

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y
CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON
HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019”**

Tesis presentada por la Enfermera:

CJURO HUACAC, JACQUELINE
ANGELICA

Para optar el Título de Segunda
Especialidad en Enfermería, con mención
en: NEFROLOGÍA.

Asesora: Dra. Vilma Luz Antonia Gutierrez
Araujo.

AREQUIPA – PERÚ

2020

ACEPTACION DE LA ASESORA

La presente tesis, "CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019" reúne las condiciones y tiene mi conformidad.



Dra. Vilma Luz Antonia Gutierrez Araujo.
Asesora

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Clotilde Betzabe Villena Pacheco	Presidenta
Dra. Vilma Luz Antonia Gutierrez Araujo	Vocal
Mg. Juana de La Salle Gutierrez Neyra	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 23 de enero del 2020, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.



Mg. Juana de la Salle Gutierrez Neyra
Secretaria

ÍNDICE

Pag.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

- A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....10
- B. OBJETIVOS.....14
- C. HIPÓTESIS.....15

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- A. ANTECEDENTES.....16
- B. BASE TEÓRICA.....19
- C. DIFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.....51
- D. ALCANCES Y LIMITACIONES.....-.....52

CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO

- A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....53
- B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....54
- C. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....55
- D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN
DE DATOS.....58

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

- A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS.....59
- B. DISCUSION.....63

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- A.CONCLUSIONES.....78
- B. RECOMENDACIONES.....79

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIRECCIONES DIGITALES

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01: CARACTERÍSTICAS GENERALES Y ESPECIFICAS DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	60

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 01: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION: TECNICA DE DIALISIS, EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	62
CUADRO 02: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION: ACCESO VASCULAR, EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	63
CUADRO 03: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION: FOSFORO Y POTASIO, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	64
CUADRO 04: CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION: ERITROPOYETINA Y ANEMIA, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	65
CUADRO 05: AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: INTERACCION SOCIAL, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	67
CUADRO 06: CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: BIENESTAR PERSONAL, PACIENTES CON HEMODIALISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	68
CUADRO 07: CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: ACTIVIDAD Y REPOSO, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	69
CUADRO 08: CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: CONSUMO DE ALIMENTOS, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	70
CUADRO 09: CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL	71

	ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	72
CUADRO 10:	CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO GLOBAL, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	
CUADRO 11:	CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.	73

RESUMEN

La tesis TITULADA” **CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019**”, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad renal crónica y capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hemodiálisis, Hospital Antonio Lorena, Cusco 2019. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, y diseño correlacional, de corte transversal, las variables de estudio fueron: conocimientos de enfermedad renal crónica y capacidad de agencia de autocuidado. La población objetivo estuvo constituido por: 74 personas con enfermedad renal crónica en pacientes con hemodiálisis a quienes se aplicó los siguientes instrumentos: el primero una entrevista para recogida de datos generales y específicos, el segundo un test para identificar el nivel de conocimientos sobre enfermedad renal crónica y el tercero un cuestionario para detectar la capacidad de agencia de autocuidado. En la relación se usó la prueba estadística del χ^2 cuadrado teniendo como resultado en el nivel de conocimientos de enfermedad renal crónica, el nivel de conocimientos de enfermedad renal crónica de la población en estudio, tiene el 50% de regular nivel y un 39.2% de la capacidad de agencia de autocuidado la mayoría muestra mediano nivel. Se concluye que, existe una relación significativa entre los niveles de conocimientos de enfermedad renal crónica con la capacidad de agencia de autocuidado.

Palabra clave: Enfermedad renal crónica, hemodiálisis, capacidad de agencia de autocuidado.

ABSTRACT

The objective of the thesis entitled "KNOWLEDGES ON CHRONIC RENAL DISEASE AND SELF. CARE AGENCY CAPACITY IN PATIENTS WITH HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019", aimed to determine the relationship between the level of knowledges on chronic renal disease and self. Care agency capacity in patients with Hemodialysis, Hospital Antonio Lorena Cusco 2019", The design used corresponds to the descriptive, correlational, cross-sectional method, the study variables were: knowledges about chronic kidney disease and self. Care agency. The target population consisted of: 74 people with terminal chronic kidney disease on hemodialysis to whom the following instruments were applied: the first interview to collect general and specific data, the second a test to identify the level of knowledges about chronic kidney disease and the third questionnaire to detect the level of self – care agency. From the analysis of the level of knowledges of chronic renal failure, the highest percentage of the population under study, have a 50% regular level and the self – care agency, the 39.2 % majority shows medium level.

It is concluded that, there is a relationship between the levels of knowledges of chronic renal failure with the self – care agency.

Keywords: chronic renal failure, hemodialysis self – care agency.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la enfermedad renal crónica, es una de las enfermedades más prevalentes en la población de todo el mundo, de aumento rápido y progresivo, en fases avanzadas, la enfermedad toma el carácter de “terminal” Sin embargo, gracias a las terapias de sustitución renal y del trasplante se ha incrementado con éxito la sobrevida.

Así, se observa que los pacientes presentan con frecuencia dudas y comportamientos que sugieren un déficit de conocimientos sobre la hemodiálisis y los aspectos que la rodean, haciéndose preciso otorgar proceso educativo con el fin de incrementar el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad, tratamiento y aparición de complicaciones, pues la educación es un proceso que tiene como finalidad facilitar las modificaciones en la conducta

La actuación primordial de enfermería en los pacientes con enfermedad crónica se centra en ayudarles a vivir con su problema de la forma más saludable, prestarle atención y fomentar su autocuidado, el incumplimiento del tratamiento, y la falta de conocimientos y/o no colaboración del paciente, es un serio problema, ocasionando importantes complicaciones, la demora de la información tiene un efecto negativo,

La Hemodiálisis es una de las alternativas de tratamiento de la enfermedad renal crónica y es la terapia más usada con mayor frecuencia por la población que la padece siendo necesario la educación y entrenamiento de pacientes ingresantes a las Unidades de Hemodiálisis.

Al respecto, la capacidad de agencia de autocuidado es primordial en personas con tratamiento de enfermedad renal crónica, ya que reduce la incidencia de mortalidad, complicaciones y mejora la calidad de vida; además deben cumplir un régimen de vida restrictivo en los siguientes aspectos: control en la ingesta de líquidos, una dieta adecuada, la administración de gran número de medicamentos y diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Muchos de estos pacientes fracasan en la aceptación o adaptación al tratamiento prescrito por el médico siendo los principales motivos para el incumplimiento terapéutico, lo cual puede empeorar su salud.

El tratamiento de la enfermedad renal crónica, tiene un impacto significativo en la vida de estas personas, requerido en la semana y que interfiere con sus actividades productivas y calidad de vida, por ello, requieren de conocimientos que les permitan realizar las acciones de autocuidado.

Por tanto, el propósito de la presente investigación es dar a conocer información actualizada de los conocimientos que acerca de su enfermedad tienen los pacientes con Enfermedad Renal Crónica y como participan en su autocuidado, para con los resultados diseñar estrategias y aplicar programas para desarrollar y fortalecer la capacidad de agencia de autocuidado, así mismo los resultados servirán de evidencia a las instituciones en estudio.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACION DEL PROBLEMA

La Enfermedad renal crónica (ERC) implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para: eliminar los productos de desecho, mantener en equilibrio la cantidad de líquidos en el organismo, controlar la presión arterial, facilitar la producción de glóbulos rojos y regular los niveles de calcio y fósforo. (Sociedad Internacional de Nefrología, 2015)

Tal enfermedad, determina que la persona viva con una función renal notablemente disminuida y alta probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, causando enfermedades cardiovasculares, neuropatías, anemia entre otros y es definida como un conjunto de alteraciones en la estructura o función del riñón, presente por un tiempo mayor a 3 meses y con implicaciones para la salud de la persona. (Sociedad Chilena de Nefrología, 2016)

Para mantenerse con vida, debe seguir tratamientos de sustitución renal no curativos los cuales son invasivos y demandantes, lo que implica un alto costo físico, psicosocial, económico, entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, acompañados de una dieta estricta y restricciones en la ingesta de líquidos, toma de medicamentos, ya sea para suplir o para controlar los efectos secundarios de la infección renal crónica o de la enfermedad que la causó (Morgan L. y cols. 2015)

Al respecto, el cuidado humano representa para Enfermería el objeto de la formación y eje del desempeño laboral, por todo ello, es que se debe educar ampliamente al paciente renal, la enfermera debe desarrollar actividades inherentes a brindar orientación educativa al paciente hospitalizado o al que acude continuamente a recibir algún tipo de tratamiento; ya que por encontrarse durante la mayor parte del tiempo en contacto con él, es ella quien conoce a mayor profundidad las necesidades de salud, educación y apoyo emocional que el paciente requiere. (Gómez, D. 2014)

Por tanto, es necesario que la enfermera encargada de la atención al paciente renal sea una profesional que se actualice constantemente en aspectos referentes a manejo de conflictos derivados de la enfermedad, para orientar adecuadamente al paciente, ayudándolo a llevar un mejor control de su enfermedad, (Castro Kikuchi, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que en el mundo hay aprox. 150 millones de personas con enfermedades asociadas a la enfermedad renal crónica. Se predice que para el año 2025 esta cifra se duplicaría a más de 300 millones. (OMS. 2017).

En Perú, en el año 2017, las enfermedades del sistema urinario, incluyendo enfermedad renal crónica, ocuparon el séptimo lugar entre las principales causas de morbilidad en personas de 18 a 29 años, equivalente al 4.8% de dicha población; en el grupo etario de 30 a 59 años ocupa el cuarto lugar con un 5.7% y por último entre la población de 60 años a más, ocupa el sexto lugar con un 4.3%. (MINSA 2016) En cuanto a índices de mortalidad, el 2012, se registraron 3546 defunciones. (INEI 2016) EsSalud, que atiende al 20% de la población, tiene cobertura en gran parte del país para hemodiálisis y cubre los costos derivados de ésta, mientras que el 80% restante pertenece al Ministerio de Salud. (Meneses, V. y Col, 2003) El costo integral anual por paciente en Diálisis Peritoneal es de S/. 33,079.00 nuevos soles; este monto de dinero es asumido solamente por la Seguridad Social. (EsSalud, 2016) Según el último informe oficial de EsSalud (2016), la población asegurada representó un 32.5% del total de la población estimada del país, esta institución brinda atención integral en diálisis a más de 10,000 personas, prevaleciendo el tratamiento de hemodiálisis (86%) y la minoría en la modalidad de Diálisis Peritoneal (14%).

En Cusco, dicha institución atiende cerca del 50% de las personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal, 731 enfermos que están a la espera de recibir un trasplante de riñón. Un total de 141 reciben Diálisis Peritoneal y 590 Hemodiálisis. (EsSalud, 2014).

En el Hospital Antonio Lorena (2017), la población asegurada con SIS representó un 78.5% del total de la población estimada del país, esta institución brinda atención integral en diálisis a más de 12,000 personas, prevaleciendo el tratamiento de hemodiálisis (76%), dicha institución atiende cerca del 50% de las personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal, 123 enfermos que están a la espera de recibir un trasplante de riñón. Un total de 470 Hemodiálisis. (Hospital Antonio Lorena, 2015).

Así, la persona ingresante a una Unidad de Hemodiálisis debe tener el máximo nivel de conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento para que puedan adherirse al mismo, modificando sus hábitos de vida e implementando los autocuidados necesarios, de tal manera que se pueda lograr el éxito de su tratamiento que redundara en su parcial bienestar y disminuirá los riesgos y perturbaciones que pudieran derivarse de un mal manejo de la misma. . (Magaz 2018)

Por tanto, el problema a investigarse tiene especial trascendencia, por tratarse de una patología crónica degenerativa e irreversible, cuyo incremento va en aumento progresivo; así lo demuestran las estadísticas registradas por el Ministerio de Salud, donde se traza un porcentaje entre el 23% al 29% de morbilidad (Dirección General de Epidemiología, 2016).

Teniendo en cuenta la magnitud del problema, es que las actividades de autocuidado tienen gran importancia por la influencia que ejercen en el control de los principales factores de riesgo que originan complicaciones en la persona que se encuentra en dicho tratamiento, entendiéndose a la capacidad de agencia de autocuidado como las habilidades especializadas que permiten a los individuos identificar y satisfacer los requerimientos para su funcionamiento y desarrollo, el autocuidado hace referencia a las habilidades obtenidas a favor de sí mismo según los conocimientos adquiridos de la enfermedad.(Gallegos Cabriales E. 2017)

Ante esta realidad y siendo la enfermedad renal crónica una enfermedad que tiene un curso de evolución largo, afecta a otros aparatos y sistemas que en un principio no se veían implicados y su abordaje terapéutico permite solo una recuperación parcial, es que se necesita de la participación de la enfermera promoviendo el autocuidado, la autonomía y la autorresponsabilidad del paciente, tomando en cuenta que el conocimiento es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología y de su acertada comprensión depende la concepción que se tenga del mundo y que el cuidado humano representa para Enfermería el objeto de la formación y eje del

desempeño laboral, por todo ello, es que se debe educar ampliamente al paciente renal. (Gómez, D. 2015)

Por tanto, la enfermera en su rol de educadora debe proporcionar conocimientos acerca de la enfermedad renal crónica, además debe generar y fortalecer la capacidad de gestión de autocuidado en el paciente renal, para evitar el deterioro progresivo de su salud y la presencia de complicaciones de la hemodiálisis, tomando en cuenta la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, por lo que se justifica la realización del presente estudio y se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre los conocimientos de enfermedad renal crónica con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hemodiálisis Hospital Antonio Lorena, Cusco 2019?

B. OBJETIVOS:

1.- GENERAL

Determinar la relación entre los conocimientos de enfermedad renal crónica con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena, Cusco 2019.

2.- ESPECÍFICOS

2.1 Características generales y específicas de la población de estudio según: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de tratamiento y trabajo actual.

2.2 Evaluar el nivel de conocimientos sobre insuficiencia renal crónica en las dimensiones: técnica de diálisis, acceso vascular, conocimiento sobre fosforo y potasio, conocimiento sobre eritropoyetina y anemia en pacientes con hemodiálisis.

2.3 Identificar la capacidad de agencia de autocuidado en las dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal, en pacientes con hemodiálisis.

2.4 Relacionar el nivel de conocimientos de enfermedad renal crónica con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis.

C. HIPOTESIS

Es probable que exista relación entre los conocimientos de enfermedad renal crónica con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena, Cusco 2019.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

SAMANIEGO, LOM ELIA C y Cols.(2018) México, quien realizo la investigación “Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis en un Hospital de Segundo Nivel de Atención en Ciudad Juárez, Chihuahua, México concluyeron que los participantes presentaron capacidad de autocuidado baja en actividad y reposo, determinándose deficiente capacidad de autocuidado.

MENDOZA G. GARCÍA H. JIMÉNEZ G (2017), Nicaragua en el estudio gestión del autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la sala de hemodiálisis en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca-Nicaragua conclusión que los pacientes no controlan la ingesta de sodio, potasio, fosforo y en la ingesta de líquido, conocen las acciones de autocuidado pero, no las aplican como debería de ser por tanto presentan severas complicaciones perjudiciales para el bienestar del mismo y la familia.

CHUCTAYA D. Y ENRIQUEZ M. (2016) Perú en el estudio “Agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica terminal Programa DDIPAC H.B.C.A.S.E – ESSALUD”. Arequipa – 2017 llegaron a la conclusión que la agencia de autocuidado: la mayoría de los pacientes del programa de diálisis peritoneal tienen regular nivel de autocuidado y de la calidad de vida la mayoría muestran regular estado de salud.

GÓMEZ D. (2016) España, en el estudio “Autocuidado y calidad de vida en personas con Hemodiálisis”, cuyo objetivo fue identificar la relación existente entre características sociodemográficas y autocuidado, la conclusión: las personas tienen menor calidad de vida en la dimensión de los síntomas de la enfermedad.

GARCÍA A. SANCHO C. (2016), España en el estudio “Autocuidado en el acceso vascular para hemodiálisis en el centro de hemodiálisis Fresenius Sagunto situado en la población de Canet d'en Berenguer (Valencia) concluyeron que existe deficiencia de autocuidados del paciente como consecuencia de un déficit de conocimiento”

PEÑA L. (2016) Lima – Perú, realizó un estudio Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis Nuestra Señora del Carmen, Cañete, concluyeron que los pacientes tienen un autocuidado inadecuado en la alimentación, control 21 de líquidos higiene personal y cuidados de la piel, descanso.

CRUZ A. SERNAQUE T. (2016), Perú, en el estudio “Relación entre el nivel de información y el nivel de autocuidado en el paciente con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Concluyen el nivel de información es regular, seguido de 40 % de nivel bueno y 8 % de nivel de información malo y autocuidado deficiente.

B. BASE TEÓRICA

1. CONOCIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1.1. Conceptualización

La enfermedad renal crónica se define como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de líquidos, electrolitos y el metabolismo, lo cual culmina en uremia (retención de urea y otros desechos nitrogenados en la sangre). (BRUNNER y Cols. 2015)

La enfermedad renal crónica, es una disminución progresiva irreversible de la tasa de FG. Esto ocurre como consecuencia de la pérdida permanente de nefronas, la disminución de estos elementos, condiciona una hipertrofia funcional, es por esta razón que los riñones dejan de cumplir con su función normal. (RODÉS J. y Cols. 2017).

Se considera la enfermedad renal crónica como la pérdida de la función renal progresiva y permanente, la que puede presentarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario como adquiridas. En su etapa terminal requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal El fracaso renal crónico irreversible lleva a la muerte a una gran cantidad de personas. (MINSa 2016).

1.2. Anatomía - fisiología de los riñones

El ser humano cuenta con 2 riñones que se ubican en la zona lumbar a ambos lados de la columna vertebral. Cada riñón está compuesto por cerca de un millón de nefronas, que son las unidades estructurales y funcionales encargadas de formar la orina. Las funciones que estos realizan son vitales para mantener la vida:

-) Filtran la sangre, reteniendo algunas sustancias y desechando otras que son tóxicas para el organismo.
-) Retiran de la sangre el exceso de agua sodio y potasio y fosforo.
-) Ayudan a regular la presión arterial.
-) Producen eritropoyetina, hormona que estimula la producción de los glóbulos rojos.
-) Activan la vitamina D que ayuda a mantener los huesos sanos y fuertes.

1.3. Etiología y Epidemiología

La enfermedad renal crónica representa la incapacidad de los riñones para eliminar del organismo los productos de desecho o para llevar a cabo sus funciones reguladoras. Ello da lugar a desequilibrios hidroelectrolíticos, alteraciones ácido-básicas y deterioro de las funciones endocrina y metabólica. La insuficiencia renal puede deberse a diferentes causas, como isquemia, infecciones, nefrotoxicidad, hipertensión, glomerulonefritis, o bien otros trastornos como la diabetes mellitus o el lupus eritematoso, etc.

Se calcula que cada año muere en EE.UU. 42000 personas por enfermedad renal crónica irreversible. La insuficiencia renal aguda tiene una incidencia de 20-40 casos anuales por cada millón de habitantes, al alrededor de la mitad de los pacientes hospitalizados desarrollan insuficiencia renal aguda; la mortalidad se acerca al 50%.

Los datos estadísticos reflejan el creciente número de enfermos críticos que acuden actualmente a los hospitales de asistencia aguda y el incremento de la población de edad avanzada. Las personas mayores están especialmente expuestas debido a la atrofia de las nefronas como parte normal del proceso de envejecimiento.

La enfermedad renal crónica es un trastorno progresivamente destructivo, produce mayores cambios degenerativos que la insuficiencia renal aguda. (MINSa 2016).

1.4. Fisiopatología

Cuando existe daño renal, las nefronas se hipertrofian y se produce así un aumento de la carga de solutos a nivel de cada uno de las nefronas restantes, aumento explicable por la elevación plasmática de urea y también por la mayor filtración glomerular a nivel de cada nefrona.

Entre las consecuencias de esta situación se observa una mengua de la capacidad de concentración de las nefronas normales y de capacidad de los riñones para excretar una orina sin sales. El resultado inicial es la poliuria sin embargo el volumen urinario disminuye conforme la insuficiencia renal se vuelve grave.

Cuando la filtración glomerular ha descendido hasta 5 a 10% de valor normal observándose una disminución correspondiente del volumen urinario ya no puede ser eliminados la sal y el agua ingerido que normalmente son ingeridos por los alimentos, sobreviniendo entonces la hipertensión, edema e insuficiencia cardiaca congestiva (BRUNNER y Cols. 2015).

1.5. Sintomatología

Las personas con tratamiento de hemodiálisis presentan síntomas tales como: la sensación de malestar general, fatiga, picazón generalizada, dolor de cabeza, pérdida de peso, inapetencia, náuseas, piel oscura, dolor óseo, somnolencia, confusión, problemas para concentrarse o pensar, adormecimiento de manos, pies y otras áreas, calambres, mal aliento, susceptibilidad a sangrado, sed excesiva, hipos frecuentes, bajo nivel de interés sexual, impotencia, amenorrea, edema de pies y manos. (PATEL P. 2017).

1.6. Estadios evolutivos de la enfermedad renal crónica

Según la propuesta en las guías K/DOQI del año 2015.

a. El estadio 1

Daño renal con FG normal o aumentado (FG $90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), la ERC se establece por la presencia de alguno de los datos de daño renal expuestos en la Tabla 7. Situaciones representativas de este estadio son los casos con micro albuminuria o proteinuria persistente con FG normal o aumentado o el hallazgo ecográfico de una enfermedad poli quística con FG normal o aumentado.

b. El estadio 2

Corresponde a situaciones de daño renal acompañadas de una reducción ligera del FG (FG entre $60 \text{ y } 89 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). El hallazgo de un FG levemente reducido debe llevar a descartar datos de daño renal, fundamentalmente micro albuminuria o proteinuria mediante la realización del cociente albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina y alteraciones en el sedimento urinario mediante el análisis sistemático clásico.

c. El estadio 3.

Existe una disminución moderada del FG (FG entre $30\text{-}59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). Los datos de daño renal pueden estar ausentes o presentes pues ya no se constituyen en parámetros necesarios para el diagnóstico de este estadio. En este estadio se observa un riesgo claramente aumentado de progresión de la enfermedad renal crónica, de complicaciones cardiovasculares y clásica como la anemia o las alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico.

d. El estadio 4.

Es una disminución grave del FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m²). Tanto el riesgo de progresión de la insuficiencia renal al estadio 5, como el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares son muy elevados.

e. El estadio 5.

Existe una FG < 15 ml/min/1,73 m² y se denomina también fallo renal (kidney failure). La valoración de la indicación del tratamiento renal sustitutivo es perentoria, especialmente cuando se presentan síntomas o signos urémicos. (CABRERA S. 2016)

1.7. Enfermedades asociadas al daño renal

Existen muchas condiciones que dañan los riñones, sin embargo, las patologías más frecuentes son:

) **Presión alta** (Hipertensión arterial). La hipertensión con el tiempo daña las arterias, entre éstas las del riñón.

) **Diabetes mellitus**. Aproximadamente la mitad de los pacientes diabéticos desarrolla daño en los glomérulos. Esto empeora si la diabetes se acompaña de hipertensión arterial.

) **Glomerulonefritis**. Esta es una inflamación de los glomérulos y de los pequeños vasos sanguíneos que irrigan el riñón. Es más frecuente en niños y adultos jóvenes. El glomérulo nefritis crónica produce un daño renal irreversible.

) **Síndrome Nefrótico**. En esta enfermedad la pared de los glomérulos se altera, permitiendo que se elimine una gran cantidad de proteínas por la orina. Debido a esto se presenta hinchazón (edema) en diferentes partes del cuerpo (cara, piernas y a veces en todo el cuerpo).

) **Obstrucción de la vía urinaria**. En este caso, la orina no se puede eliminar porque hay un obstáculo que impide su paso hacia el exterior (cálculos, tumores, estrechez de los conductos por donde drena la orina, etc.). Si la obstrucción es importante, afecta a ambos riñones y si después de 2 ó 3 meses no se libera el obstáculo, los riñones se dañan irreversiblemente.

) **Infecciones**. Los gérmenes que invaden el riñón en forma repetida pueden llegar a dañarlo (pielonefritis).

) **Riñón poliquístico.** Es una enfermedad hereditaria que afecta a los riñones y a veces también al hígado. Aparecen múltiples quistes que deforman y destruyen el tejido renal. Estos además se infectan con frecuencia.

) **Lupus eritematoso sistémico.** Es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida que afecta a numerosos órganos del cuerpo, especialmente a los riñones.

) Hay otras enfermedades menos frecuentes que pueden dañar los riñones. También es posible que no se logre determinar la causa de la enfermedad renal. (CATONI M. y Cols. 2016)

1.8. Alternativas de tratamiento

Cuando la función renal se hace insuficiente para mantener al paciente con vida, se plantean dos opciones de tratamiento sustitutivo parcial y total, las cuales incluyen la diálisis (Hemodiálisis y diálisis peritoneal) y el trasplante renal respectivamente. (HAEDO W. y Cols. 2015).

1.8.1. Trasplante renal

Es el implante de un riñón sano donado por otra persona, para reemplazar las funciones de los riñones dañados. El riñón donado es trasplantado al individuo con insuficiencia renal mediante una operación quirúrgica. Para hacer esto, generalmente, no es necesario retirar los riñones enfermos. El riñón donado se instala en la parte anterior y baja del abdomen, más abajo de los riñones enfermos. La persona que da el riñón se llama donante y la que lo recibe receptor (HAEDO W. y Cols. 2015).

1.8.2. Diálisis peritoneal

Es la eliminación de toxinas y de líquido a través de la membrana natural de intercambio llamada: "peritoneo". Consiste en la implantación de un catéter en la cavidad peritoneal para introducir líquido de diálisis dentro del abdomen produciendo intercambio de agua y solutos entre la sangre y dicho líquido aproximadamente tres o cuatro veces al día. (MAGAZ A. 2017)

1.8.3. Hemodiálisis

Es la eliminación de toxinas y líquido a través de un filtro artificial. Requiere un circuito extracorpóreo con necesidad de acceso vascular (catéter, fistula e injerto). Consta de

sesiones intermitentes (3 veces a la semana) de duración variable de 3 a 4 horas. (LAVILLA J. 2016)

La Hemodiálisis es un procedimiento que permite retirar parcialmente del cuerpo el agua y los desechos que se acumulan debido a la enfermedad renal. Con un filtro especial que limpia la sangre (dializador). La sangre viaja desde la fístula arterio-venosa, por unas tuberías o líneas sanguíneas hasta el dializador, donde se limpia y vuelve al cuerpo. (BRUNNER y Cols. 2015)

Es un procedimiento que permite hacer pasar la sangre anti coagulada por tubos rodeados de una solución lavadora que circula en sentido contrario. En esta forma es posible extraer de la sangre una serie de solutos y catabolitos, que se acumulan en la sangre. Es posible también extraer sustancias que puedan haber sido ingeridas o inyectadas al torrente circulatorio. (PIAZZA A. 2017)

Es una técnica de depuración extracorpórea en la que se pone en contacto, a través de una membrana semipermeable la sangre con un líquido de diálisis de características predeterminadas que sustituye las funciones de excreción de solutos, eliminación de líquido retenido y regulación del equilibrio ácido-básico y electrolítico en la insuficiencia renal crónica. (HAEDO W. y Cols. 2015).

Sistema de hemodiálisis

Para realizar un tratamiento de hemodiálisis es necesario extraer la sangre del cuerpo del paciente por medio de tubos estériles (líneas venosas), hacerla circular hacia un filtro de diálisis o dializador y regresarla al paciente. Este proceso se lleva a cabo en forma continua en cada sesión de hemodiálisis, durante el cual la sangre del paciente se libera paulatinamente de las sustancias tóxicas acumuladas a consecuencia de su falla renal. Todo este proceso es controlado por la máquina de hemodiálisis que cuenta con tres principales componentes:

a. Sistema de distribución de dializante. El circuito del dializante es donde se prepara el líquido, que se compone de una solución de agua purificada mezclada con un compuesto electrolítico similar al de la sangre.

b. Circuito sanguíneo extracorpóreo. En este circuito, se extrae sangre del paciente que se hace pasar por un circuito estéril a través del dializador, para después re infundírsela regresándola en forma continua.

c. Dializador Es el elemento fundamental de la hemodiálisis consta de una carcasa donde se incluyen los orificios de entrada y salida de la sangre y el líquido de diálisis. En su interior existen dos compartimientos diferenciados, uno para la sangre y el otro para lo dializado, separados por una membrana semipermeable a través de la cual se producen los intercambios de agua y solutos entre las soluciones de ambos compartimientos. (CENETEC, 2016)

Principios de la hemodiálisis

Considera los siguientes:

a. La Difusión Consiste en un movimiento de partículas de una solución a otra a través de una membrana semipermeable. Cuando la concentración de partículas es menor en una de las soluciones se produce el paso desde la solución con un mayor número de partículas a la que tiene una menor concentración. Cuando ambas soluciones se equilibran el intercambio continúa, pasando el mismo número de partículas de una a la otra.

b. La Ósmosis Es un proceso que ocurre, siempre de manera simultánea a la difusión, cuando hay dos soluciones con diferente volumen. En este caso si ambas soluciones se separan por una membrana, el disolvente pasará de la solución con mayor volumen a la de menor.

c. La Ultrafiltración Consiste en una transferencia simultánea de disolvente y solutos. Si la solución que está a un lado de la membrana tiene una presión menor que la solución que está al otro lado, los líquidos de la zona donde hay mayor presión pasarán al lado de menor presión. (CENETEC, 2015)

El acceso vascular

Es el abordaje de un vaso sanguíneo para poder efectuar la alimentación parenteral, la introducción de sustancias de contraste (arteriografías, flebografías) o isótopos radiactivos, con fines diagnósticos o terapéuticos, realizar extracciones de sangre y también para hemodiálisis. Con esta última finalidad se practican fístulas

arteriovenosas, generalmente en la muñeca, internas o externas, interponiendo entre ambos vasos un puente de material sintético. (DICCIONARIO MEDICO, 2017)

Acceso y vascular son palabras médicas que significan “medio para llegar a la sangre”. Acceso=un medio para llegar y vascular=sangre.

Desde que en la hemodiálisis se empezó a utilizar el acceso a la circulación sanguínea ha sido una práctica esencial, ya que sin un buen acceso vascular es imposible conseguir una hemodiálisis de calidad. La técnica de hemodiálisis requiere pasar la sangre del paciente por un filtro a una velocidad elevada (aproximadamente 250 a 400 ml por minuto). Una vena común no proporciona la suficiente cantidad de sangre, por lo que es necesario usar grandes vasos sanguíneos. (HAEDO W. y Cols. 2016).

Tipos de accesos vasculares

1. El catéter. Se introduce en una vena del cuello o debajo de la clavícula para uso transitorio, hasta que la fístula o el injerto estén en condiciones de usarse. se trata de un acceso vascular transitorio.

2. La fístula. Se crea uniendo una arteria y vena debajo de la piel del brazo, la presión dentro de la vena aumenta, fortaleciendo las paredes de la vena. La fístula toma unos 3 o 4 meses en estar en condiciones de usarse logrando durar muchos años. La fístula arterio-venosa (FAV) es el acceso vascular que tiene mayor duración y que presenta menos complicaciones, de manera que es útil en los pacientes que permanecerán en hemodiálisis un tiempo prolongado.

3. El injerto. Se crea uniendo una arteria y una vena del brazo con un tubo plástico de tal manera de formar un puente en forma de U debajo de la piel. El injerto puede comenzar a usarse unas tres semanas después de la intervención quirúrgica, generalmente no son tan duraderos como las fístulas pero un injerto bien cuidado puede durar varios años. (TEXAS HEART INSTITUTE, 2016)

Complicaciones del acceso vascular

Tanto del catéter como de la fístula, el injerto es poco utilizado:

a. Infección Todos los catéteres constituyen un riesgo de infección porque atraviesan la piel, una importante barrera de defensa del organismo. Este riesgo aumenta mientras más tiempo permanece el catéter. Los signos y síntomas que presenta son: enrojecimiento de la zona alrededor del catéter, secreción purulenta en la zona de instalación, escalofríos y fiebre.

b. Trombosis La trombosis es la coagulación de la sangre, en el interior del catéter. Esto se debe a que la sangre en contacto con un cuerpo extraño tiende a coagular. Para prevenir este problema, se deja dentro del catéter una sustancia que evita la coagulación (Heparina). A pesar de esto muchas veces el catéter se coagula, generalmente por las características propias de coagulación del enfermo.

c. Bajo flujo de sangre Un flujo insuficiente se traduce en una menor eliminación de toxinas durante la diálisis y en un mayor riesgo de coagulación del circuito extracorpóreo y/o del catéter. El catéter puede dar poco flujo de sangre por estar parcialmente coagulado. También puede influir en este problema la posición del catéter; es posible que esté adherido a la pared de la vena y que al movilizar la cabeza o la pierna del paciente (dependiendo de la ubicación del catéter) aumente el flujo de sangre para la diálisis. Si este problema no se soluciona puede ser necesario cambiar el catéter.

d. Desplazamiento El catéter se puede salir cuando el punto de fijación se suelta. Por esto es muy importante evitar fraccionarlo.

e. Sangramiento La FAV normalmente sangra una vez retiradas las agujas. Para detener este sangramiento basta con comprimir con la mano el sitio de punción por aproximadamente 10 a 15 minutos. El paciente se debe retirar de la Unidad una vez que se haya detenido completamente el sangramiento de la fístula. (CATONI M. y Cols. 2015).

Anemia y hemodiálisis

La anemia es la reducción del número de glóbulos rojos por debajo de los límites normales para la edad y sexo del paciente. La anemia es una complicación de la insuficiencia renal crónica que actualmente cuenta con tratamiento efectivo.

Los eritrocitos o glóbulos rojos (GR), son células que se encuentran en la sangre. Su función es transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo. Los GR son producidos en la médula de los huesos. En su interior tienen un pigmento llamado hemoglobina, el que les da su color rojo. La hemoglobina a su vez contiene hierro, elemento fundamental en su estructura. La hemoglobina es el principal transportador de oxígeno en la sangre. (CATONI M. 2015)

La anemia reduce el aporte de oxígeno a los tejidos. Los órganos que requieren mayor cantidad de oxígeno se afectan más. Sin embargo, el organismo compensa este defecto y se adapta a él por ejemplo, aumentando la frecuencia cardíaca. Los síntomas dependen también de cuán lenta o rápida sea la anemización.

a. Glóbulos rojos

Los eritrocitos o glóbulos rojos (GR), son células que se encuentran en la sangre. Su función es transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.

Los GR son producidos en la médula de los huesos. En su interior tienen un pigmento llamado hemoglobina, el que les da su color rojo. La hemoglobina a su vez contiene hierro, elemento fundamental en su estructura. La hemoglobina es el principal transportador de oxígeno en la sangre.

Un glóbulo rojo vive alrededor de 120 días. Al envejecer son retirados de la sangre principalmente por el bazo. Así, la médula ósea está constantemente produciendo nuevos glóbulos para reemplazar a los que se destruyen.

b. Producción de glóbulos rojos

La producción de glóbulos rojos puede considerarse análoga a la fabricación de un producto:

- La “fábrica” es la médula de los huesos.
- Los “trabajadores” son las células de la médula ósea, progenitoras de los eritrocitos.
- La “materia prima” es la buena nutrición, el hierro, el ácido fólico y las vitaminas B12 y B6.
- La eritropoyetina actúa “estimulando” a los trabajadores.

c. La eritropoyetina (EPO)

Es una hormona producida en los riñones, desde donde viaja por la sangre hasta la médula ósea. Allí acelera la multiplicación de las células que se transformarán en glóbulos rojos y también estimula la producción de hemoglobina. En la insuficiencia renal se reduce la producción de EPO y esa es la causa principal de anemia. (CATONI M. 2015)

En la insuficiencia renal se reduce la producción de EPO y esa es la causa principal de anemia en dichos pacientes.

Para evaluar la anemia, se realiza dos pruebas:

El hematocrito: El hematocrito es el porcentaje de glóbulos rojos en relación al volumen total de sangre. Valor normal: 39-45%.

La concentración de hemoglobina: La concentración de hemoglobina es la cantidad de gramos del pigmento en 100 ml. de sangre. Valor normal: 13-14 g%.

d. Causas de Anemia en la persona que se dializa

Menor producción de glóbulos rojos por la médula ósea.

Es la razón más importante y se explica por:

-) Déficit de eritropoyetina
-) Carencia de materia prima, destacando el déficit de fierro.
-) Pérdidas de sangre
-) Menor sobrevivencia del glóbulo rojo.
-) En pacientes insuficientemente dializados o muy "urémicos" los glóbulos rojos viven menos días.

e. Reducción de la anemia en la persona dializada

-) Logrando una diálisis adecuada.
-) Evitando las pérdidas de sangre.
-) Manteniendo un buen estado nutritivo y suplementando vitaminas si es necesario.
-) Suplementando fierro, cuando hace falta.
-) Administrando eritropoyetina.
-) Administrando andrógenos.
-) Transfundiendo sangre.

f. Nutrición y hemodiálisis

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular es un elemento fundamental para la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (OMS 2015)

La nutrición juega un papel muy importante en el tratamiento de los pacientes en hemodiálisis. Los estudios demuestran que los pacientes mejor nutridos tienen menos complicaciones y viven más tiempo.

La desnutrición dificulta el proceso de cicatrización de las heridas, favorece las infecciones, la anemia, etc. y puede dar síntomas como malestar general y fatiga. Los pacientes desnutridos tienen una pobre rehabilitación.

Ejercicio

Es indispensable para fortalecer los sistemas. Dentro de los beneficios tenemos:

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

1.9. El Conocimiento

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular que en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo.

El conocimiento suele entenderse como: hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad. Lo que se adquiere como información

relativa a un campo determinado o a la totalidad del universo. Incluye el “saber qué”, el “saber cómo” y el “saber dónde”.

El conocimiento también se define como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente ligado a la actividad práctica.

También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido.

“Conocer” es una experiencia mediante la cual captamos o aprehendemos algo”, es por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos como patrimonio global de la humanidad. (PINTO N. 2016)

El Conocimiento Científico

Es fruto del esfuerzo consciente, es metódico crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico, actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica pues, trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos conservando principios hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos conservando principios, hipótesis y leyes científicas, es decir dan soluciones para resolver los problemas de la sociedad.

El conocimiento en Enfermería

La Enfermería a lo largo de la práctica, ha adquirido y adquiere un conjunto de saberes, habilidades y actitudes y estos elementos los adquiere tanto en su propio campo de conocimiento de los cuidados de enfermería, como en otras ciencias afines, que contemplan el cuerpo cognitivo de los saberes que necesita, se relacionan con el plano científico, el técnico, el de relación, el ético y el legal. Señalando además “El cuidar” como comportamiento y acciones que envuelvan conocimientos, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas.

El cuidado humano representa para enfermería el objeto de la formación del recurso humano y el eje del desempeño laboral, direccionado a cuatro conceptos: persona, cuidado, salud y enfermería. (PINTO N. 2015).

2. AGENCIA DE AUTOCAUIDADO

Autocuidado

2.1. Definición

Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Tiene como importancia promover la salud, disminuir el riesgo a que se encuentran expuestos los pacientes, disminuyendo las enfermedades renales crónicas. (Sedano P. El autocuidado. 2016).

2.2. Principios del autocuidado

) El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario para consigo misma.

) El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.

) El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud, con el apoyo social.

) El autocuidado tiene carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y colaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

) Al realizar el autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejoraran su nivel de salud. Luque J. Principios del autocuidado.2016.

2.3. Factores determinantes del autocuidado

La toma de decisiones respecto al autocuidado está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Siendo los conocimientos y la voluntad factores internos de la persona y las condiciones para lograr la calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Ellos son:

) **Los conocimientos:** Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables

) **La voluntad:** Es importante entender que cada persona tiene valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, que impulsan a que realice o no acciones, pero estas acciones deben estar en su marco de creencias.

) **La cultura:** Es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y de la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están basados en las creencias y las tradiciones. Ministerio de Salud. (2015).

2.4. Agencia De Autocuidado

Conceptualización

Etimológicamente el autocuidado está conformado por las palabras: auto del griego auro que significa “por uno mismo”, y cuidado del latín cogitstus que significa “pensamiento”, lo que sería entonces el cuidado propio. Este constructo es muy utilizado en la disciplina enfermera, desde que Dorotea Orem (8) lo conceptualizó en la Teoría General de Enfermería, la cual tiene tres subteorías (autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería).

El concepto de esta teorista es que el autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas y aprendidas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior; mientras que el concepto capacidad de agencia de autocuidado lo define como la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado; habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar(9).

La capacidad de agencia de autocuidado es descrita como una estructura compleja de capacidades fundamentales que agrupa las habilidades básicas del individuo (sensación, percepción, memoria y orientación), los componentes de poder (capacidades específicas relacionadas con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado) y, las capacidades para operaciones de autocuidado (10). Las operaciones de esta última capacidad, Gast et al.(10) las subdivide en tres tipos: 1) estimativas: se evalúan las condiciones y factores individuales y del medio ambiente que son importantes para su autocuidado; 2) transicionales: se toman decisiones sobre lo que se debe y puede hacer para mejorarlo; y 3) productivas: se realizan las medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado.

Orem denominó factores básicos condicionantes (FBC) a los factores internos y externos que modifican la capacidad de la persona para cuidarse de sí, entre ellos: la edad, el sexo, la etapa evolutiva de desarrollo, los patrones de vida, las condiciones socioeconómicas, los factores socioculturales, el sistema familiar, el medio ambiente, el estado de salud y el sistema de salud(10) .

Para la disciplina enfermera ha sido de interés contar con instrumentos validados y con buen poder psicométrico que sean capaces de detectar cambios en la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes (11).

Dentro de las escalas que se han empleado a nivel mundial en individuos con diferentes enfermedades crónicas (12) que requieran el desarrollo de capacidades específicas para el mejoramiento de las actividades de autocuidado, se encuentra el Appraisal of Self-care Agency Scale -ASA- de Evers(13), instrumento que mide el poder de los componentes del autocuidado en individuos de población general y que está basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem(9). La ASA fue traducida y validada al español por Gallegos (14).

Compleja capacidad desarrollada que permite, a las personas , discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo , para decir lo que sé que puede o debería hacerse con respecto a la regulación , para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnología, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

2.5. Capacidad de Agencia de Autocuidado

2.5.1. Definición

Orem introdujo el concepto de agencia de autocuidado que refleja las capacidades individuales para atender los requisitos del autocuidado. La agencia de autocuidado es definida por Orem como la “compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo”.

La agencia de autocuidado puede estudiarse en relación con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud para ocuparse de una gama de conductas concretas.

2.5.2. Tipos de habilidades

Los tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado que han sido desarrolladas por Orem y el Grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería-NDCG (Nursing Development Conference Group) son:

a. Capacidades de poder

Son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado. Entre los diez componentes de poder que fueron descritos por el grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería de la Universidad Católica de Washington y que las enfermeras del Hospital General de Scarborough de Ontario Canadá, interpretaron y aplicaron en su manual 1986 se describen:

) Habilidad para mantener la atención y ejercitar adecuada vigilancia con respecto: a) hacia uno mismo como agente de autocuidado y b) hacia las condiciones internas y externas y hacia los factores importantes para el autocuidado.

) Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado

) Estar motivado. Por ejemplo, orientación de metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.

) Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado.

Habilidad para tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.

) Habilidad para adquirir conocimientos técnicos acerca del autocuidado, de fuentes y recursos autorizados, lo mismo que para retener dicho conocimientos y operacionalizarlos.

) Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acción dentro de sus relaciones, junto con acciones subsecuentes que llevan hacia la realización final de las metas reguladoras de autocuidado.

) Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.

) Habilidad para llevar a cabo en forma consistente las operaciones de autocuidado, integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y comunidad.

) Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.

) Un repertorio de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas (manejables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado.

b. Capacidades para operaciones de autocuidado

Son las habilidades del ser humano más inmediatas; Orem las clasifica en:

Operaciones estimativas

El individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado.

Operaciones transicionales

El individuo toma juicios y decisiones sobre lo que puede, debe hacer y haría para encontrar los requisitos de autocuidado.

Operaciones productivas

El individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo. Las similitudes que existen entre el concepto autocuidado y agencia de autocuidado se fundamentan en la práctica constante de ocuparse de sí y cuidar de sí mismo, esto no sólo se refiere a una actitud de autoconciencia, sino que va más allá, pretende el autoconocimiento y empoderamiento del individuo sobre su salud y de sí mismo.

El ser humano está creado y sostenido por el ambiente del cual hace parte, es el resultado del aire que respira, del alimento y de todo lo que experimenta en el medio que le rodea; ocuparse de sí mismo, significa iluminar la luz de la razón y explorar

todos los rincones del alma para ir más allá de lo que se conoce y ser participante creativo en el cuidado de la salud, tarea que ha de perdurar a lo largo de toda la vida.

Algunas de las características para ser participante creativo en el autocuidado es la comprensión de los acontecimientos del entorno, una actitud reflexiva sobre los pensamientos saludables que se dan por sí mismo en el humano, escuchar, escribir las reflexiones que se hace de sí mismo y realizar una continua auto evaluación sobre los hábitos de autocuidado y las necesidades de cambio.

Orem establece que el autocuidado está inmerso en las actividades de la vida diaria y no constituye en sí una actividad de la misma. El autocuidado lleva implícito un conjunto de prácticas, habilidades y motivaciones que son en sí lo que se denomina agencia de autocuidado. Considera que antes de ser agentes de asistencia dependiente de autocuidado, la enfermera es un individuo que debe ejercer el autocuidado en sí misma. Igualmente, las acciones de la enfermera en pro del autocuidado de los demás son congruentes con las expectativas sociales y su rol.

2.5.3. La importancia de la teoría de Orem, para el profesional de enfermería cuya meta es el fortalecimiento de los mecanismos de autocuidado para lograr la integralidad y el bienestar óptimo del individuo, orienta el desarrollo de un proceso de cuidado de enfermería contextualizado en una realidad dinámica y cambiante.

2.6. Autocuidado en Hemodiálisis

Fernández J, en el 2001 menciona que los pacientes con enfermedades crónicas requieren contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permite modificar su autocuidado con el menor costo emocional y físico.

El autocuidado 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 que trae dicha enfermedad.

El paciente en hemodiálisis como todas las personas u otros pacientes tiene necesidades, de alimentación, eliminación, movilización, higiene y vestido.²¹

Alimentación:

Debe ser equilibrada, controlada pero suficiente de proteínas, minerales y agua que no pueden ser eliminados por el riñón (sodio, potasio y líquidos) calorías de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Debiendo asumir el paciente un adecuado manejo, control y restricción de algunos 24 componentes minerales y nitrogenadas para

mantener una adecuada calidad de vida y prevenir problemas, como agudizar cuadros de hipertensión arterial, cardiovascular y neuromuscular.

) **Sodio:** es un componente de la sal de mesa el sodio hace que se acumule más líquidos en los tejidos. Algunos alimentos que contienen sodio son: embutidos, alimentos procesados, salsas, comida enlatada, consomé, carnes ahumadas.

) **Potasio:** El comer alimentos altos en potasio puede causar irregularidades en el ritmo del corazón o paro cardíaco. EL control del potasio es imprescindible para evitar las sesiones de diálisis la hiperpotasemia y sus graves consecuencias que pueden llegar hasta el paro cardíaco y la muerte. Algunos alimentos que lo contienen son: aguacate, ciruelas, chocolate, frijoles, plátanos, cítricos, zapote, melón, jugos enlatados, levaduras, hongos, berros, higos, espinacas, repollo.

) **Proteínas:** Son necesarias para reparar tejidos y para formarlos. Se encuentran en alimentos de origen animal, leche y sus derivados, carnes, pescado y huevos. Al no poder el riñón manejar grandes cantidades de proteínas, se forma un compuesto conocido como urea, que se acumula en la sangre y da problemas como: náuseas, vómitos, picazón, trastornos mentales.

Son fundamentales en la constitución y renovación de células y tejidos. Para compensar la pérdida diaria y mantener un buen equilibrio es necesario consumir de 1 a 1,5 gr por cada kilo de peso y día. También son importantes en la prevención de infecciones ya que las “defensas” del organismo, llamadas anticuerpos, están formadas por proteínas.

Las proteínas, según su procedencia se clasifican en proteínas de origen animal (con alto valor biológico), presentes en todos los productos de origen animal y proteínas de origen vegetal presentes en menos cantidad en alimentos de origen vegetal (legumbres y cereales principalmente).

Agua: Si el riñón no funciona bien, no elimina el exceso de agua, el que se acumula en los tejidos, manifestándose a través del aumento de peso, dando una serie de problemas como: falta de aire, tos, angustia, hinchazón de pies. Las frutas contienen mucha agua, por lo que es necesario restringir su ingesta.

Los principales objetivos del control de la dieta de los pacientes en diálisis son:

-) Evitar el aumento de peso excesivo entre una diálisis y otra.
-) Evitar las complicaciones por el aumento del potasio en la sangre.
-) Reponer los nutrientes que se pierden a través de la diálisis.
-) Evitar las complicaciones metabólicas y óseas

Los hidratos de carbono

Los hidratos de carbono constituye la principal fuente de energía del organismo.

En hemodiálisis no están restringidos, a menos que se sea diabético. Se recomienda que se consuman a diario. Se pueden dividir en dos grupos: Hidratos de carbono de absorción rápida o simple, comúnmente llamados azúcares y que se reconocen por su sabor dulce, como el azúcar, la mermelada, la miel, los caramelos.

Al iniciar la diálisis es importante controlar la cantidad de líquidos que se toman, porque al perder el riñón la capacidad de eliminar orina, todo el líquido que se toma se acumula en el organismo entre una sesión y otra, provocando un aumento de peso que luego cuesta bastante eliminar en la sesión de diálisis. Se entienden por líquidos las bebidas (agua, vino, refrescos, leche, café, licores), las sopas, los helados, el hielo, la gelatina, los yogures.

Actividad y reposo

La dependencia de la hemodiálisis no debe interferir con su modo de vida. Puede llevar a cabo algún trabajo, que no implique mucho esfuerzo y realizar actividades recreativas y vivir una vida familiar lo más normal posible. El hacer ejercicio físico mejora la circulación.

El defecto prolongado de proteínas en la dieta puede ocasionar problemas de malnutrición (pérdida de musculatura, menor resistencia a las infecciones, retraso en la cicatrización de heridas y astenia).

Higiene personal

Se recomienda una ducha diaria. Es importante que esta se realice antes de iniciar la sesión de hemodiálisis, como también el lavado del brazo de la fistula así como de las manos con desinfectante, utilización de ropa holgada limpia. El cuidado de la piel para evitar o mejorar la picazón, utilizar jabones neutros e hidratar con cremas.

Medicación

El tratamiento de hemodiálisis consiste también en la toma de medicamentos que complementan este tratamiento, teniendo como objetivo disminuir los síntomas de la enfermedad, algunos de los medicamentos se reciben durante la sesión y otro post-sesión. La administración de medicamentos, se debe cumplir estrictamente estos son los suplementos 27 vitamínicos como el ácido ascórbico, piridoxina, ácido fólico reforzado con calcio y hierro.

Cuidado del acceso vascular

Para llevar a cabo el tratamiento de hemodiálisis se necesita un acceso vascular a través del cual se lleva la sangre a la máquina. Este acceso vascular puede ser temporal.

Si el paciente tiene un acceso vascular temporal deberá llevar los siguientes cuidados: Mantener una higiene personal escrupulosa para evitar infecciones, pudiendo las personas ducharse con precaución.

) Observar frecuentemente el color y la temperatura de las ramas de la fistula: deben estar rojas y calientes.

) No pinchar el tubo de la fistula bajo ningún pretexto.) No dejarse tomar la presión arterial en esa extremidad

) Evitar temperaturas exteriores muy elevadas.

) Evitar llevar joyas o ropas que aprieten el brazo, dormir sobre ese brazo y no cargar objetos pesados con ese brazo.

) Después de la hemodiálisis, quitar los apósitos que cubren los sitios de punción pasadas las 5 a 6 horas.

) En caso de hinchazón, dolor, enrojecimiento, calor en la zona de punción, comunicar al servicio de hemodiálisis.

) Si los puntos de punción sangran comprimir unos 5 a 10 minutos sobre los mismos con una gasa hasta que deje de sangrar.

3. ROL DE LA ENFERMERA

Enfermería es un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de “Enfermería”, aquéllos especializados sobre el proceso de envejecimiento para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan:

-) Aumentar las conductas saludables
-) Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad
-) Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte

3.1. Cuidado de Enfermería en IRC (Hemodiálisis)

La evaluación de enfermería en la persona con enfermedad renal crónica, consiste en un enfoque multisistémico con incorporación de los datos subjetivos y objetivos. (BRUNNER y Cols. 2015) sugiere que la interacción de enfermería sea dirigida a la valoración del estado de los líquidos y la identificación de fuentes potenciales de equilibrio, inicio de un programa alimenticio para garantizar el consumo de los nutrientes adecuados dentro de los límites establecidos por el tratamiento, el fomento de sentimientos positivos y animando a la persona para que asuma sus cuidados y mayor independencia.

De aquí y el rol que desempeñan en la actualidad los profesionales de enfermería, en la planificación, control y seguimiento de la hemodiálisis, en estas áreas de tratamiento como en otras. Enfermería ha demostrado su capacidad de adaptarse y dar respuesta de forma adecuada a las necesidades de la población.

Los cuidados deben ser planificados individualmente para cada paciente, valorando previamente su estado físico y la información que se nos pueda proporcionar. La realización de la HD debe llevarse con sumo cuidado extremando las medidas y vigilancia sobre el paciente. Los de mayor importancia:

-) Llevar un régimen de vida regular, cumpliendo cuidadosamente con las recomendaciones dietéticas y de ingesta de líquidos.
-) La dieta debe ser pobre en potasio y en sodio. La dificultad de eliminar el sodio del organismo por el fallo renal, conlleva la retención de líquidos, y la formación de edemas.
-) Cuidado del acceso vascular. El control (mediante palpación o audición) del funcionamiento de la fístula. Protegiendo el brazo de golpes y rozaduras. Debe

evitarse coger peso con el brazo de la fístula, o comprimirlo. Buena higiene del brazo con la ducha o baño diario, hidratando la piel si es necesario. El AV es la única vía para poder dializarse.

) Planificar y organizar las tareas diarias y el trabajo de acuerdo al calendario de sesiones antes de asistir a sus sesiones. la puntualidad al acudir a las mismas, la realización de las tareas cotidianas con tiempo, la dedicación necesaria al cuidado personal y a la alimentación, le harán más tolerable los inconvenientes de las sesiones de diálisis.

) Tras la diálisis, se recomienda estar un tiempo en reposo, ya que es habitual la realizar los ejercicios moderados, para mejorar la circulación en la fístula.

) Informar, si se presenta algún síntoma: (Dolor, enrojecimiento, calor y/o inflamación en la zona de la fístula; Sangrado incontrolado; Aparición de moradura (hematoma) en la zona de la fístula, entre otras.

) Todo paciente en hemodiálisis debe estar inmunizado frente a la hepatitis B, controlando anualmente que se mantiene el nivel protector de anticuerpos.

) Cumplir cuidadosamente con los tratamientos prescritos (dosis y horarios) y no realizar ningún cambio sin consultar previamente a su médico.

3.2. Teoría de Dorotea Orem

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

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 al déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Las 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 permitirán una

intervención profesional oportuna y eficaz para incrementar la adherencia al tratamiento. (FERNÁNDEZ, 2016)

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado siendo estos los siguientes: requisito de autocuidado universal, requisito de autocuidado del desarrollo y requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Para 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.

a. 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, considera tres elementos: agente o agencia de autocuidado, agente de autocuidado dependiente y agencia de autocuidado (MARRINER T. 2017).

b. El Autocuidado en el Paciente con tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis.

Las personas con IRC 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. (GALACHE, 2004). Empoderamiento, es el proceso de otorgar poder a las personas a participar en su propia toma de decisiones para realizar responsabilidades asignadas o encomendadas.

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.

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 sí 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.

C. SISTEMA DE VARIABLES

-)} **Variable principal:** Conocimientos de enfermedad Renal Crónica
-)} **Variable secundaria:** capacidad de agencia de autocuidado.

E. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

1. CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Conjunto de nociones, ideas y base teórica que acerca de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento tienen las personas ingresantes a la Unidad de Hemodiálisis, valorado en Escala Vigesimal en los siguientes niveles:

-] Alto nivel 16-20
-] Mediano nivel 13-15
-] Bajo nivel 11 -12

2. AGENCIA DE AUTOCUIDADO:

Capacidad compleja adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado en las personas con enfermedad renal crónica terminal; que regulan los procesos y mantienen la integridad de la estructura humana y su funcionamiento, medida con Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA Holanda 1,983, en las dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal, valorada en los siguientes parámetros:

- √ **Deficiente capacidad de agencia de autocuidado:** 24-62 puntos.
- √ **Regular capacidad de agencia de autocuidado:** 63-81 puntos.

√ **Buena capacidad de agencia de autocuidado:** 82-96 puntos.

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

- Los resultados de la presente investigación solo podrán ser generalizados a la población en estudio.
- Que sirva para la realización de estudios posteriores.

LIMITACIONES

- El no querer participar en la investigación.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. METODO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

De acuerdo al problema, los objetivos y la hipótesis planteada, el presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal.

b.- PROCEDIMIENTO

Se presentó y se obtuvo la aprobación del trabajo de investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional De San Agustín.

1. Se determinó como área de estudio para la presente investigación Hospital Antonio Lorena Cusco,

2. La selección de la población de estudio, estuvo conformada por 74 pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de Hemodiálisis.

3. Se aplicó la prueba piloto al 10% de la población otorgando los instrumentos de recolección en el Servicio de Nefrología del Hospital Antonio Lorena de Cusco, por tener similares características de la población de estudio.

4. El periodo elegido para la recolección de datos fue del mes de julio a setiembre del año 2019; la aplicación de los instrumentos a la población objetivo se realizó en los diferentes turnos según el rol (prevalentemente en el turno mañana) de acuerdo a la accesibilidad y tiempo disponible de las unidades de estudio del Paciente, el instrumento se aplicó en un tiempo promedio de 30 minutos permaneciendo hasta el final del desarrollo del mismo.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Una guía de entrevista estructurada individual para recoger las características generales, específicas de los pacientes con enfermedad renal crónica.
- Un test de conocimientos sobre Enfermedad renal Crónica para identificar la información que tienen acerca de este tema.
- Un cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado para medir esta capacidad en los pacientes.

5. El procedimiento y análisis de los datos se realizó con el software SPSS 22.0 (Base de datos y estadística). Para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico no paramétrico del Chi cuadrado.

6. Elaboración y presentación del informe final.

c.- DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Antonio Lorena - Cusco; se ubica en la plazoleta Belén S/N, en el distrito de Cusco.

Es un hospital Nivel III y especializado correspondiente a la Red Asistencial de Sur, que otorga cobertura a sus asegurados, brindándoles prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social de alta especialidad, donde se atienden personas referidos de Nivel I y II.

Con atención en consultorios externos, hospitalización y emergencia; cuenta con 220 camas aproximadamente y 22 servicios, dentro de estos se encuentra el de Nefrología y la Unidad de Hemodiálisis

La Unidad de Hemodiálisis, fue creada el 3 de octubre de 2010, actualmente está ubicada en el bloque A. Está dividida en dos sectores: el sector A, que cuenta con seis máquinas de Hemodiálisis, destinadas a personas seropositivas de hepatitis ; y el sector B, con doce maquinas destinada a la atención de personas seronegativas de hepatitis. Brinda servicio especializado diario durante las 24 horas, en una secuencia de tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) y en horarios que se inician desde las 07:00 horas hasta las 15:00 horas en los siguientes turnos:

- 1er. Turno de 07:00 a 11:00 horas.
- 2do. Turno de 12:00 a 16:00 horas.

El número de personal que labora en toda la Unidad de Hemodiálisis, está comprendido por 12 enfermeras y 08 técnicos de enfermería, los cuales atienden un promedio de 10 personas con Enfermedad Renal Crónica programados en diferentes horarios.

d.- POBLACIÓN ESTUDIO Y MUESTRA

a. Población

La población objetivo está constituida por 101 personas con Enfermedad Renal Crónica con Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena - Cusco.

b. Muestra

El tamaño de la muestra estuvo constituido por 74 personas de enfermedad renal crónica con hemodiálisis en el hospital Antonio Lorena cuyo tamaño se ha calculado con la fórmula de población finita para variable cualitativa:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * N * p * q}{(N - 1) * E^2 + (Z_{\alpha/2})^2 * p * q}$$

n = Tamaño de la Muestra

N = Total de la población (101)

$Z_{\alpha/2}$ = Nivel de confianza 95%= 1,96

p = Proporción esperada del evento 50% = 0.50

$$q = 1 - p = 1 - 0.5 = 0.5$$

E = Error de estimación 8%

Reemplazando:

$$n = \frac{1.9^2 \cdot 1 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(1 - 1)(0.08)^2 + (1.9)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

n = 74 personas

Criterios de Inclusión

- Personas de ambos sexos.
- Personas mayores de edad.
- Personas que estén recibiendo terapia de reemplazo renal al menos por un periodo mayor a tres meses.

Criterios de Exclusión

- Personas que no hablan el idioma castellano.
- Persona contrastarnos psicológico.

e. MÉTODO TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado fue la encuesta, como técnicas la entrevista para lo que se utilizó un formulario para la recolección de datos y dos instrumentos.

a. Entrevista Estructurada (Anexo N° 02)

Una entrevista para recoger datos generales y específicos de las personas; con un total de 7 ítems: edad, sexo, estado civil, nivel de educación, tiempo de tratamiento, trabajo actual, tipo de tratamiento.

b. Conocimientos de enfermedad renal crónica (Anexo N° 03)

Conjunto de nociones, ideas y base teórica acerca de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento tienen las personas ingresantes a la Unidad de Hemodiálisis, valorado en Escala Vigesimal en los siguientes niveles:

] **Alto nivel (16-18):** Dominio de base teórica en un alto porcentaje correcto que acerca de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento tienen las personas ingresantes a la Unidad de Hemodiálisis.

] **Mediano nivel (13-15):** Dominio de base teórica parcialmente correcta que acerca de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento tienen las personas ingresantes a la Unidad de Hemodiálisis.

] **Bajo nivel (11- 12):** Dominio de base teórica mínimamente correcta que acerca de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento tienen las personas ingresantes a la Unidad de Hemodiálisis.

c. Cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA)

(Anexo N° 04)

Un cuestionario (Appraisal of Self-Care Agency Scale): Para medir la capacidad de agencia de autocuidado, consta de 24 ítems, que abarcan 5 dimensiones: Interacción social: Bienestar personal, Actividad y reposo, Consumo suficiente de alimentos o alimentación, promoción del funcionamiento y desarrollo personal evaluada con los siguientes parámetros:

- **Deficiente capacidad de agencia de autocuidado.** Desarrollo deficiente de la capacidad adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado en las personas con enfermedad renal crónica terminal alcanzando un puntaje de: 24-62 puntos.
- **Regular capacidad de agencia de autocuidado.** Desarrollo parcial de la capacidad adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado en las personas con enfermedad renal crónica terminal alcanzando un puntaje de: 63-81 puntos
- **Buena capacidad de agencia de autocuidado.** Desarrollo óptimo de capacidad compleja adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado alcanzando un puntaje de: 82-96 puntos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados de la investigación, los datos obtenidos se presentan en cuadros ordenados en la siguiente forma:

- ✓ Información General: tabla 01
- ✓ Información Específica: cuadro del 01 al 11
- ✓ Comprobación de hipótesis: cuadro 12

TABLA Nº 01

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y ESPECÍFICAS DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL
ANTONIO LORENA, CUSCO 2019**

CARACTERISTICAS	Nº	%
EDAD		
18 – 30 años	08	10.8
31 – 40 años	13	17.6
41 – 50 años	23	31.1
51 – a mas	25	33.8
TOTAL	74	100.0
SEXO		
Femenino	42	56.8
Masculino	32	43.2
TOTAL	74	100.0
ESTADO CIVIL		
Soltero	11	14.9
Casado	12	16.2
Conviviente	29	39.1
Viudo	13	17.6
Separado	05	6.8
Divorciado	04	5.4
TOTAL	74	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	20	27.0
Primaria	24	32.4
Secundaria	27	36.5
Superior	03	4.0
TOTAL	74	100.0

TRABAJO ACTUAL		
SI	36	48.6
NO	38	51.4
TOTAL	74	100.0
TIEMPO DE TRATAMIENTO		
Mayor o igual a tres meses	24	32.4
Más de un año	50	67.6
TOTAL	74	100.0

CUADRO N° 01

CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION: TÉCNICA DE DIÁLISIS, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.

CONOCIMIENTOS DE TÉCNICA DE DIÁLISIS	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alto nivel	16	21.6
Mediano nivel	38	51.4
Bajo nivel	20	27.0

De los resultados se observa que la mayoría de las personas ingresantes a la Unidad de Hemodiálisis en estudio, con una representación del el 51.4%, tienen nivel mediano de conocimientos sobre Enfermedad Renal Crónica referido específicamente a la dimensión técnica de diálisis.

Otro muy significativo porcentaje tienen bajo nivel de conocimientos con el 27.0%. y solo un 21.6% tiene alto nivel.

CUADRO N° 02

CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION: ACCESO VASCULAR PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.

ACCESO VASCULAR	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alto nivel	12	16.2
Mediano nivel	38	51.4
Bajo nivel	24	32.4

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de enfermedad renal crónica dimensión: acceso vascular el 51.4 % de los pacientes en estudio muestran mediano nivel seguido de un bajo nivel con el 32.4 % y solo un 16.2 % tiene alto nivel de conocimiento de acceso vascular.

CUADRO N° 03

CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION: DE FOSFORO Y POTASIO PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.

CONOCIMIENTOS DE FOSFORO Y POTASIO	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alto nivel	07	9.5
Mediano nivel	41	55.4
Bajo nivel	26	35.1

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de enfermedad renal crónica dimensión: fosforo y potasio el 55.4 % de los pacientes en estudio muestran un mediano nivel seguido de un bajo nivel con el 35.1 % y solo un 9.5 % tiene alto nivel.

CUADRO N° 04

**CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DIMENSION:
ERITROPOYETINA Y ANEMIA PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL
ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.**

CONOCIMIENTOS DE ERITROPOYETINA Y ANEMIA	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alto nivel	10	13.5
Mediano nivel	39	51.2
Bajo nivel	25	33.8

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de enfermedad renal crónica dimensión: eritropoyetina y anemia el 51.2 % de los pacientes en estudio muestran mediano nivel seguido de un bajo nivel con el 33.8 % y solo un 13.5 % tiene alto nivel.

CUADRO N° 05

**CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NIVEL GLOBAL DE
PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.**

CONOCIMIENTOS NIVEL GLOBAL	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alto nivel	12	16.2
Mediano nivel	37	50.0
Bajo nivel	25	33.8

De los resultados se observa que en la variable conocimientos de enfermedad renal crónica el nivel global, el 50.0 % de pacientes con hemodiálisis muestran mediano nivel, seguido de un bajo nivel con 33.8 % y solo el 16.2 % tiene un alto nivel.

CUADRO N° 06

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: INTERACCION SOCIAL DE
PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.**

INTERACCION SOCIAL	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alta Capacidad	14	18.9
Mediana Capacidad	38	51.4
Baja Capacidad	22	29.7

En el cuadro se observa que de la variable agencia de autocuidado en la dimensión interacción social la mayoría de los pacientes en estudios con el 51.4 %, muestran mediana capacidad seguido de una baja capacidad con el 29.7 % y solo un 18.9 % se ubican en una alta capacidad.

CUADRO N° 07

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: BIENESTAR PERSONAL
DE PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO
2019.**

BIENESTAR PERSONAL	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alta Capacidad	17	22.9
Mediana Capacidad	34	45.9
Baja Capacidad	23	31.1

En el cuadro se observa que de la variable agencia de autocuidado en la dimensión interacción social la mayoría de los pacientes en estudio con el 45.9 %, muestran mediana capacidad, seguido de una baja capacidad con el 31.1 % y solo un 22.9 % se ubican en una alta capacidad.

CUADRO N° 08

AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: ACTIVIDAD Y REPOSO, EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.

ACTIVIDAD Y REPOSO	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alta Capacidad	13	17.5
Mediana Capacidad	39	52.7
Baja Capacidad	22	29.6

En el cuadro se observa que de la variable agencia de autocuidado en la dimensión interacción social la mayoría de los pacientes en estudios con el 52.7 %, muestran una mediana capacidad seguido de una baja capacidad con el 29.6 % y solo un 17.5 % se ubican en una alta capacidad.

CUADRO N° 09

AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: CONSUMO DE ALIMENTOS, EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019

CONSUMO DE ALIMENTOS	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100.0
Alta Capacidad	18	24.3
Mediana Capacidad	33	44.6
Baja Capacidad	23	31.1

En el cuadro se observa que de la variable agencia de autocuidado en la dimensión interacción social la mayoría de los pacientes en estudios con el 44.6 %, muestran una mediana capacidad seguido de una baja capacidad con el 31.1 % y solo un 24.3 % se ubican en una alta capacidad.

CUADRO N° 10

AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION: PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL, EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019

PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	74	100
Alta Capacidad	17	22.9
Mediana Capacidad	33	44.6
Baja Capacidad	24	32.4

En el cuadro se observa que de la variable agencia de autocuidado en la dimensión interacción social la mayoría de los pacientes en estudios con el 44.6 %, muestran una mediana capacidad seguido de una baja capacidad con el 32.4 % y solo un 22.9 % se ubican en una alta capacidad.

CUADRO N° 11

AGENCIA DE AUTOCUIDADO DIMENSION GLOBAL, EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019

AGENCIA DE AUTOCUIDADO	TOTAL	
TOTAL	Nº	%
	74	100
Alta Capacidad	16	21.6
Mediana Capacidad	35	47.3
Baja Capacidad	23	31.1

En el cuadro se observa que de la variable agencia de autocuidado global, el 47.3 % de pacientes con hemodiálisis muestran una mediana capacidad seguido de una baja capacidad con el 31.1 % y solo un 21.6 % se ubican en una alta capacidad de agencia de autocuidado.

CUADRO N° 12

CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA SEGÚN AGENCIA DE AUTOCUIDADO, PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2019.

CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA	TOTAL		AGENCIA DE AUTOCUIDADO					
			Alta Capacidad		Mediana Capacidad		Baja Capacidad	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
TOTAL	74	100.0	16	21.6	35	45.8	23	31.1
Alto nivel	12	16.2	10	13.5	02	2.7	00	0.0
Mediano nivel	37	50.0	06	8.1	29	39.2	02	2.7
Bajo nivel	25	33.8	00	0.0	04	5.4	21	28.4

g_L(4) $\chi^2: 76.3 > 9.5$ (p < 0.05) p = 0.001

De los resultados se observa que los pacientes con Hemodiálisis el 50.0% tienen un mediano nivel de conocimiento de enfermedad renal crónica y el 39.2 % tienen mediana capacidad de agencia de autocuidado.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del χ^2 : con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró un alto nivel de significancia estadística (0.001), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables conocimiento de enfermedad renal crónica según agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis.

A. DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento de enfermedad renal crónica con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena, Cusco 2019, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

De la población objetivo estuvo conformado por 74 personas con enfermedad renal crónica terminal con Hemodiálisis, se puede determinar que el 33.8 % tienen 51 a más años con predominio del sexo femenino, convivientes el 39.1 %, con grado de instrucción secundaria el 36.5 % no trabajan el 51.4 %, con un tiempo de tratamiento mayor a un año el 67.6 %.

Respecto de la variable conocimiento de enfermedad renal crónica en las diferentes dimensiones: técnica de diálisis (51.4), acceso vascular (51.4%), fosforo y potasio el (50.0 %), los pacientes tienen nivel mediana (50.0 %), seguido de un bajo nivel (33.8 %), y solo la minoría (16.2 %) tienen alto nivel.

Tomando en cuenta que el diagnostico de enfermedad renal crónica afecta intensamente al enfermo y a su familia. Al malestar físico se suman el desconocimiento inicial respecto a la enfermedad y la incertidumbre por su evolución, así como las exigencias de cuidados rigurosos, los cambio en los hábitos cotidianos (desde la dieta hasta la actividad laboral), la disfunción sexual y frecuentemente los trastornos cognitivos y el miedo a la diálisis. Es recomendable que un equipo multidisciplinario intervenga, desde meses antes del inicio de la diálisis, para preparar el ingreso del paciente ayudándole con información y seguimiento personalizado en sus temores a la enfermedad la cirugía del acceso vascular y la diálisis. Óptimamente la preparación debería incluir visitas a los centros de diálisis y presentación de distintas modalidades dialíticas.

Al respecto, es preciso señalar que los resultados encontrados son similares a los de Domingo Valdes.C y Cols.E(2016) Perú, quien realizo la investigación titulada "Conocimiento sobre la enfermedad renal crónica y el proceder de hemodiálisis, 2017" encontrando que la muestra resulto ser mayoritariamente joven, con bajo nivel educacional, siendo el dominio de la enfermedad bastante bajo, y aún más crítico el conocimiento sobre posibles complicaciones durante la hemodiálisis, cuestiones evitables de existir un documento informador previo a este proceder.

Para el análisis y evaluación de la problemática planteada es necesario identificar las posibles deficiencias y plantear estrategias de mejora continua mostrando así la importancia y trascendencia de la salud integral.

En relación a la variable capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis, se evidencia que la mayoría de la población en estudio en las diferentes dimensiones: interacción social(51.4 %), bienestar social el (45.9 %), actividad y reposo (52.7 %), promoción de funcionamiento y desarrollo personal (44.6 %), y a nivel global (47.3 %), el mayor porcentaje de pacientes muestran mediana capacidad seguido de una baja capacidad (31.1 %) y solo la minoría (21.6 %) tienen una alta capacidad.

Los resultados obtenidos son semejantes en comparación con un estudio similar de Chuctaya D. y Enriquez Ma titulado “Agencia de Autocuidado y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica terminal Programa de DIPAC H.B.C.A.S.E. ESSALUD”. Arequipa – 2016, encontraron que de la Agencia de Autocuidado: la mayoría de los pacientes del programa de diálisis peritoneal tenían regular nivel de autocuidado y de la calidad de vida la mayoría muestran regular estado de salud.

Tomando en cuenta que la enfermedad renal crónica es un padecimiento en el que se necesitan cuidados precisos administrados por el propio paciente y afecta a todas las funciones del riñón ocasionando problemas de salud como la anemia, la deficiencia de la vitamina D y la deficiencia de fosfato. También se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares es de gran importancia la intervención de enfermería desde su rol de educadora.

El autocuidado no siempre puede ser realizado por el paciente en un principio, por eso es importante que el personal de enfermería comprenda que el cuidado ofrecido al paciente es ayudarlo a realizar y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y recuperarse de la enfermedad, así como afrontar las consecuencias de la misma enfermedad.

El paciente requiere de cuidado profesional de enfermería de acuerdo con su capacidad de autocuidado, esto depende de la capacidad de acción del individuo y sus necesidades, esto debido a que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud en las cuales, no poseen la competencia suficiente para satisfacer las actividades existentes o emergentes que garanticen su salud lo que se conoce como déficit de autocuidado. Por lo tanto, el personal de enfermería debe establecer cuáles son las necesidades del paciente, seleccionar la manera más

adecuada de cubrirla, evaluar las habilidades y capacidades para llevar a cabo las acciones requeridas.

La relación entre la demanda de cuidados y su realización son un conjunto en el que se evalúa la necesidad terapéutica según su incapacidad para realizar acciones de autocuidado ya sea total, parcial o leve, las cuales se pretende cubrir en proporción a su requerimiento.

Estos resultados se reafirman con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado, con él se encontró alta significancia (0.001), demostrándose que los estresores laborales se relacionan con las consecuencias psicosomáticas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: La población se conformó por 74 personas con enfermedad renal crónica con hemodiálisis se determinó que la mayor población porcentaje tiene 51 años a mas con un predominio del sexo femenino, convivientes, grado de instrucción secundaria y un tiempo de tratamiento mayor a un año.

SEGUNDA: Respecto a los conocimientos de enfermedad renal crónica en pacientes con hemodiálisis se observa que en porcentajes de técnica de diálisis (51.4) %, acceso vascular (51.4%), fosforo y potasio el (50.0 %), los pacientes tienen mediano nivel global (50.0 %), seguido de un bajo nivel (33.8 %), y solo la minoría (16.2 %) tienen alto nivel.

TERCERO: Referente a la variable capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis, se observó que tiene un porcentaje global de 45.8 % con mediana capacidad de agencia de autocuidado y el 31.1 % tiene baja capacidad y una minoría tiene un 21.6% de alta capacidad.

CUARTO: En la relación se usó la prueba estadística del hi cuadrado teniendo como resultado en el nivel de conocimientos de enfermedad renal crónica, el nivel de conocimiento de enfermedad renal crónica de la población en estudio, tiene el 50% de regular nivel y un 39.2% de la capacidad de agencia de autocuidado la mayoría muestra mediano nivel. Se concluye que, existe una relación significativa entre los

niveles de conocimientos de enfermedad renal crónica con la capacidad de agencia de autocuidado.

B.RECOMENDACIONES

PRIMERO: Durante la formación profesional de enfermería se debe fortalecer la habilidad para identificar las sensaciones y evidencias subjetivas que frecuentemente presentan los pacientes con enfermedad renal crónica que se dializan ya que es un tema poco desarrollado en el pregrado y el profesional de enfermería cada día necesitara mayores conocimientos en este campo, por la creciente incidencia de esta enfermedad.

SEGUNDO: Es de importancia identificar oportunamente los desequilibrios o alteraciones en el paciente con terapia hemodialitica y la enfermera debe reforzar la información que tiene el paciente acerca del autocuidado y otorgar apoyo emocional, desarrollando además habilidades y sentimientos de afecto y pertenencia de grupo.

TERCERO: Proporcionar al Ministerio de Salud la información objetiva de los resultados obtenidos en la presente investigación para que desde el pregrado incrementen y refuercen los conocimientos en los pacientes con hemodiálisis acerca de los diferentes aspectos de enfermedad.

CUARTO.- La jefe de enfermedad de la unidad de hemodiálisis debe dar curso de capacidad de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis para una mejor atención.

BIBLIOGRAFIA

1. DE FRANCISCO, A. (2010). El futuro del tratamiento de la enfermedad renal crónica Nefrología, McGraw – Hill. México.
2. FERNANDEZ E. (2008) Estudios epidemiologias (STROBE). Gat, Sant, Barcelona. España.
3. GOODMAN & GILMAN. (2006) Las Bases Farmacológicas de la terapéutica. Vol.I.9ª. Ed. McGraw - Hill Interamericana. México.
4. HERNANDEZ R. FERNANDEZC. BAPTISTA P .(2003) Metodología de la Investigación 3ra Edición. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. Mexicano. 2003.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INEI), (2011), Compendio estadístico, Arequipa – Perú.
6. KERSHAW B SALVAJE J. (2003). Modelos de Enfermería Barcelona: Doyma.1
7. KOZIER B. (2001) Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y practicas. Madrid:Mc Graw – Hill Interamericana de España. 1994.
8. MAHAN, L ESCOTT – STUMP, S (2009), Krause: Dieto terapia Editorial Elsevier – Masón, España.
9. MARTINEZA ; A Y FERNANDEZ. I. (2008), Vida y salud”.
10. Organización Mundial de la Salud (2003): Adherence to lang term therapies: evidence for action.
11. Organización Mundial de la Salud (2004), Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.
12. POLIT, Y COLS (2000), Investigación científica en ciencias de la salud, Madrid – España, 6ta Edición, McGraw Hill Interamericana.
13. RIBES, EA: (2004) Fisiopatología de la Insuficiencia renal Crónica. Anales de Cirugía Cardiaca y Vasular.
14. SANCHEZ SICILIA. (2009), Nefrología y el tratamiento de la insuficiencia renal en España. McGraw – Hill. México.
15. VALDERRABANO Tratado de Hemodiálisis. Ed. Medica JIMS, S.L. 1 ed. Barcelona, 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS abecedario

1. BRUNNER Y SUDARTH (2010) "Enfermería médico-quirúrgica" Décima edición. Mc GRAW HILL. Ed. Interamericano México.
2. CATANI.M. Y Cols (2001) "Aprendiendo a vivir con la hemodiálisis Manual de Autocuidado en pacientes con hemodiálisis SANTIAGO – CHILE.
3. Castro Kikuchi, (2009) El tratamiento de hemodiálisis Hospital Central Aeronáutica. Lima – Perú.
4. CABRERA. S. (2002), "Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica" según las guías K/DOQI 2002nde la National Kidney Foundation.
5. CENETEC (2004) "Guía tecnológica N° 15 sistema de hemodiálisis" Centro de excelencia tecnológica MEXICO.
6. Cieza. (2013) Supervivencia en terapias de reemplazo renal dentro de un concepto integral de oferta de servicio públicos en el Perú, periodo 2008 y 2012. Acta Med Perú.
7. DICCIONARIO MEXICO (2008).
8. Dirección regional de Epidemiología (DGE) (2014), "La Enfermedad Renal Crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud publicación ", Boletín epidemiológico Lima.
9. GAST HL, DENYES MJ, (1998). Self – care agency: conceptualizations and operationalizations. Adv Nurs Sci.
10. GARCIA J Y SANCHO D. (2015) Valoración de autonomía en el acceso vascular para hemodiálisis. Enfermería. Nefrología.
11. Gallegos C s. E. (2008) Valdez y Confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado Desarrollo Científico de Enfermería.
12. GOMEZ D. (2014) Autocuidado y calidad de vida en personas con Hemodiálisis (tesis para optar el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
13. Gómez, D. (2014), "Autocuidado y calidad de vida en personas con Hemodiálisis"
14. Gómez. D. (2014), Autocuidado y calidad de vida en personas con Hemodiálisis.
15. HAEDO W. Y Cols. (2005) "Medicina Interna. diagnóstico y Tratamiento de la IRC. LA HABANA – CUBA.

16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016), "Perfil socio demográfico de Perú", segunda edición, Fondo de población de las Naciones Unidas, Perú.
17. JURGENS CY, FAIN JA, (2006) Psychometric testing of the heart failure somatic awareness scale . J Cardiovasc.
18. LAVILLA J. (2009) " Síntomas y tratamiento de la insuficiencia renal crónica" Navarra – ESPAÑA.
19. MAGAZ. A. (2003) "Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en funcionamiento de los tratamientos médicos "BILBAO – ESPAÑA.
20. Martínez, a (2013). El profesional de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la asistencia. Manual de ética y legislación en enfermería, Madrid – España.
21. MARRINER A Y RAILE M. (2007), Modelos y teorías de enfermería, España, 6ta Edición, ELSEVIER.
22. MINISTERIO DE SALUD; GRA. (2006) "Guías de práctica clínica" Documentos de trabajo Arequipa-Perú
23. MINISTERIO DE SALUD: (2013) Información básica sobre la hemodiálisis Lima – Perú.
24. Organización Mundial de la salud (2014), Estadísticas sanitarias mundiales Chile.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) "Según la OMS Nutrición".
26. OREM D. (1995) Nursing: Concepts of Practice. St. Louis, MO: Mosby.
27. OREM D. (1993). Normas prácticas en enfermería Madrid, Ediciones Pirámide.
28. OREM Dorotea E. (1997) Soins infirmariers, les concepts et la pratique...Traducido por Gosselin danielle, Montreal. Decane Editeur.
29. PATEL.P. (2019) "Enfermedad renal crónica" ENCICLOPEDIA, San Francisco, CA.
30. PEÑA J. (2015) Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Tesis para optar el grado académico de Licencia en Enfermería. Lima. Universidad de San Martín de Porres.
31. RODÉS J. Y Cols. (2007) "Medicina interna: La insuficiencia renal crónica" Ed. MASSON España.

32. RODRIGUEZ B Y ROJAS K (2015). Nivel de información, apoyo y prácticas de autocuidado del adulto hemodializados. Tesis para optar el grado académico de Licenciadas en Enfermería. Trujillo Universidad Nacional de Trujillo.
33. Sánchez S. y Cols. (2001) La nefrología y el tratamiento de la insuficiencia renal en España.
34. Segundo Social de Salud (Es Salud) (2016), Un millón 800mil personas padecen Enfermedad Renal crónica en el Perú y no lo saben. Lima – Perú.
35. Seguro Social de salud (Es Salud) (2014), Un millón 800mil personas ‘padecen Enfermedad Renal crónica en el Perú y no lo saben.
36. SEDANO P. EL AUTOCUIDADO. (2016) Madrid: Ediciones Pirámide; España.
37. Sociedad Internacional de Nefrología (2013), Definición y clasificación de la Enfermedad Renal Crónica.
38. Sociedad Chilena de Nefrología (2009), Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones.
39. Sociedad internacional de Nefrología (2007), Enfermedad renal crónica como problema global en salud pública: Abordajes e iniciativas.
40. SOUSA VD. ZAUSZNIEWSKI J. RELIABILITY (2010), Validity and factor structure of the appraisal of self. Care Agency Scale - Revised (ASAS - R). J. Eval Clin Pract.
41. TEXAS HEART INSTITUTE (2010) "Acceso vascular para hemodiálisis" Instituto del corazón de Texas.

PAGINAS ELECTRONICAS

TORRES. A (2007) "Diferencia entre la calidad de vida percibida por los pacientes autónomos en diálisis y percibida por los profesionales de enfermería de la unidad" Barcelona – España. Disponible en: <http://www.revistaseden.org/files/1739.3.pdf>.

CARDONA, D. (2006), "Calidad de vida y condiciones de salud de la población de

CUEVAS, F. (2003), "Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: actores influyentes" http://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp_197.pdf.

http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=921&Itemid=1.

Luque J. Principios del autocuidado. 2006 Perú. (Acceso Septiembre 30 de octubre de 2015) URL Factores determinantes del autocuidado.

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo:.....

.....identificado con DNI:..... y domiciliado en

.....expongo.

Que al firmar este documento doy mi consentimiento para responder cuestionarios

Fecha:

.....

Firma del entrevistado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL ANTONIO LORENA,
CUSCO 2019”.**

**ANEXO 02
ENTREVISTA**

Instrucciones: Marque Ud. la alternativa que corresponda a su situación actual, en cuanto a sus características de datos generales y específicos:

1. Edad:

18-29 () 30-59 () 60 a más ()

2. Sexo

Femenino () Masculino ()

3. Estado Civil:

Conviviente () Separado () Casado ()
 Viudo () Divorciado () Soltero ()

4. Nivel Educativo:

Sin nivel o analfabeto () Inicial () Primaria ()
 Secundaria () Superior No universitaria ()
 Universitaria ()

5. Tiempo de tratamiento:

Mayor o igual a tres meses ()
 Más de un año ()

6. Trabajo actual:

Si () No ()

ANEXO N° 03

ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU TRATAMIENTO

	ITEMS
1.	¿Por qué usted asiste a la Unidad de Hemodiálisis?
	a) Porque los riñones no me funcionan bien
	b) Porque se me acumula agua en el cuerpo y las piernas se me hinchan
	c) Porque es mejor para mi salud
	d) No lo sé
2.	¿Hasta cuándo estará en Hemodiálisis?
	a) Hasta que los riñones se recuperen de su enfermedad
	b) Normalmente los riñones no se recuperan y estaré hasta que reciba un trasplante, y en caso de no recibirlo, el resto de mi vida
	c) Hasta que comience de nuevo a orinar
	d) No lo sé
3.	Para poderse dializar, se necesita que la sangre salga por una fístula o un catéter, pero, ¿cuál es mejor?
	a) Un catéter, porque además no le duele al no tener que pincharle
	b) La fístula
	c) Da igual la fístula que el catéter
	d) No lo sé
4	Si tiene una fístula, ¿qué tiene que hacer para cuidarla bien?
	a) No quitar el adhesivo que me deja la enfermera hasta la próxima sesión
	b) Si me toman la tensión arterial, procurar que sea en el brazo de la fístula porque la sangre corre más por ese brazo, y la tensión se toma mejor
	c) Si me van a pinchar, advertir siempre a los enfermeros y médicos que no sean de diálisis del brazo en el que está la fístula para que pinchen en el otro
	d) No lo sé

5.	El fósforo es una sustancia que está en los alimentos y en unos de ellos, como la leche, en mucha cantidad. Sin embargo, en mi caso es cierto que...
	a) Debo tomar muchos alimentos ricos en fósforo porque es muy bueno para el cerebro y tendré mejor la memoria
	b) Debo restringir ciertos alimentos, porque si se me acumula en el cuerpo el fósforo, se vuelven rígidas las arterias y venas
	c) Si el fósforo está alto en mi sangre, enseguida lo sabré porque me picará todo el cuerpo
	d) No lo sé
6.	Para bajar el fósforo en la sangre el médico me ha mandado unos medicamentos que son:
	a) Carbonato de Calcio
	b) Paracalcitrol
	c) Alfa Calcidol, Vitamina D
	d) No lo sé
7.	¿Qué es la Eritropoyetina?
	a) Es una sustancia que se ha creado para que se dopen los ciclistas y otros deportistas
	b) Un tipo de hierro para la anemia
	c) Una sustancia que se utiliza para que el cuerpo produzca glóbulos rojos y no haya anemia
	d) No lo sé
8.	¿Por qué tiene que poner en remojo muchos alimentos y se debe tomar poca fruta?
	a) Para evitar infecciones
	b) Para evitar tomar más agua de la debida
	c) Para restringir el consumo de potasio
	d) No lo sé
9.	Si el médico o la enfermera le dice que debe bajar de peso, ¿por qué cree que lo hace?

	a) Porque como mucho y debo adelgazar
	b) Para evitar que me ahogue o me hinche
	c) Para que beba menos
	d) No lo sé
10.	¿Cómo sabe si su fístula funciona?
	a) Porque noto un latido y una especie de corriente
	b) Porque está muy dilatada
	c) Porque me pinchan y funciona
	d) No lo sé

EVALUACION: ESCALA VIGESIMAL

NIVEL DE CONOCIMIENTOS

ALTO: 16 - 18 puntos

MEDIO 13 - 15 puntos

BAJO 11 - 12 puntos

DIMENSIONES

TÉCNICA DE 1, 2, 3

DIÁLISIS

ACCESO VASCULAR 4, 9, 10

CONOCIMIENTOS 5, 6, 8

SOBRE FOSFORO Y

POTASIO

CONOCIMIENTO 07

SOBRE

ERITROPOYETINA Y

ANEMIA

1. ENCUESTA CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

La encuesta Conocimiento sobre Insuficiencia Renal Crónica y su tratamiento específicamente la Hemodiálisis, fue elaborada por Orozco Ramirez, Bessie de la Unidad de Nefrología del Hospital del Seguro Social de Guatemala 2010

La encuesta tuvo como objetivo obtener información sobre los conocimientos que tienen los pacientes ingresantes a la Unidad de Hemodiálisis, cuenta con 10 preguntas tipo test, con 4 opciones (a,b,c,d) siendo válida una sola respuesta, está estructurado en 10 preguntas que abarcan las siguientes dimensiones: técnica de diálisis (p. 1,2,3,) acceso vascular (p. 4,9,10), conocimiento sobre fosforo y potasio (p. 5,6,8,) y conocimiento sobre eritropoyetina y anemia (p. 7)

Se considera que el punto de corte para medir el conocimiento satisfactorio es de 6 respuestas correctas (la mitad más uno de las 10 respuestas), esta nota implica que el paciente conoce el porqué del tratamiento para su enfermedad y algunos de los factores que inciden sobre su enfermedad.

Se aplicó en una muestra de ochenta y ocho pacientes que asistieron a las sesiones de hemodiálisis, la participación fue muy buena encontrándose una alta tasa de voluntariedad en participar.

La encuesta original pertenece a la Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo, Madrid y fue validada la realidad guatemalteca, con dos cambios: 1) en la pregunta 6, se cambiaron los nombres comerciales por nombres genéricos de los medicamentos que se prescriben en Guatemala; y 2) en la pregunta 7, se cambió la palabra EPO por Eritropoyetina, fue validada por tres expertos: un Médico Especialista en Nefrología, una Trabajadora Social y una Química Farmacéutica

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el programa EPI-DAT 3.1 de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, dando como resultado una muestra de ochenta y ocho (88) pacientes. La población de

estudio la constituyeron mil (1,000) pacientes con Enfermedad Renal Crónica que atiende el Seguro Social.

Los datos fueron analizados utilizando técnicas estadísticas descriptivas; hoja de Cálculo EXCEL-XP; análisis bivariado, regresión logística múltiple no condicionada

GUIA EVALUATIVA

Se estableció cuatro formas de conocimiento: excelente, bueno, regular, deficiente determinados referentes a los conocimientos que acerca de la IRC tiene el paciente ingresante a la Unidad de Hemodiálisis.

a) Se otorgara 2.0 punto a cada respuesta correcta desde la pregunta 01 hasta la 03 correspondiente al tema: Técnica de Hemodiálisis

b) Se otorgara 2.0 puntos a las respuestas correctas: 04, 09, 10 correspondiente al tema: Acceso vascular.

c) Se otorgara 2.0 puntos a las respuestas correctas: 05, 06 y 08 correspondiente al tema: Conocimiento Fósforo y Potasio

d) Se otorgara 2.0 puntos a las respuestas correctas: 05, 08 correspondiente al tema: Conocimiento EPO y anemia

Pregunta No.	Tema de la pregunta
p2	Técnica de diálisis
p3	Técnica de diálisis
p1	Técnica de diálisis
p7	Conocimiento EPO y anemia
p4	Acceso vascular
p10	Acceso vascular
p9	Acceso vascular
p6	Conocimiento Fósforo y Potasio

p8	Conocimiento Fósforo y Potasio
p5	Conocimiento Fósforo y Potasio

e) De la suma de los puntajes parciales se obtendrá el puntaje global evaluado en escala vigesimal en los siguientes parámetros.

f)

CONOCIMIENTOS Alto Nivel: 16 - 18 puntos

CONOCIMIENTOS Mediano Nivel: 13 - 15 puntos

CONOCIMIENTOS Bajo Nivel: 11 - 12 puntos

ANEXO 04

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)

CUESTIONARIO

Instrucciones: Por favor marque la respuesta que corresponda al grado que mejor describe como usted es. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo asegúrese de que selecciona la que mejor corresponde a su capacidad o a sus habilidades:

ITEMS	Nunca (1)	Casi nunca (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	1	2	3	4
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	2	3	4
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	1	2	3	4
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	1	2	3	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	1	2	3	4
10. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos	1	2	3	4

alimenticios.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.	1	2	3	4
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	1	2	3	4
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	1	2	3	4
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	1	2	3	4
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	1	2	3	4
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	1	2	3	4
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	1	2	3	4

23. Puedo sacar tiempo para mí.	1	2	3	4
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4

La Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), fue desarrollada por Evers, Holanda (1983)

Cálculo de las puntuaciones: Escala Ordinal

Baja capacidad de agencia de autocuidado. : 24 -62
puntos.

Mediana capacidad de agencia de autocuidado. : 63-81
puntos.

Alta capacidad de agencia de autocuidado. : 82-96
puntos.

DIMENSIONES	ITEMS
Interacción social	20 y 22.
Bienestar personal:	2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23.
Actividad y reposo	3, 6, 11, 13, 20
Consumo suficiente de alimentos o alimentación	9.
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal:	1, 10, 18, 24.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

ESCALA DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA).

(Appraisal of Self-Care Agency Scale)

La Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA Holanda 1,983), fue desarrollada por Evers para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente fue adaptada al español por Reales E. de la Universidad Nacional de Colombia (ASA).

La Escala ASA se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cuatro alternativas tipo Likert, donde el 1 (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 4 (siempre) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 96 puntos; fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado.

Las siguientes dimensiones que conforman el autocuidado son: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal, en las personas con enfermedad renal crónica terminal.

La estructura de la Agencia de Autocuidado está constituida por las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas. Las operaciones estimativas comprenden la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el autocuidado; las transicionales determinan el tipo de acción o curso que debería tomarse con respecto al autocuidado, mientras que las productivas ejecutan las acciones de autocuidado.

Para la adaptación al español se aplicó la escala ASA a 201 personas con factor de riesgo cardiovascular y se obtuvo una media de 79,12 una desviación estándar de 6,69 y una varianza (desviación estándar al cuadrado) de 44,78. Se realizó un análisis factorial por medio de una matriz de coeficientes de correlación entre todos los ítems, se elaboró la matriz de correlación con los coeficientes obtenidos. Se calculó el

promedio de las correlaciones y el número de correlaciones no repetidas o excluidas

El alfa de Cronbach total fue de 0,689 sin corrección y el estandarizado fue de 0,744; se observa una diferencia de 0,026 por debajo del valor reportado en la medición de confiabilidad de la escala ASA.

DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO ESCALA DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA).

Ésta escala fue diseñada originalmente por Isenberg, Evers y otros en 1983. La escala ASA es una de las más completas, de mayor uso y de resultados adecuados de validez, mide la capacidad de agencia de autocuidado en todas sus dimensiones y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.

La escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado consta de 24 ítems, que abarcan las siguientes dimensiones:

-) Interacción social: (2 ítems) 20 y 22.
-) Bienestar personal: (12 ítems) 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23.
-) Actividad y reposo: (5 ítems) 3, 6, 11, 13, 20.
-) Consumo suficiente de alimentos o alimentación: (1 ítem) 9.
-) Promoción del funcionamiento y desarrollo personal: (4 ítems) 1, 10, 18, 24.

La calificación de esta Escala se realiza de la siguiente manera:

1. Existen cuatro alternativas de respuesta: un punto (nunca) significa el valor más bajo de agencia de autocuidado, dos puntos (casi nunca), tres puntos (casi siempre) y cuatro puntos (siempre) significa el valor más alto.
2. Al realizar la suma algebraica del valor obtenido de los 24 ítems, obtenemos los siguientes parámetros de calificación general:

- Baja capacidad de agencia de autocuidado. : 24-62 puntos
- Mediana capacidad de agencia de autocuidado. : 63-81 puntos
- Alta capacidad de agencia de autocuidado. : 82-96 puntos

