoración de la Capacidad de Autocuidado del paciente, con la finalidad de determinar las habilidades físicas y cognitivas del paciente para realizar acciones de autocuidado, e

identificar el déficit de autocuidado que no le permiten recuperarse, rehabilitarse y que afectan su calidad de vida.

- Plantear intervenciones educativas dirigidas a los pacientes identificados con déficit de autocuidado considerando la participación del familiar que cuida al paciente.
- Realizar estudios de investigación que relacionen la capacidad de autocuidado del paciente con tratamiento de hemodiálisis con factores socio, culturales, económicos, etc. Así mismo estudios de capacidad de autocuidado en pacientes con terapia de Diálisis peritoneal.

### **5.3 LIMITACIONES**

- Falta de estudios de Enfermería en la línea investigada a nivel nacional.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1 Veronessi, Guillermina. Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Clínica de Hemodiálisis de Fresenius Medical Care. (Tesis para optar licenciatura en Nutrición) Buenos Aires-Argentina, 2004, pp.5-75
- 2 Otero A, Francisco M. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. Revista Nefrologica, 2003; V 23: 6-8.
- 3 López A, Buch. Epidemia Global de enfermedades vasculares crónicas. Un nuevo paradigma y desafío. J Am Soc. Nephrology 13: S37- S40, 2002. [www.revistanefrologica.com](http://www.revistanefrologica.com) .
- 4 La Asociación renal del Reino Unido. El sexto informe anual, Diciembre 2003. [www.renalreg.com](http://www.renalreg.com) .
- 5 Epidemiología de la salud renal. Estrategias nacionales para enfermedades vasculares [www.minsa.gob.pe/estrategiasnacionales/saludrenal/epidemiologia de ERC-Junio.2006](http://www.minsa.gob.pe/estrategiasnacionales/saludrenal/epidemiologia_de_ERC-Junio.2006).
- 6 Orem E. D, 1993, Modelo de Orem: La teoría de Enfermería. Una Teoría General, Madrid. Masson- Salvat Cáp. 3, p. 7 -22
- 7 Alonso R. Cambios en el perfil crónico de los pacientes en hemodiálisis. En Nuevo Perfil del paciente renal, un reto para lo profesionales. VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA. Valencia; 2001, pp11-12.
- 8 Morgan L, Análisis de una década: Método para mejorar la adherencia al tratamiento entre pacientes de hemodiálisis. Revista Especializada de Enfermería Nefrologica. EDTA /ERCA/Journal, 2001, XXVII. / 1. pp 6.
- 9 Donohue, J. Teoría del Déficit de Autocuidado. En Marriner A, Raile M. Modelos y teorías, pp 176-180
- 10 Álvarez Ude, F. Factores asociados al estado de salud percibido- calidad de Vida relacionado con la salud de los pacientes en hemodiálisis crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrologica, 2001, V.14, pp64-68.



- 11 Espinoza Herrera Magali. Tesis “Conocimientos y Practicas sobre el autocuidado en pacientes colostomizados –HERM-2002. Biblioteca Central: UNMSM
- 12 Arenas Jiménez, D. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis: estudio de investigación multicéntrico publicada en Revista Española: Nefrología. Volumen 26. Nº 5, 2006, pp 600-608
- 13 Rivera Álvarez, Luz. Investigación. “Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas”. Colombia -2006. Revista - Salud Publica.8 (3): 235-247.
- 14 Landeros O. y Gallegos C. Investigación “Capacidades de autocuidado y percepción de salud en adultos con o sin obesidad”. México, Agosto -2005. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol.13.Nº 1-2, pp: 20-74.
- 15 Contreras Abad, Dolores. Investigación. “Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria”. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofia-Cordoba-2002. Rev.Soc.Esp.Enferm.Nefrol.2004; Vol. 7(1): pp 56/61.
- 16 Aljama P, Arias M, Valderrábano F. Insuficiencia Renal Progresiva. Madrid: Ed. Grupo Entheos; 2000. p. 29-181.
- 17 Avendaño Hernando. Nefrología Clínica. Ed. Medica Panamericana, 2ª edición. 2003. Cáp.4 p.159.
- 18 Sellares V. Y Cols. Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Transplante Renal, Ed. Elsevier-España, 2002. Cáp.3 pp. 241-299.
- 19 Chow, J y L. Bennet. Herramienta de Valoración Pre-JAPT. Estudio piloto unidad renal Liverpool, Australia. EDTNA/ERCA. Journal, 2001/XXVII. Pp.39-44.
- 20 Aljama P. y Cols. Nefrología Clínica. Ed. Médica Panamericana. 2ª edición. España, 2003. Cáp. 19,pp: 775-797
- 21 Rebollo Álvarez, P. Factores asociados a la calidad de Vida de los Pacientes en Hemodiálisis relacionados con la salud: Revisión Bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrologica. Nº 2, Volumen XX, 2000, pp.171-181.

- 22 Magaz Lagos, Angela, 2003. Tesis para obtener doctorado. “Efectos psicológicos de la Insuficiencia renal crónica en función de los tratamientos médicos.”Bilbao- España. pp 6-13.
- 23 Galache Andrés Belén, 2004. Investigación. “Diagnósticos de Enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis” Unidad Nefrología Hospital Virgen de la Vega –Salamanca-España. Rev. Soc. Española. Enfermería Nefrologica, vol. 7(3), pp. 158/163
- 24 Rodríguez Arroyo, José. Curso Gestión Hospitalaria. Modulo Básico 2º de la Gerencia central de RRHH y Gerencia de Capacitación y Desarrollo. Lima Lambayeque-Junín-Arequipa-2001, pp 67
- 25 “El Paciente en Hemodiálisis.” 2002, México: pp.1-4.  
<http://donación.organos.ua.es/p-renal/autocuidado.htm>.
- 26 K/DOQI Clinical Practise guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J. Kidney Dis 2003:39 (Suppl1): S1-S89.
- 27 Sindall C. Health promotion and chronic disease buiding on the Ottawa Charter, Health Promotion International. Vol 16, 3, Sep-01
- 28 Fernández Caldas, B. “Educación Sanitaria para enfermedades renales crónicas – La Insuficiencia renal y su tratamiento con diálisis”. Escuela Universitaria de Enfermería y sección nefrológica. Hospital SS-Jerez de la Frontera- España, 2001, pág.331.
- 29 Hernández, Corral Sandra y Cols. “Valoración de Capacidades de Autocuidado en Adultos mayores para una practicas avanzada de Enfermería. 2005 [http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti\\_10.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti_10.pdf).
- 30 Gallegos y Cols. Capacidades de Autocuidado en el adulto con DBM tipo 2. Investigación y Educación en Enfermería, 17(2) pp25-30.  
[http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti\\_10.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti_10.pdf).
- 31 Martínez A. F. 2002. Evolución de las necesidades en función a la edad. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 16(15), pp.453-460. En publicación [http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti\\_10.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti_10.pdf)
- 32 Ávila Alpirez, H. y Cols. Intervención de Enfermería en el Autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cultura de Cuidados de Enfermería. 2º semestre 2006. Año X nº 20 pp. 141-146

- 33 Pérez Noriega E. Estudio de Caso desde la perspectiva del Modelo del déficit de Autocuidado aplicado al receptor con valvulopatía coronaria. Revista Mexicana. Enfermería Cardiológica. Vol. 12, nº 1. Enero-Abril 2004, pp 18 a 28
- 34 Ollero Barturone, Manuel, y Cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes Pluripatológicos. 2º ed. Sevilla. Conserjería de Salud, 2007. En <http://www.juntaandalucia.es>
- 35 Cid Ruzafa “Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel.” Revista Española Salud Pública 1997. Vol. 71. N.º 2
- 36 Ostiguin R. M y Velásquez, H. S. Método de trabajo y modelo de Orem: Una propuesta de implementación” En Desarrollo Científico de Enfermería. México: Intersistemas. 2000. Vol. 8, Nº 1.
- 37 Durana T. Beatriz y Cols. Manejo del acceso vascular nativo y de sus complicaciones. Protocolo y resultados. En Revista Seden artículo 44. [www.revistaseden.org](http://www.revistaseden.org)
- 38 Morgan, Lois. “Análisis de una década: métodos para mejorar la adherencia al tratamiento entre pacientes en hemodiálisis”. En Revista Española. EDTNA/ERCA/Journal, Madrid: 2001 vol. XXVII-1, p.6-8

## BIBLIOGRAFIA

Aljama P, Arias M, Valderrábano F. Insuficiencia Renal Progresiva. Madrid: Ed. Grupo Entheos; 2000. p. 29-181.

Aljama P. y Cols. Nefrología Clínica. Ed. Médica Panamericana. 2º edición-España, 2003.

Alonso R. Cambios en el perfil crónico de los pacientes en hemodiálisis. En Nuevo Perfil del paciente renal, un reto para lo profesionales. VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA. Valencia: 2001. pp 11-12.

Álvarez Ude, F. Factores asociados al estado de salud percibido- calidad de Vida relacionado con la salud de los pacientes en hemodiálisis crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid: 2001. V.14, pp64-68.

Avendaño Hernando y Cols. Nefrología Clínica. Madrid-España: Ed. Médica Panamericana, S.A, 2003.

Ávila Alpirez, H. y Cols. Intervención de Enfermería en el Autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cultura de Cuidados de Enfermería. 2º semestre 2006. Año X nº 20 pp. 141-146

Arenas Jiménez, D. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis: estudio de investigación multicéntrico publicada en Revista Española: Nefrología. Volumen 26. Nº 5, 2006, pp 600-608

Cid Ruzafa “Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel.” Revista Española Salud Pública 1997. Vol. 71. N.º 2

Contreras Abad, Dolores. Investigación. “Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria”. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía -Cordoba-2002. Rev. Soc.Esp.Enferm.Nefrol.2004; Vol. 7(1): pp 56/61.

Chow, J y L. Bennet. Herramienta de Valoración Pre-JAPT. Estudio piloto unidad renal Liverpool, Australia. EDTNA/ERCA. Journal, 2001/XXVII. Pp.39-44.

Donohue J. Teoría del Déficit e Autocuidado. En Marriner A, Rail M. Modelos y Teoría de Enfermería. Madrid: Harcourt. Brace; 1994

Durana T. Beatriz y Cols. Manejo del acceso vascular nativo y de sus complicaciones. Protocolo y resultados. En Revista Seden artículo 44. [www.revistaseden.org](http://www.revistaseden.org)

Espinoza Herrera Magali. Tesis “Conocimientos y Practicas sobre el autocuidado en pacientes colostomizados –HERM-2002. Biblioteca Central: UNMSM

Fernández Caldas, B. “Educación Sanitaria para enfermedades renales crónicas – La Insuficiencia renal y su tratamiento con diálisis”. Escuela Universitaria de Enfermería y sección nefrológica. Hospital SS-Jerez de la Frontera- España, 1999.

Galache Andrés Belén, 2004. Investigación. “Diagnósticos de Enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis” Unidad Nefrología Hospital Virgen de la Vega –Salamanca-España. Rev. Soc. Española. Enfermería Nefrológica, vol. 7(3), pp. 158/163

Gallegos y Cols. Capacidades de Autocuidado en el adulto con DBM tipo 2. Investigación y Educación en Enfermería, 17(2),pp25-30. [http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti\\_10.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti_10.pdf).

Hernández, Corral Sandra y Cols. “Valoración de Capacidades de Autocuidado en Adultos mayores para una practicas avanzada de Enfermería. [http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti\\_10.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti_10.pdf)

Landeros O. y Gallegos C. Investigación “Capacidades de autocuidado y percepción de salud en adultos con o sin obesidad”. México, Agosto -2005. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol.13.Nº 1-2, pp: 20-74.

López A, Buch. Epidemia Global de enfermedades vasculares crónicas. Un nuevo paradigma y desafío. J Am Soc. Nephrology 13: 2002. [www.revistanefrologica.com](http://www.revistanefrologica.com) .

Magaz Lagos, Angela, 2003. Tesis para obtener doctorado. “Efectos psicológicos de la Insuficiencia renal crónica en función de los tratamientos médicos.”Bilbao-España.

Martínez A. F. 2001. Evolución de las necesidades en función a la edad. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 16(15), pp.453-460. En publicación [http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti\\_10.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti_10.pdf).

Morgan L, Análisis de una década: Método para mejorar la adherencia al tratamiento entre pacientes de hemodiálisis. Revista Especializada de Enfermería Nefrológica. EDTA /ERCA/Journal, 2001, XXVII./ 1. Enero. Marzo 2001.

Ollero Barturone, Manuel, y Cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes Pluripatológicos. 2º ed. Sevilla. Conserjería de Salud, 2007. En <http://www.juntaandalucia.es>

Orem E. D, 1993, Modelo de Orem: La teoría de Enfermería. Una Teoría General, Madrid. Masson- Salvat Cáp. 3, p. 7 -22  
Otero A, Francisco M. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. Revista Nefrológica, 2003; V 23

Ostiguin R. M y Velásquez, H. S. (2000) “Método de trabajo y modelo de Orem: Una propuesta de implementación” En Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 8, N° 1, enero-febrero, ínter sistemas de México.

Pérez Alicia y Cols “Necesidad de la Enfermera en la información Pre diálisis” seden- Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Libro de comunicación del XXII del Congreso – Seden. Santander, 1997, Pág. 228-234.

Pérez Noriega E. Estudio de Caso desde la perspectiva del Modelo del déficit de Autocuidado aplicado al receptor con valvulopatía coronaria. Revista Mexicana. Enfermería Cardiológica. Vol. 12, nº 1. Enero-Abril 2004

Rivera Álvarez, Luz. Investigación. “Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas”. Colombia -2006. Revista - Salud Pública.8 (3): 235-247.

Rebollo Álvarez, P. Factores asociados a la calidad de Vida de los Pacientes en Hemodiálisis relacionados con la salud: Revisión Bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. N° 2, Volumen XX, 2000

Rodríguez Arroyo, José. Curso Gestión Hospitalaria. Modulo Básico 2º de la Gerencia central de RRHH y Gerencia de Capacitación y Desarrollo. Lima Lambayeque-Junín-Arequipa-2001

Sellares, V. y Cols. Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Transplante Renal, 2º ed. Ed. Elsevier- Barcelona España, 2002

Tobo Natividad y Cols.” Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación con las características biológicas y sociales, del individuo con insuficiencia renal

crónica Terminal en hemodiálisis”. Corporación Editora Médica del Valle, Colombia2001; Vol26:141- 45. Colombia médica. [univalle.edu.co/VOL26NO4/cumplimiento.html](http://univalle.edu.co/VOL26NO4/cumplimiento.html).

Veronessi Guillermina, Maria. Tesis. “Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en los pacientes Clínica de Hemodiálisis FMC-Bs. As. 2004. [www.nutrinfo.com.ar](http://www.nutrinfo.com.ar).

Epidemiología de la salud renal. Estrategias nacionales para enfermedades vasculares [www.minsa.gob.pe/estrategiasnacionales/saludrenal/epidemiologia de ERC-Junio.2006](http://www.minsa.gob.pe/estrategiasnacionales/saludrenal/epidemiologia_de_ERC-Junio.2006)

“El Paciente en Hemodiálisis.” 2002, México: pp.1-4.  
<http://donación.organos.ua.es/p-renal/autocuidado.htm>.

K/DOQI Clinical Practise guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J. Kidney Dis 2003;39 (Suppl1): S1-S89.

La Asociación renal del Reino Unido. El sexto informe anual, Diciembre 2003.  
[www.renalreg.com](http://www.renalreg.com)

## ANEXOS



**ANEXO “A”  
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	<b>VALOR FINAL DE LA VARIABLE</b>
Capacidad de Autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica	1. Conjunto de habilidades y conocimientos que presenta el paciente con tratamiento de hemodiálisis periódica al desarrollar actividades de la vida cotidiana para satisfacer necesidades básicas y hacer frente a la enfermedad	A. Actividades de la vida cotidiana.  B. Conocimientos acerca de la enfermedad para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad.	1. Higiene 2. Alimentación 3. Vestido 4. Movilización 5. Eliminación  6. Medicación 7. Dieta 8. Asistencia al tratamiento de hemodiálisis 9. Cuidado del acceso vascular 10. Asistencia al control medico periódico. 11. Cuidado frente a situaciones de urgencias por diálisis: hiperkalemia y edema agudo de pulmón	Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal  Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal  Ordinal Ordinal Ordinal	Si alcanza puntajes de:  14–15 :Alto 10–13 : Medio 5 - 9 : Bajo  Si alcanza puntajes de :  35 – 45 : Alto 25– 34 : Medio 15 –24 : Bajo	Capacidad de Autocuidado  Alto Medio Bajo

## ANEXO "B"

### DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

**POBLACIÓN TOTAL:**

$$N = \frac{\frac{(p \cdot q)}{(e/z)^2}}{1 + \frac{(p \cdot q)}{(e/z)^2}}$$

**N**

**DONDE:**

**N** = Población Total

**p** = 0.5

**q** = 0.5

**e** = 0.05

**z** = 1.96

**Sustituyendo:**

$$n = \frac{384.20162}{1 + \frac{384.20162}{500}}$$

$$n = \frac{384.20162}{1 + 0.7684032}$$

**n = 218**

## ANEXO: "C"

### INSTRUMENTO

#### VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS PERIÓDICA

El presente instrumento, tiene por objetivo determinar la capacidad de autocuidado que tiene el paciente en hemodiálisis periódica frente a actividades de la vida cotidiana, y frente a la enfermedad.

I. **INSTRUCCIONES:** Presentamos el Instrumento de Valoración que contiene:

1. Valoración de Habilidades al realizar actividades de la vida cotidiana que evalúa 5 actividades básicas de la vida diaria: Alimentación, higiene, vestido, eliminación y uso de baño, movilización y deambulaci3n
2. Valoraci3n del nivel de conocimiento al realizar acciones de autocuidado para hacer frente a la enfermedad. Se considera 6 indicadores: Frente al cumplimiento en la administraci3n de medicaci3n prescrita, en la dieta, en la asistencia al tratamiento dialitico, en la asistencia a la consulta externa, en el cuidado de acceso vascular, en situaciones de urgencias dialiticas.

Para la recolecci3n de la informaci3n se realizar3 la t3cnica de entrevista estructurada

Ud. Marcar3 con un **X** en el circulo segun las respuestas dadas por el entrevistado

A Continuaci3n se presenta la definici3n de t3rminos que se utilizar3n para clasificar la capacidad de autocuidado del paciente en hemodi3lisis peri3dica:

- a) No necesita ayuda, humana, ni vigilancia: Cuando el paciente no requiere intervenci3n, ayuda de otra persona, ni vigilancia para realizar la actividad.
- b) Necesita ayuda parcial, requiere ayuda o intervenci3n de otra persona para realizar alguna acci3n o solo vigilancia
- c) Necesita ayuda total, requiere ayuda total de otra persona, para realizar la actividad, su colaboraci3n es m3nima.

#### II. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos:.....

Edad: (Escriba la edad en el casillero)

Sexo: (marque con un X donde corresponda)

Femenino

Masculino

Tiene Diabetes Mellitus:

SI

NO

### D.1 PRUEBA DE LA NORMALIDAD SEGÚN SHAPIRO & WILK

ACTVCOT : Puntajes de la Actividad cotidiana

Sujeto	Puntajes de la Actividad de la vida cotidiana	Coefficiente de Shapiro-Wilk	Suma de Extremos
8	6	0.4254	3.8286
19	7	0.2944	2.3552
7	8	0.2487	1.7409
13	8	0.2148	1.5036
21	9	0.187	1.122
5	10	0.163	0.815
17	10	0.1415	0.7075
10	10	0.1219	0.6095
20	10	0.1036	0.518
22	11	0.0862	0.3448
14	14	0.0697	0.0697
18	14	0.0537	0.0537
28	14	0.0381	0.0381
16	15	0.0227	0
23	15	0.0076	0
15	15		
24	15	b =	13.7066
12	15	S <sup>2</sup> =	261.46667
25	15	Wcal =	0.9185271
9	15	Wcri =	0.927
26	15	Puesto que Wcal < Wobs	
4	15	se concluye que la	
27	15	Distribución	
1	15	ES NORMAL	
2	15		
6	15		
11	15		
3	15		
29	15		
30	15		

**D.2 ACTRENF: PUNTAJES DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD**

Sujeto	Puntajes de Actividades frente a la enfermedad	Coefficiente de Shapiro-Wilk	Suma de Extremos
19	20	0.4254	8.0826
29	20	0.2944	5.0048
21	22	0.2487	3.4818
10	23	0.2148	2.5776
18	24	0.187	1.683
13	24	0.163	1.304
17	24	0.1415	1.132
24	25	0.1219	0.8533
12	25	0.1036	0.6216
16	26	0.0862	0.3448
27	26	0.0697	0.2788
28	26	0.0537	0.2148
4	27	0.0381	0.1143
20	27	0.0227	0.0454
22	28	0.0076	0.0076
15	29		
2	29	b =	25.7464
8	30	S <sup>2</sup> =	679.2
1	30	Wcal =	0.9759675
6	30	Wcri =	0.927
3	30	Puesto que Wcal > Wobs	
23	31	se concluye que la	
26	32	Distribucion	
30	32	ES NORMAL	
25	32		
7	33		
11	35		
14	36		
5	37		
9	39		

**D. 3**

GLOBAL: Suma de Puntajes

GLOBAL = ACTVCOT + ACTRENF

Sujeto	GLOBAL	Coefficiente de Shapiro-Wilk	Suma de Extremos
19	27	0.4254	11.4858
21	31	0.2944	5.5936
13	32	0.2487	4.4766
10	33	0.2148	3.0072
17	34	0.187	2.431
29	35	0.163	1.956
8	36	0.1415	1.5565
20	37	0.1219	1.0971
18	38	0.1036	0.7252
22	39	0.0862	0.5172
24	40	0.0697	0.3485
12	40	0.0537	0.2148
28	40	0.0381	0.1524
7	41	0.0227	0.0227
27	41	0.0076	0
16	41		
4	42	b =	33.5846
15	44	S <sup>2</sup> =	1147.8667
2	44	Wcal =	0.9826275
6	45	Wcri =	0.927
1	45	Puesto que Wcri < Wcal	
3	45	se concluye que la	
23	46	Distribución	
30	47	ES NORMAL	
25	47		
26	47		
5	47		
11	50		
14	50		
9	54		

ANEXO “E”

**Hoja de Consentimiento Informado**

Yo, D/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:

**”Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del centro de hemodiálisis- EsSALUD, a la cual voy a ser partícipe.**

**YOTORGO 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.

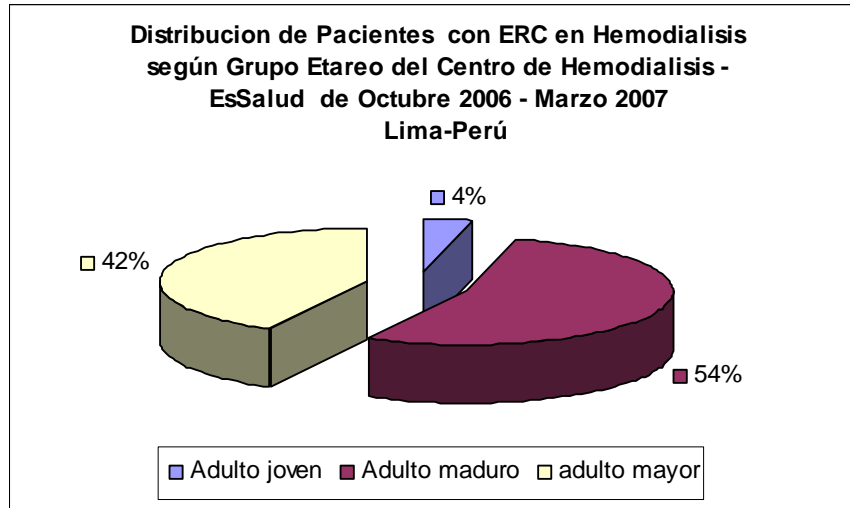
Y para que así conste, firmo el presente documento.

Lima, de, de

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

-----  
Firma del entrevistador

## ANEXO " F "



**CLASIFICACION:**

**ADULTO JOVEN** : 18 – 25

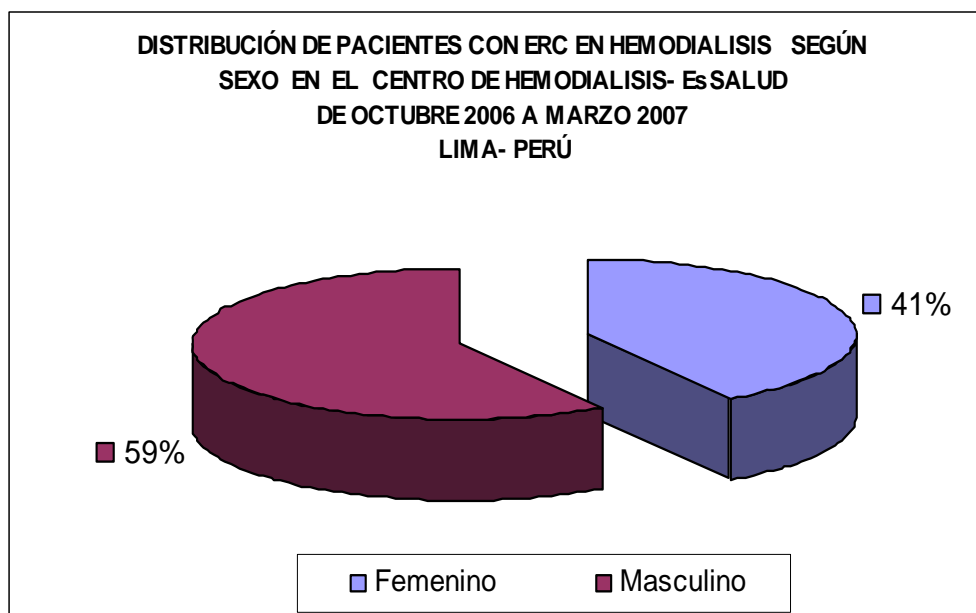
**ADULTO MADURO** : 26 – 59

**ADULTO MAYOR** : 60 – 90



**ANEXO “G”**

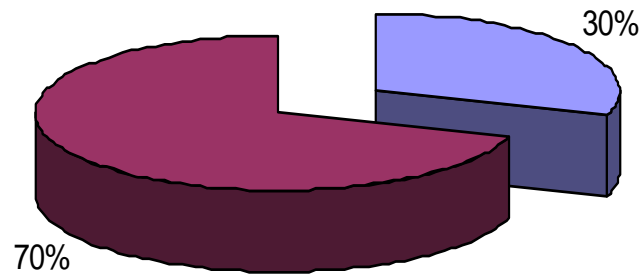
**DISTRIBUCION DE PACIENTES EN HEMODIALISIS PERIODICA SEGÚN SEXO EN EL CENTRO DE HEMODIALISIS DE EsSALUD OCTUBRE 2006- MARZO 2007 LIMA-PERÚ**



**FUENTE: Centro de hemodiálisis de EsSalud - Lima**

**ANEXO ‘H’**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON ERC EN HEMODIALISIS SEGUN  
PRESENCIA DE DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE  
HEMODIALISIS DE EsSALUD DE  
OCTUBRE 2006 - MARZO 2007  
LIMA - PERÚ**

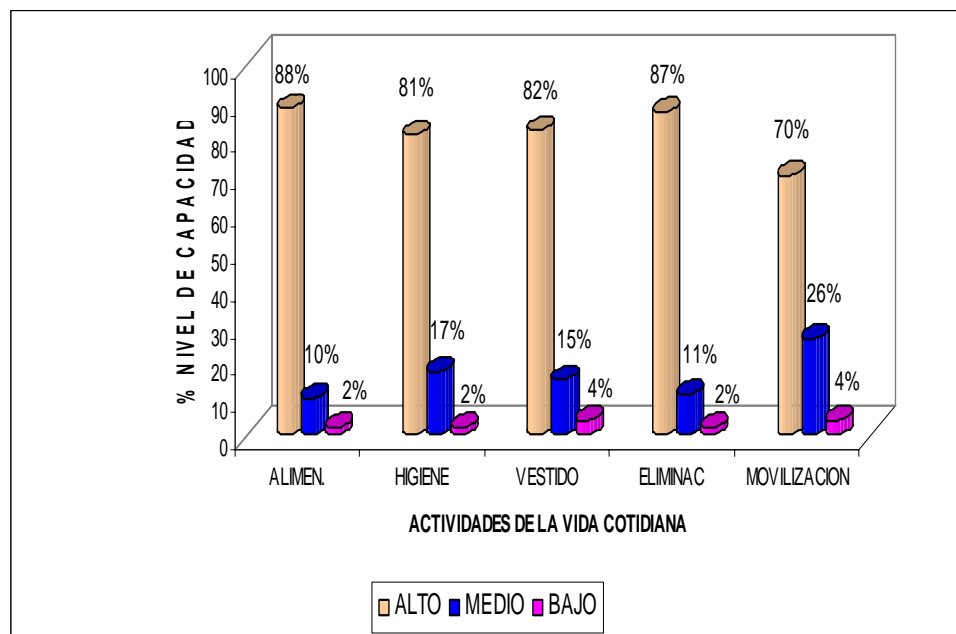


■ DIABETICOS      ■ NO DIABETICOS

**FUENTE : Centro de hemodiálisis de EsSalud - Lima**

## ANEXO I

### NIVEL DE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS PERIÓDICA DEL CENTRO DE HEMODIÁLISIS DE ES SALUD FRENTE A LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA OCTUBRE 2006.MARZO 2007 LIMA- PERÚ



POB .TOTAL:  
218(100%)

## ANEXO “J”

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS PERIÓDICA DEL CHD DE EsSALUD PARA HACER FRENTE A LA ENFERMEDAD OCTUBRE 2006-MARZO 2007

AUTOCUIDADO FRENTE A LA ENFERMEDAD: ÍTEMS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>CUMPLIMIENTO EN LA MEDICACIÓN</b>								
Cumplimiento en la administración de medicamentos: Los toma	143	66	58	27	17	8	218	100
Conocimiento de complicaciones por incumplimiento de la administración de medicamentos.	51	23	110	51	57	26	218	100
<b>CUMPLIMIENTO EN LA DIETA ESTABLECIDA</b>								
Conocimiento de alimentos según su contenido proteico	86	39	98	45	34	16	218	100
Conocimiento de alimentos con alto contenido de potasio	40	18	131	60	47	22	218	100
Conocimiento sobre cuidados en la preparación de alimentos	94	43	110	51	14	6	218	100
Conocimiento de alimentos según su contenido en fósforo	22	10	131	60	65	30	218	100
Conocimiento sobre cuidados en el consumo de sal y líquidos	100	46	108	50	10	5	218	100
<b>CUMPLIMIENTO EN LA ASISTENCIA DE LA FRECUENCIA DE HEMODIÁLISIS PERIÓDICA PRESCRITA</b>								
Asistencia en el tratamiento de hemodiálisis periódica prescrita según frecuencia y hora indicada	172	79	40	18	6	3	218	100
<b>CUMPLIMIENTO EN LA ASISTENCIA A LA CONSULTA EXTERNA</b>								
Asistencia a las citas programadas para consulta externa de los diferentes servicios citados	147	67	56	26	15	7	218	100
<b>CUMPLIMIENTO EN EL CUIDADO DEL ACCESO VASCULAR</b>								
Identifica el tipo de acceso vascular que tiene	184	84	22	10	12	6	218	100
Conocimiento sobre cuidados a tener con el acceso vascular	51	23	130	60	37	17	218	100
<b>CONOCIMIENTOS FRENTE A SITUACIONES DE URGENCIA DIALÍTICAS: HIPERKALEMIA, EAP</b>								
Conocimiento de signos y síntomas en caso de presentar hiperkalemia	18	8	119	55	81	37	218	100
Conocimiento sobre que hacer frente a una situación de urgencia dialítica de hiperkalemia	141	65	48	22	29	13	218	100
Conocimiento de signos y síntomas en caso de presentar edema agudo de pulmón	10	5	117	54	91	42	218	100
Conocimiento sobre que hacer frente a una situación de urgencia dialítica de edema agudo de pulmón	154	71	40	18	24	11	218	100

**ANEXO: "K"**

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS PERIÓDICA DEL CHD DE  
EsSALUD EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA Y SU RELACIÓN  
CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD  
OCTUBRE 2006 – MARZO 2007  
LIMA - PERÚ

Actividades de la Vida Cotidiana	Nivel de Conocimiento						Total	
	BAJA		MEDIA		ALTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>BAJA</b>	1	20 %	8	7 %	0	0 %	9	4 %
<b>MEDIA</b>	2	40 %	24	21 %	11	11 %	37	17 %
<b>ALTA</b>	2	40 %	84	72 %	86	89 %	172	79 %
<b>Total</b>	5(2%)	100%	116(53%)	100 %	97(45%)	100 %	218	100 %

Chi-cuadrado de Pearson = 16,27647; GL = 4;

$p = 2,66975631650028E-03$

Chi Cuadrado Lineal. Asociación lineal por lineal = 15,26780;

GL = 1;  $p = 9,32931714665646E-05$

