



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**PERCEPCION DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE  
AUTOCUIDADO Y SU RELACION CON LAS CARACTERISTICAS  
SOCIODEMOGRAFICAS, EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO  
REBAGLIATI MARTINS, 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

Presentado por:

**AUTORES:**

**Bach. DAVILA CRISANTO YERY JUDITH,**

**Bach. RENGIFO TIPTO LEOPOLDO.**

**ASESOR: DR. WALTER GOMEZ GONZALES**

**LIMA – PERÚ  
2016**



## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por su apoyo incondicional, durante los cinco años de nuestra formación profesional, por sus consejos, por inculcarnos valores y por su constante motivación a seguir adelante e incentivándonos cada día a ser mejor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos al Dr. Walter Gómez Gonzales por el valioso apoyo incondicional, en el asesoramiento de nuestra tesis.

Al Hospital Edgardo Rebagliati y a la Jefa del servicio de unidad de Hemodiálisis por permitirnos la accesibilidad para realizar nuestro proyecto.

A nuestra alma mater la Universidad Norbert Wiener por habernos acogido en todos estos años de carrera profesional.

Muchas gracias.

**Asesor:**  
**Dr. Walter Gómez Gonzales**

**Jurado**

**Presidente:** Dra. Josefa Vásquez Cevallos

**Secretaria:** Mg. Graciela Guevara Morote

**Vocal:** Mg. Violeta Zavaleta Gutiérrez

## INDICE

	Pagina
<b>I: EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2Formulación del problema.....	16
1.3 Justificación.....	17
1.4 Objetivos.....	18
1.4.1. Objetivo General.....	18
1.4.2. Objetivos Específicos.....	18
<b>II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes.....	19
2.2 Base teórica.....	28
2.3 Terminología básica.....	46
2.4 Hipótesis.....	47

2.4. Variables e indicadores.....	47
2.5. Operacionalizacion de variables.....	48
<b>III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo y método de Investigación.....	50
3.2. Ámbito de investigación.....	50
3.3. Población y muestra.....	51
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	52
3.6. Aspectos éticos.....	53
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. Resultados.....	55
4.2. Discusión.....	65
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones.....	72
5.2. Recomendaciones.....	73
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>79</b>

## **INDICE TABLAS Y/ GRAFICOS**

GRAFICO 1: PERCEPCION DEL PACIENTE	55
GRAFICO 2: PERCEPCION DEL PACIENTE EN LA DIMENSION NUTRICION.	56
GRAFICO 3: PERCEPCION DEL PACIENTE EN LA DIMENSION ACTIVIDAD FISICA.	57
GRAFICO 4: PERCEPCION DEL PACIENTE EN LA DIMENSION HIGIENE.	58
TABLA 1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS	59
TABLA 2 RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y GRUPO ETARIO	60
TABLA 3 RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y GENERO	61

TABLA 4 RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y ESTADO CIVIL SEGÚN	62
TABLA 5 RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y GRADO DE INSTRUCCION	63
TABLA 5 RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y CONDICION LABORAL	64

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la percepción de los pacientes hemodializados sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficas, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. **Materiales y métodos:** El presente estudio de investigación fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo correlacional, prospectivo, porque nos permitió obtener la información tal como se presentaba en la realidad; de corte transversal, por que describió el fenómeno. La Población fue de 90 usuarios que son atendidos en la unidad de hemodiálisis del HNERM. La técnica que se utilizó, es una entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario y escala de Lickert modificada, el cual consta de introducción, instrucciones, datos generales y el contenido que cuenta con 22 ítems con 3 alternativas de respuesta: siempre (3), a veces (2), nunca (1) de manera positiva; nunca (3), a veces (2), siempre (1) de manera negativa. El mismo que fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos proporcionada por 8 profesionales del área de salud entre enfermeras docentes, asistenciales y administrativas. **Resultados:** La percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado es en un 65% favorable con tendencia a la satisfacción del paciente, relacionado en gran parte hacia la dimensión (higiene). Referente a las dimensiones: en la dimensión higiene la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado es en un 37% favorable con tendencia a la satisfacción del usuario, en las dimensiones nutrición y actividad física la percepción del paciente comparte entre lo medianamente desfavorable un 38%, no presentándose en esta dimensión la tendencia a la satisfacción del usuario. **Conclusión:** Se evidencia que los pacientes en su mayoría perciben de forma medianamente desfavorable sobre autocuidado, pero se debe resaltar que hay un buen porcentaje que percibe la atención de manera favorable, no se encontró relación entre percepción sobre autocuidado y sus características sociodemográficas de los pacientes hemodializados.

**PALABRA CLAVE:** Percepción del paciente hemodializado, autocuidado, características sociodemográfico.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the perception of hemodialysis patients on self-care and its relationship with sociodemographic characteristics, at the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital. **Materials and methods:** The present study was of application level, quantitative type and correlational descriptive method, prospective, because it allowed us to obtain the information as presented in reality; Of cross-section, by which he described the phenomenon. The population was 90 users who are treated in the HNERM hemodialysis unit. The technique used was an interview and the instrument was a questionnaire type and modified Lickert scale, which consists of introduction, instructions, general data and the content that has 22 items with 3 alternative answers: always (3) , Sometimes (2), never (1) in a positive way; Never (3), sometimes (2), always (1) in a negative way. The same one that was submitted to content and construct validity through the judgment of experts provided by 8 professionals of the health area among teaching, care and administrative nurses. **Results:** The perception of the hemodialysed patient on self-care is in a 65% favorable with tending patient satisfaction, related in large part to the dimension (hygiene). Regarding the dimensions: in the hygiene dimension the perception of the hemodialysed patient on self-care is in a 37% favorable with tendency to the satisfaction of the user, in the dimensions nutrition and physical activity the patient's perception shares between the average unfavorable 38% Not presenting in this dimension the tendency to user satisfaction. **Conclusion:** It is evident that the majority of patients perceive in a moderately unfavorable way about self-care, but it must be emphasized that there is a good percentage that perceives the care favorably, which must be recognized and encouraged to be an example to follow, No relationship was found between self-care perception and sociodemographic characteristics of hemodialysis patients.

**KEYWORD:** Perception of hemodialysis patient, self-care, sociodemographic characteristics.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) que se manifiesta en la incapacidad de los dos riñones para eliminar impurezas y toxinas, así como los líquidos sobrantes del torrente sanguíneo, es un problema de salud pública a nivel mundial. Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), que es el estadio más avanzado de ERC, requieren para su sobrevivencia recibir costosos tratamientos de reemplazo o sustitución de la función renal, mediante el tratamiento con diálisis o trasplante renal. **(1)**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ERC afecta a 500 millones de personas en todo el mundo, una de cada 10 personas adultas tiene algún tipo de enfermedad renal. Cerca del 7% de la población ya ha perdido más de la mitad de la función renal normal, uno de cada cinco pacientes, que acude a un establecimiento de salud de atención primaria, presenta una función renal reducida por debajo del 50%. Por otro lado, más de dos millones y medio de personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad, y más de la mitad de ellas no sabe que tienen dicho riesgo y menos aún que esta dolencia es asintomática en su etapa inicial presentándose solo cuando el daño renal está muy avanzado y provoca serios problemas de salud. **(2)**

La tasa de tratamiento de la IRC terminal ha aumentado hasta llegar a 478,2 pacientes por millón de habitantes (pmh). Al 31 de diciembre de 2005 había 147 158 pacientes en hemodiálisis permanente (44% de ellos en Brasil), 50 251 en diálisis peritoneal (65% en México) y más de 52 000 pacientes vivían con un riñón trasplantado. Simultáneamente se ha observado un aumento en la incidencia: de 33,3 pmh en 1993 a 167,5 en 2005. Las mayores prevalencias (más de 600 pmh) se encontraron en Puerto Rico, Chile, Uruguay y Argentina; seguidos de Colombia, Brasil, México, Panamá y Venezuela, con prevalencias de 300–600 pmh; y tasas significativamente más bajas (menores de 50 pmh) en el resto de los países. Solamente en Puerto Rico se encontró una tendencia a la estabilización de la tasa de incidencias (310 pmh en 2005). **(2)**

En el Perú, aun cuando no existen estadísticas oficiales, se estima que cerca de 300 mil personas padecen de (ERC), mientras que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es de 9,000 pacientes asegurados por EsSalud por año, que requieren diálisis y/o trasplante renal, cabe señalar que del total de pacientes con ERCT, EsSalud atiende aproximadamente al 80% de pacientes, mientras que las otras entidades juntas: MINSA, Policía, Fuerzas Armadas y Privados, atienden aproximadamente al 20% restante. Cada año EsSalud realiza hemodiálisis a cerca de 9,000 casos de insuficiencia renal, de los cuales Lima concentra unos 5,100 pacientes, y por lo menos unos 3,800 lo hacen en 51 clínicas pagadas por EsSalud, debido a que dicha institución no cuenta con equipos suficientes.**(2)**

Asimismo es importante mencionar que este tratamiento trae consigo serias repercusiones que modifican su estilo de vida, tales como restricciones en la dieta habitual, en la ingesta de agua, el acostumbrarse asistir continuamente a un centro

de diálisis para recibir su tratamiento, el acostumbrarse a depender de una máquina de hemodiálisis, entre otros cambios que afectan muchas veces su esfera bio-psico-social. Ello sustenta la necesidad de que el paciente esté debidamente orientado sobre su enfermedad, tratamiento e importancia de su participación en este; siendo necesario que el personal de enfermería brinde un apoyo continuo a través de actividades educativas y motivación permanente, ejerciendo el rol promotor en el auto cuidado del paciente con enfermedad renal. La enfermera como parte del equipo de salud y como profesional que pasa con el paciente la mayor parte del tiempo, por la naturaleza de su participación en los cuidados de atención directa, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención mediante el desempeño de su rol docente proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de prevención de complicaciones de la enfermedad renal crónica terminal, así como los auto-cuidados que deben observarse una vez que se encuentra en terapia de sustitución renal. **(3)**

La participación del Profesional de enfermería como dispensador de salud en el ofrecimiento de la información necesaria sobre autocuidado que permita a los pacientes con enfermedad renal crónica, modificar sus hábitos de vida e implementar los auto-cuidados necesarios, de tal manera que pueda lograr la restitución de su estado de bienestar de acuerdo a las condiciones propias impuesta por la enfermedad renal o disminuir los riesgos que pudieran derivarse de un mal manejo de la misma. **(3)**

En tal sentido durante las horas laboradas en la unidad de hemodiálisis del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins al interactuar con los pacientes refieren: “a

veces la enfermera a cargo solo me inicia el tratamiento sin darme mayor información, no me explica cuando me va administrar algún medicamento, no responde a mis preguntas siempre me mandan con el médico” entre otras expresiones; así mismo se puede ver que algunas enfermeras al interactuar con los pacientes no cumple con presentarse, desconocen datos personales del paciente, no consideran sus características sociodemográficas, no dan información acerca del procedimiento a realizar, no se establecen lasos de empatía mediante la confianza y calidez necesaria en el inicio del tratamiento por tal motivo por lo expresado en líneas anteriores surge las siguientes interrogantes dicha situación:

**¿Qué intervención educativa brinda el profesional de enfermería?**

**¿Las intervenciones educativas del profesional de enfermería responden a las necesidades del paciente?**

**¿Cómo percibe el paciente estas intervenciones?**

**¿Cómo lo identifica el profesional de enfermería en su tratamiento?**

Del análisis de las interrogantes señaladas se seleccionó el problema de investigación que a continuación se formula:

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

**¿Cuál es la percepción de autocuidado del paciente hemodializado y su relación con sus características sociodemográficas, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016?**

### **1.3 JUSTIFICACION**

La educación en salud, es una herramienta utilizada para prevenir la enfermedad y promover la vida. Existe un grupo de enfermedades crónicas en donde la educación permite mejorar la calidad de vida de las personas. Entre ellas se encuentra la insuficiencia renal crónica (IRC), patología que, en su etapa final requiere como tratamiento la hemodiálisis. Durante las horas que permanece el paciente al interior de los centros y/o unidades de diálisis, para recibir este tratamiento, los profesionales de la enfermería deben optimizar este momento para educar a los pacientes, en función de conseguir la mayor adherencia a su tratamiento. Su rol como educador y las estrategias educativas que realiza son claves para cumplir con los objetivos de la hemodiálisis.

El estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista social y metodológico. La relevancia social viene dada por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter social como lo es la atención prestada a los pacientes que sufren de enfermedad renal crónica, contribuyendo así a prevenir las complicaciones que pudieran derivarse de esta enfermedad para quien la padece.

En cuanto a la relevancia metodológica la realización de este proyecto constituye un aporte a los profesionales de enfermería que prestan servicios de salud en las unidades de diálisis, donde se tratarán los aspectos referidos a la participación de la enfermera (o), sobre autocuidados destinados a prevenir las complicaciones derivadas de la enfermedad renal crónica, ya que dentro del campo de la salud los profesionales de enfermería son los que más actividades abarcan, y que más tiempo permanecen al lado de los usuarios de los centros asistenciales, por lo que

los cuidados de enfermería dispensados son fundamentales para contribuir a su pronta recuperación.

Finalmente este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación desarrolladas por la Escuela de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener y por la oportunidad que poseen los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

En relación con los alcances de la investigación, el presente trabajo se circunscribirá como ya fue mencionado en su objetivo general a determinar la relación que existe entre la percepción del paciente hemodializados sobre autocuidado y sus características sociodemográficas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la percepción del pacientes hemodializado sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficas, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2016.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado según las dimensiones nutrición, higiene y actividad física.
- Conocer las características sociodemográficas del paciente hemodializado.
- Establecer la percepción de autocuidado de los pacientes hemodializado y su relación con sus características sociodemográficas.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

#### **2.21 INTERNACIONALES**

**Alvear.** En España. 2014. Realizó el estudio titulado “Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS – Cuenca - 2014” con el objetivo de establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor; el estudio fue de tipo descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores, la técnica empleada fue la encuesta, y el instrumento utilizado fue el test de CYPAC AM en la recolección de datos. Los resultados encontrados fueron que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encontraron el control de adicciones (80%), la actividad física (65,8%) y el control de la medicación (64,2%); mientras los de bajos resultados fueron los de control del descanso y del sueño y el control de la eliminación en los que más del 40% de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada. Las conclusiones a las que llegó fueron que existe un déficit potencial de autocuidado en los adultos mayores estudiado, encontrando una clara 17 correlación entre el sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado. **(4)**

**Romero M. y otros** (2012), realizaron la investigación: La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. España, Escuela Universitaria de Enfermería, Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-quirúrgica, Universidad de Barcelona. España. Sostienen que la satisfacción es un indicador fundamental de la calidad asistencial. Existen numerosos instrumentos que miden la satisfacción con los cuidados enfermeros, aunque no responden a la realidad del paciente crítico ni a nuestro contexto. Objetivos.- Explorar y comprender la satisfacción de los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos de un hospital nivel III con los cuidados enfermeros, para definir e identificar las dimensiones del concepto de satisfacción desde su punto de vista. Material y métodos.- Estudio cualitativo según la teoría fundamentada en 3 unidades de Cuidados Intensivos de 34 boxes individuales. Muestreo teórico. La muestra, tras la saturación de datos, fue de 19 participantes. La recogida de datos fue a través de la entrevista en profundidad y diario de campo. Análisis de contenido según teoría fundamentada. Se siguieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln. Informe favorable del comité de ética del centro y consentimiento informado. Resultados.- Emergen 4 categorías: definición y dimensiones del concepto de satisfacción, expectativas y vivencias. Los participantes incluyen en su definición de satisfacción las dimensiones: competencias profesionales, cuidados humanos, técnicos y continuados. La combinación de estos elementos 17 produce sentimientos de seguridad, tranquilidad, estar vigilado, sentirse persona, percibiendo una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados. Conclusiones.- La definición y las dimensiones del concepto de satisfacción desde el punto de vista

del paciente muestran los aspectos importantes para la persona además de clarificar sus dimensiones, permitiendo la construcción de instrumentos más acordes con el contexto y su percepción real. Palabras clave: Satisfacción del paciente; Percepción; Cuidados críticos; Unidades de cuidados intensivos; Investigación cualitativa; Investigación en enfermería. **(5)**

**Luna Rojas, J; y Otros.**, México, 2011, se realizaron estudios sobre: Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años, con el objetivo de evaluar el conocimiento de Autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años. El método que utilizaron fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en escolares de una escuela primaria ubicada en la delegación Miguel Hidalgo en México Distrito Federal. La muestra la conformaron 205 escolares de 9 a 12 años de edad. Los instrumentos fueron la evaluación incluyó cuatro dimensiones: 9 ítems sobre alimentación, 3 sobre prevención de la obesidad, 1 de conocimientos y términos y 7 de actividad física. Una vez obtenidos los resultados, se idéntico qué tanto conocimiento de auto-Cuidado tiene el escolar para la prevención de la obesidad, así como qué género presenta mejor nivel de conocimiento. Se llegó a la conclusión: El Autocuidado se aprende a través de relaciones personales a lo largo de la vida en el contexto de la familia. Los niños son considerados agentes de cuidado dependiente, ya que van adquiriendo conocimiento durante su proceso de desarrollo de manera individual o colectiva". **(6)**

**Ayala L, y Otros**, en el año 2010 en México, investigó sobre el "Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre auto cuidado con acceso

vascular”, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimiento del paciente de hemodiálisis sobre el auto cuidado del acceso vascular; el tipo y método de investigación que utilizó fue Transversal comparativo, realizado en la unidad de hemodiálisis del hospital general Regional del instituto mexicano del seguro social, se incluyeron pacientes crónicos, mayores de edad; se excluyeron pacientes con hemodiálisis substituida y se eliminaron las salidas definitivas del programa durante el periodo de la investigación, se diseñaron y validaron dos instrumentos uno para pacientes con catéter (grupo I), constituido por 27 ítems y otro para pacientes con fistula arteriovenosa (grupo II) integrado por 29 ítems, los índices de confianza de los instrumentos fueron validados mediante la prueba Spearman Brown. En el resultado se encontraron 36 pacientes, 24 tuvieron catéter, 12 fistula; 47.2% femenino y 52.8% masculino, casados 52.8, con escolaridad primaria 33.3%, y secundaria 30.6%.la permanencia en hemodiálisis en el grupo I fue de ocho meses (rango 1 a 42) y en el grupo II de tres (rango 2 a 120). 45.8% de los pacientes del grupo I presentó un nivel de conocimientos muy bajo y en el grupo II el nivel de conocimiento fue 83.4%; dando como conclusión que los pacientes que tuvieron un nivel muy bajo de conocimientos en el auto cuidado del Acceso Venoso, pone en riesgo el funcionamiento adecuado del tratamiento y de su propia vida. (7)

**Millán.** En Cuba, en el 2010, realizó el estudio titulado “Evaluación de la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud del adulto mayor en la comunidad”; con el objetivo principal de evaluar la capacidad de autocuidado y el estado de salud de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo constituida por 195 personas adultas mayores; los instrumentos

utilizados en la recolección de datos fueron una escala de capacidad 18 de autocuidado y un cuestionario de percepción de estado de salud SF – 36. Los resultados que encontró fue que el 62% de los encuestados mostraron un nivel de cuidado inadecuado y una percepción del estado de salud negativa; los problemas en el autocuidado estuvieron relacionados con el no control periódico de la salud (61%), la no realización de actividad física periódica (75%), la automedicación (33%) y la alimentación inadecuada (42%). De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado fue inadecuado el 75,2% fueron independientes y el 63,6% percibieron su estado de salud como aparentemente sanos. Concluyendo que la mayoría de adultos mayores estudiados expresaron ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, pero no desarrollaron adecuadamente sus capacidades de autocuidado; y que los adultos mayores que percibieron algún riesgo para su salud se cuidaban más que los que se sintieron sanos. **(4)**

### **2.1.2 Nacionales**

**Aguado Fabián, E; y Otros.** LIMA, 2014 "Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional" tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado en pacientes adultos 9 con hipertensión arterial. Material y métodos: el estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal; se llevó a cabo en el consultorio de cardiología de un Hospital Nacional. La población de estudio fue 3949 y la muestra lo constituyeron 86 pacientes con diagnóstico de HTA. Técnicas e instrumentos de

recolección de datos, se aplicó la técnica de la entrevista, un cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial y para medir el autocuidado una Escala de Lickert. Validez y confiabilidad de los instrumentos: se sometió a juicio de expertos con 10 profesionales de salud, la confiabilidad se obtuvo mediante la aplicación de una prueba piloto. Procedimiento de recolección de datos: se solicitó la autorización del Comité de Ética de la UPCH y del Hospital, la recolección de datos se realizó previo consentimiento informado de los participantes. La información obtenida se procesó en una base de datos en Excel a través del programa estadístico SPSS versión 15; y el análisis estadístico se realizó con la prueba t de student; se utilizó el análisis descriptivo y los resultados se presentaron en tablas estadísticas. Conclusiones: el 40.0% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; el 38.1% presentaron un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas. **(6)**

**Rodríguez, A.** 2014. Lima. Realizó la investigación titulada: "Percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014". El objetivo fue determinar la percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre las características del cuidado humanizado de la enfermera en una Institución de Salud en el año 2014. La metodología fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo de corte transversal, los datos se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado. Los resultados fueron en cuanto al nivel de percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera medianamente favorable 55.9% (19), favorable 38.2% (13), medianamente desfavorable 5.9% (2) y como desfavorable 0% (0). En la dimensión

de actitud empática fue medianamente favorable 50% (17), favorable un 47% (16), medianamente desfavorable 1% (1) y como desfavorable 0% (0). En la dimensión de cordialidad en el trato arrojó favorable 50% (17), medianamente favorable 41.2% (14), medianamente desfavorable 8.8% (3) y desfavorable 0% (0). En la dimensión autenticidad arrojó favorable 52.9% (18), medianamente favorable 44.1% (15), medianamente desfavorable 3% (1) y desfavorable 0% (0). Concluyendo que la percepción sobre las características del cuidado humanizado de la enfermera, fue medianamente favorable, demostrando que el cuidado que brinda la enfermera puede ser mejorado y enmarcarse en ayudar al paciente a aumentar su armonía entre cuerpo, alma y mente, como un proceso interpersonal, intersubjetivo y transpersonal, basada en la relación de ayuda, más que aplicar conocimientos de forma clínica. **(8)**

**Quinto M.** 2010. Lima. Realizó la investigación titulada: “Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia del INEN 2010”. El objetivo determinar la percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera e identificar la percepción de los pacientes y familiares según la dimensión humana, oportuna, continua y segura. La metodología usada fue un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes y familiares. La técnica fue la encuesta y el instrumento la escala de Likert modificada. Los resultados fueron del 100% (30), 50% (15) tienen una percepción medianamente favorable. La percepción de los familiares fue, 53% (16) medianamente favorable. En cuanto a la percepción de los pacientes según la dimensión humana 50% (15) fueron medianamente favorable,

en la dimensión oportuna, 54% (16) medianamente favorable, en la dimensión continua, 37% (11) medianamente favorable y en la dimensión segura, 50% (15) medianamente favorable. En cuanto a la percepción de los familiares según la dimensión humana 47% (14) medianamente favorable, en la dimensión oportuna, 60% (18) medianamente favorable, en la dimensión continua, 64% (19) medianamente favorable y en la dimensión segura, 70% (21) medianamente favorable. Concluyendo que la mayoría de los pacientes y familiares tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable a nivel general y en sus dimensiones referido a que la enfermera no se presenta por su nombre cuando atiende al paciente, se demora en atenderle cuando lo requiere y brinda una atención interrumpida, mientras que un porcentaje significativo que tiene percepción favorable esta dado a que la enfermera le saluda cuando ingresa al servicio, le realiza el examen físico, le da oportunidad para que exprese sus miedos y tensiones ante el tratamiento y utiliza un lenguaje fácil de entender. **(8)**

**Espinoza L, y otros.** 2010. Huacho. Realizaron la investigación titulada: “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho, octubre de 2010”. El objetivo describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes atendidos por el profesional de enfermería en EsSalud huacho en octubre 2010. La metodología usada fue investigación descriptiva tipo transversal se realizó una encuesta a 65 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, con un tiempo mayor de 24 horas de hospitalización en los servicios de medicina, obstetricia y cirugía. Los resultados muestran que algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, un 52,3% de empatía y un

55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se concluye, pues, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad. **(9)**

**Arquinigo Jaimes, G.**2008, en Lima – Perú, realizó el estudio sobre “Capacidad de Autocuidado del Paciente en Hemodiálisis Periódica del Centro de Hemodiálisis de Essalud, 2006-2007”. El objetivo del estudio fue: determinar el nivel de capacidad del autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud. El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 218 pacientes que recibían hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, seleccionados por muestreo probabilístico. Se utilizó como instrumento: La Valoración de Capacidad de autocuidado. La cual fue clasificada en: alto, medio y bajo. Se hizo uso del software SPSS versión 13.0 y la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado. Los resultados fueron: 59% muestra nivel alto de capacidad de autocuidado; dentro del cual el 79% presento nivel alto en la habilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, y 53% nivel medio en conocimientos para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad ; concluyéndose que los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida cotidiana; sin embargo evidenciaron un nivel medio de conocimientos para hacer frente a la enfermedad. **(10)**

## **2.2 BASE TEORICA**

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

Aljama y Cols (2003) **(10)** refieren que los pacientes con ERC presentan un perfil clínico general con edades comprendidas entre 50-70 años de edad, con múltiples patologías asociadas a su enfermedad, con afectación de su estado general y con unas manifestaciones clínicas que se pueden agrupar por sistemas o aparatos, de tal manera que aparecen alteraciones en los sistemas hematológico, nervioso, endocrino, cardiovascular, aparato digestivo y óseo. También hay que tener en cuenta los trastornos bioquímicos y problemas psicosociales, derivados tanto de los trastornos físicos, como de la dependencia que estos enfermos tienen al estar sometidos a tratamiento de diálisis éste tratamiento en sus dos modalidades, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal, y el trasplante.

La persona con ERC pierde la capacidad de funcionamiento renal, entonces hablamos que se ha producido un daño renal con pérdida de la integridad del riñón, así como de su función depuradora y reguladora del medio interno del paciente. Avendaño **(5)**, señala que las causas más frecuentes de la ERC puede ser provocadas por una gran variedad de patologías, como: glomérulo nefritis, pielonefritis, neuropatías por fármacos, enfermedad quística, enfermedad vascular renal, nefritis hereditarias, diabetes, mielomatosis, tuberculosis, tumor renal, pérdida traumática o quirúrgica, otras causas de etiología incierta. Cuando el paciente presenta la falla renal puede ser agudo o crónico; la diferencia entre ambos se establece atendiendo a las causas que generan la falla y a su duración. La falla renal aguda es súbita que puede ser de causa secundaria a complicaciones multi-orgánicas, por cuadros quirúrgicos, sepsis, intoxicaciones, etc.; esto va exigir una tratamiento de hemodiálisis hasta que se solucione la causa primaria y el riñón

recupere su función normal o de manera continua si no se revierte el daño hasta el punto de que el paciente no podrá dejar de recibir el tratamiento dialítico. Cuando el paciente presenta falla renal crónica, la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, hasta el punto de requerir de por vida un tratamiento de sustitución de la función renal para poder seguir viviendo, entonces se produce la Enfermedad renal crónica terminal, de manera irreversible hoy llamada Enfermedad renal crónica (ERC), definida como un funcionamiento renal inferior al 10%. Los primeros síntomas no suelen aparecer hasta que se ha perdido aproximadamente el 50% de la función renal. Cuando se realiza una exploración aparece una elevada presión arterial, altas concentraciones de sodio, potasio, urea en orina y niveles elevados de creatinina en sangre. Esto se debe al agua acumulada en el torrente sanguíneo y en los tejidos, y a las sustancias tóxicas que transporta la sangre circulante. Todos los sistemas del organismo pueden verse afectados por este cuadro, denominado síndrome urémico o uremia, cuyos síntomas y signos son: náuseas, vómitos, gastritis, hemorragias digestivas, halitosis, hipertensión, dolor de cabeza, fatiga, pericarditis, anemia, edema, prurito, problemas óseos, temblores, etc. Así mismo el autor menciona que los trastornos a que se enfrenta el paciente con ERC por la pérdida irreversible de la capacidad funcional de sus riñones, desencadena y desarrolla lentamente una situación clínica con una multitud de procesos patológicos que lo conduce a un desajuste biológico por la insuficiencia de la capacidad excretora y reguladora renal, reduciéndose o anulándose el filtrado glomerular. Este deterioro biológico y físico de la función depuradora y reguladora en el paciente origina que presente retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, concentración de solutos y equilibrio ácido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro su vida

hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones. La disminución de las funciones endocrino-metabólicas origina alteraciones notables en el organismo, sin embargo, no compromete la vida del paciente, aunque alteran la calidad de vida del mismo.

**Causas;** Existen muchas condiciones que dañan los riñones; sin embargo, entre las causas más frecuentes está la diabetes que es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa en la sangre, entonces las grandes cantidades de sangre actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón. La hipertensión es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón. Otras causas de insuficiencia renal crónica incluyen: Glomerulonefritis: un grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a los filtros del riñón, daño o lesiones directas en el riñón, infección renal o infecciones urinarias repetidas, lupus y otras enfermedades que afectan el sistema inmunológico del organismo, ciertos medicamentos y venenos, uso prolongado de ciertos analgésicos. **(1)**

**Factores de riesgo;** Aunque cualquier persona y a cualquier edad puede desarrollar insuficiencia renal crónica, existen ciertos factores de riesgo identificados que favorecen la aparición de alteraciones renales:

- ✓ Diabetes
- ✓ Hipertensión
- ✓ Enfermedades del corazón

- ✓ Antecedentes familiares de enfermedad renal
- ✓ Edad
- ✓ Raza. **(1)**

**Síntomas;** En general es una enfermedad silenciosa, la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber:

- ✓ Dolor de cabeza frecuente
- ✓ Fatiga
- ✓ Comezón en todo el cuerpo
- ✓ Orina frecuente
- ✓ Hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos
- ✓ Sensación de sabor metálico en la boca
- ✓ Náusea y vómito
- ✓ Pérdida del apetito
- ✓ Acortamiento de la respiración
- ✓ Sensación de frío
- ✓ Alteraciones en la concentración
- ✓ Mareo
- ✓ Dolor de piernas o calambres musculares. **(1)**

**Diagnóstico;** Debe hacerse una evaluación física minuciosa. También son útiles los estudios de imagen como la tomografía computada, la pielografía intravenosa (estudio para evaluar las características de los riñones y el sistema de drenaje) y la angiografía (inyección de un líquido que permite evaluar las arterias que nutren al riñón). Debido a que hay pocos síntomas en los inicios de la enfermedad, el

diagnóstico depende de las pruebas de laboratorio. Para ello es necesario reconocer ciertas anormalidades o “marcadores” renales como la presencia de proteínas en la orina y disminución de la función renal por más de tres meses. Se utilizan varias pruebas diagnósticas para determinar el funcionamiento de los riñones. Algunas de estas pruebas son:

- ✓ Creatinina. Es un producto de desecho que produce el organismo cuando convierte alimentos en energía y como resultado de la actividad muscular normal. Los riñones filtran la creatinina de la sangre y la desechan a través de la orina, en la enfermedad renal crónica se observan niveles altos de creatinina.
- ✓ Tasa de filtración glomerular. Mide la tasa en la que los riñones filtran la sangre y se considera una excelente medida de la función renal.
- ✓ Pruebas de orina. Puede detectarse la presencia de células rojas o blancas en la orina, lo que es un signo de la función renal.
- ✓ Micro albúmina. Esta prueba se utiliza para detectar en la orina pequeñas cantidades de una proteína llamada albúmina. **(1)**

**Tratamiento;** El control de la presión arterial es importante para limitar el daño a los riñones así como la protección contra ataques cardíacos y eventos vasculares. Es importante el control de los niveles de azúcar en los individuos con diabetes. La modificación de la dieta así como el menor consumo de proteínas y sal, pueden ser útiles para disminuir los síntomas de la enfermedad renal. Como la anemia es frecuente en personas con insuficiencia renal crónica es importante la administración de medicamentos que aumenten la cantidad de células rojas en la sangre. La diálisis es un proceso que sustituye a los riñones para filtrar la sangre y quitar los productos de desecho. Las personas con insuficiencia renal requieren de

este procedimiento para poder vivir. La hemodiálisis es otro método para filtrar la sangre. La diálisis peritoneal consiste en la colocación de un tubo en la cavidad abdominal para filtrar los desechos de la sangre. También en personas con insuficiencia o daño renal el trasplante de riñón es una opción de tratamiento. **(1)**

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

Aljama P, señala que la HD. Es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que va a suplir parcialmente las funciones renales de excreción de solutos, regulación del equilibrio ácido base y electrolítico, y eliminación de líquido retenido. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre del paciente con un líquido de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable, instalada en un filtro llamado dializador. **(12)**

Rebollo A, y cols., (2000), sostiene que “la rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida. **(11)**

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

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. **(11)**

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

**Requisitos de autocuidado universal:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Estos requisitos universales son inherentes a todos los individuos, este autocuidado universal está relacionada a las actividades de la vida cotidiana para satisfacer las necesidades básicas humanas que son inherentes a todos los individuos Requisitos de autocuidado del desarrollo. Son: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. **(11)**

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

habilidades para hacer frente la enfermedad, y estas se dan en el transcurso de la vida y con educación sanitaria que le proporcione el equipo de salud. **(12)**

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

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

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

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

anteriores se identifica el déficit de autocuidado para ello deben considerarse tres elementos:

- ✓ Agente o agencia de autocuidado.- Es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros.
- ✓ Agente de autocuidado dependiente.- Es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo, por ejemplo un hijo es dependiente de sus padres.
- ✓ Agencia de autocuidado.- Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberadas. Esto lo llevan a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado. **(11)**

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

Galache, (2004) **(14)** menciona que los pacientes con ERC presentan un perfil clínico general, con múltiples patologías asociadas por su enfermedad, con afectación de su condición general y con manifestaciones clínicas. El tratamiento de hemodiálisis implica en el paciente que mantenga una permanencia prolongada e indefinida a este tratamiento, lo que conlleva a un cambio total en su estilo de vida en la que él deberá desarrollar su auto cuidado, con un empoderamiento en su propio bienestar.

Un concepto relacionado al autocuidado y que se introduce en el estudio es el término hoy empleado de “Empoderamiento” donde Rodríguez, (2001) **(13)** dice que: empoderamiento o autonomía individual es el proceso de otorgar poder a las

personas a participar en su propia toma de decisiones para realizar responsabilidades asignadas o encomendadas. Es así que este concepto puede orientarse a la otorgación de poder al paciente en su propio cuidado con la finalidad de cumplir con responsabilidades encomendadas para mantener su organización que es su propio organismo. Así mismo otro concepto de autocuidado consiste en “acciones que permiten mantener la vida y la salud, no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales de grupo al que pertenece el individuo. El autocuidado permite a la persona y a su familia tomar la iniciativa y funcionar efectivamente en el desarrollo de sus propias potencialidades. Todo usuario con ERC debe alterar su vida para sobrevivir y cuando recibe hemodiálisis mucho más. Por ello es que debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de 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.

Fernández, (2001) **(15)** menciona que los pacientes con enfermedades crónicas requieren contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permita modificar su estilo de vida con el menor costo emocional y físico. El identificar, determinar, conocer que necesita saber, saber hacer y las habilidades desarrolladas por el adulto con enfermedad crónica ambulatoria permitirán una intervención profesional oportuna y eficaz para incrementar la adherencia al tratamiento. El autocuidado del paciente del paciente renal en hemodiálisis estará en función con los efectos de la enfermedad, debiendo tener en cuenta los cuidados relacionados con los problemas de salud por la enfermedad que afectan algunos órganos y sistemas como los cardiovasculares, digestivos, neurológicos,

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

**Necesidad de alimentación/ hidratación:** Manejo ineficaz del régimen alimenticio R/C restricciones hídricas y dietéticas, percepción subjetiva de la gravedad y/o falta de conocimientos del cuidado, excesivo aumento de peso entre hemodiálisis, HTA, edemas. Alteración de la nutrición por defecto R/C anorexia, náuseas, pérdida del gusto, vómitos y/o dieta poca apetitosa y sabor metálico en la boca.

**Necesidad de Eliminación:** Limitación física que impide dirigirse al baño para satisfacer necesidad de eliminación, y/o Estreñimiento R/C restricción de líquidos, inmovilidad; y/o incontinencia fecal o vesical.

**Necesidad de Movilización:** Intolerancia a la actividad R/C alteraciones músculo esqueléticas por pérdida de consistencia ósea, debilidad generalizada R/C con la anemia, desmineralización del hueso secundaria a la disfunción renal.

**Necesidad de Higiene:** Sistema inmunológico disminuido, predispuesto a retención de pigmentos (urocromos), infecciones dérmicas, y con frecuencia aparecen equimosis y hematomas como expresión de trastornos de la coagulación. Por último el prurito urémico, por el depósito en la piel de sales cálcicas en el curso del hiperparatiroidismo secundario. Todo hace que la piel y anexos deben mantener su integridad y limpieza.

**Necesidad de Vestido:** El paciente debe ajustar este autocuidado R/C con los cambios estructurales por la sobrecarga hídrica entre periodos intradialíticos, así como por la predisposición a enfermedades respiratorias agudas, y el cuidado del acceso vascular. El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben estar dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y enfatizando en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo. Aspectos a considerar en el autocuidado del paciente con ERC con tratamiento de Hemodiálisis regular:

**La alimentación;** debe ser equilibrada, controlada pero suficiente de proteínas, minerales y agua que no pueden ser eliminados por el riñón (sodio, potasio, líquidos) calorías de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El paciente debe asumir un adecuado manejo, control y restricción de algunos componentes minerales y nitrogenados para mantener una adecuada calidad de vida y prevenir problemas relacionados con la desnutrición, agudizar los cuadros de hipertensión arterial (sodio), cardiovascular y neuromuscular (potasio), etc. Así los alimentos desaconsejados en la dieta con restricción de sal: carne, salada, ahumada y curadas, pescados ahumados y secados, crustáceos, moluscos, caviar, embutidos, quesos salados, aceitunas, sopas de sobres, purés instantáneos, cubitos de caldos, conservas en general, frutos salados (aperitivos).

**El sodio;** es un componente de la sal de mesa, es el responsable de las subidas de tensión arterial, del aumento de peso y de la hinchazón de piernas, cara y ojos, por lo que este componente debe ser restringido su consumo y controlado. El potasio, es una sustancia necesaria para un correcto funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Entra en el organismo con los alimentos y al no poder ser eliminados por el riñón, se acumula en la sangre pudiendo provocar alteraciones en la actividad en la actividad muscular sobre todo a nivel del corazón.

El **control del potasio** es imprescindible para evitar entre las sesiones de diálisis la hiperpotasemia y sus graves consecuencias que pueden llegar hasta el paro cardíaco y la muerte. Aunque el potasio se encuentra prácticamente en todos los alimentos, el paciente en diálisis debe conocer sobre todo que los alimentos que

contiene mayor cantidad o son ricos en potasio son las frutas y verduras. Los alimentos con alto contenido en potasio que se debe evitar son: Frutos secos (higos, almendras, avellanas, maní), leches en polvo, legumbres secas, todas las menestras como garbanzos, lentejas, derivados del cacao, chocolates, papas fritas, puré instantáneo, tomate concentrado, Frutas: plátano, uva, albaricoque (mayor cantidad de potasio, mandarinas, manzana, pera sandía, fresa, ciruela de lata, melocotón, limón (mediana cantidad de potasio) verduras: pepino, lechuga, guisantes congelados, espárragos de lata sin líquido, cebolla, etc. Los cuidados que debe conocer el paciente en diálisis en la preparación de sus alimentos son: una de las formas de poder consumir las verduras y hortalizas es reduciendo su contenido de potasio, y es a través de los cuidados que se practican en su preparación como son poniendo estos alimentos en contacto con el agua dejándolas en remojo como mínimo tres horas, cambiando el agua varias veces, Si las verduras y hortalizas son para cocer, se le dan unos hervores con abundante agua eliminando esta antes de ser cocinados. La verdura congelada pierde potasio si se deja descongelar a temperatura ambiente. La fruta cocida tiene aproximadamente la mitad de potasio que la fruta fresca dado que la otra mitad se encuentra disuelta en el líquido de cocción. Este almíbar no lo deben beber, pero si puede comer la fruta. Las conservas pierden potasio en su elaboración pero no se debe beber el almíbar o jugo que la contiene. Las carnes pierden la mitad de potasio si se desecha el agua de cocción. No utilizar levaduras para los rebozados y repostería, tiene mucho potasio. El fósforo ingerido con los alimentos se acumula en la sangre e indirectamente es responsable a través de mecanismos hormonales de la afectación de los huesos y del prurito (picazón). El exceso de fósforo es difícil de controlar mediante la alimentación, por eso el nefrólogo prescribirá

medicamentos para disminuir las cifras de fósforo en la sangre pero además es necesario que el paciente conozca los alimentos ricos en fósforo y considerar los cuidados a tener cuando sus valores del mismo estén elevados: Leche y derivados: queso, yogurt, flanes; pescados azules: sardinas, anchoas, gambas, yema de huevo, pan integral, chocolate, frutos secos, piñón, coco, nueces. Hay un grupo de alimentos cuyo consumo no está limitado en hemodiálisis, son los hidratos de carbono, que son la principal fuente de energía de nuestro organismo. Todos los seres humanos necesitan energía para realizar las funciones del cuerpo y al no estar limitados en la hemodiálisis salvo si el paciente es diabético, es recomendable que se consuman todos los días.

**Higiene Personal;** se recomienda ducha diaria. Es muy importante que antes de iniciar la sesión de diálisis proceda al lavado del brazo de la fístula así como de las manos con desinfectante, utilice ropa holgada lavándola y cambiándola diariamente para evitar posibles complicaciones por manchas de sangre, sudor y desinfectante.

**El cuidado de la piel;** para evitar o mejorar la picazón, utilizar jabones neutros e hidratar posteriormente con cremas. No es aconsejable el uso de perfumes o colonias que resequen la piel. Para evitar lesiones al rascarse se mantendrán las uñas cortas y limpias. **(16)**

**Cuidado del Acceso Vascular** Para poder realizar la hemodiálisis se necesita un acceso vascular a través del cual llevaremos la sangre del paciente a la máquina

de diálisis. Este acceso vascular puede ser temporal catéter en una vena central yugular, subclavía o femoral o definitivo llamada fístula arterio venosa (FAV). Cuidados del acceso vascular temporal: el paciente tendrá en cuenta los siguientes cuidados con el catéter: Deberá mantener una higiene personal escrupulosa para evitar posibles infecciones, puede ducharse con precaución, manteniendo la zona de implantación y el catéter protegidos con un apósito impermeable. Mantendrá siempre tapado el orificio de inserción del catéter. **(17)**. Comunicará a las enfermeras que le atienden la aparición de dolor o calor en la zona de inserción y/o fiebre. Comunicará igualmente la aparición de dolor, hinchazón o cambio de color en el miembro donde tiene colocado el catéter. En caso de salida de catéter deberá apretar el orificio de inserción y acercarse a su unidad de atención. Cuidados del acceso vascular definitivo: el paciente deberá mantener los siguientes cuidados con la fístula: Todos los días debe palpar y oír la fístula el murmullo, debiendo notificar cualquier cambio o alteración que note en la misma, ausencia de sonido, dolor, hinchazón. Comunicar a la unidad donde se atiende, cualquier alteración que se presente. Cuidados encaminados al desarrollo, conservación y mantenimiento de la fístula: Realizar ejercicios de dilatación para que la fístula tenga mejor desarrollo. Realizará compresiones con una pelota de goma 10 minutos cada hora aproximadamente. Con el fin de favorecer la dilatación de las venas y fortalecer la piel, es recomendable que introduzca el brazo en agua tibia con sal (aproximadamente 1 cucharadita de sal por litro) tres veces al día. Evite llevar joyas o ropas que aprieten el brazo, dormir sobre ese brazo y no cargar objetos pesados con ese brazo y no permitir que le extraigan sangre, administren medicamentos o hagan mediciones de la tensión arteria en el brazo de la fístula. Para evitar la infección: Deberá lavar el brazo de la fístula con agua y jabón antes de comenzar

la sesión de diálisis. Cuidar que la zona a puncionar no tenga ningún contacto ni roce después de realizar la antisepsia hasta después de la punción. Después de la hemodiálisis, quitar los apósitos que cubren los sitios de punción, pasadas 5 a 6 horas. En caso de hinchazón, dolor, enrojecimiento, calor en la zona de punción, comunicar al servicio de diálisis. **(17)**

### **2.2.5 Generalidades sobre percepción**

Según Matlin y Foley **(18)**, la percepción “Incluye la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización”.

Para Feldman **(18)**, es “La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro”.

La psicología clásica de Neisser **(18)**, nos dice que “es un proceso activoconstructivo en el que el preceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje”.

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos”. **(18)**

Según Day **(18)**, menciona que la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”.

La percepción es el proceso cognitivo que interpreta de un modo directo la realidad. Esta interpretación se realiza en base a los sentidos y a la intervención de factores internos, luego generarán respuestas mentales o imágenes que corresponden a objetos sensibles.

La percepción de los individuos tiene como características el ser subjetiva, selectiva y temporal. **Subjetiva**: ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. **Selectiva**: en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; y **Temporal**: ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos. Y se compone de dos tipos de inputs, que son las sensaciones y los inputs internos. Las sensaciones que son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos. La sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de su capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Los inputs internos que caracterizan a cada persona y que cargan de distinto significado a los estímulos; algunos de ellos son la necesidad, motivación y experiencia. **(19)**

El proceso perceptual también involucra al elemento conductual, ya que la percepción es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no. La percepción es considerada un proceso cíclico de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende de la información que el mundo da, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; estas afectan tanto al acto perceptivo mismo, por la alteración de los sistemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas. **(20)**

### **2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

**Insuficiencia Renal (IR);** Es un trastorno parcial o completo de la función renal que consiste en la incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y líquidos del organismo, apareciendo un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas. Existen dos tipos de insuficiencia renal: aguda o crónica. **(2)**

**Hemodiálisis;** Procedimiento invasivo, que sustituye la función renal permitiendo extraer a través de una máquina y filtro de diálisis los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre. **(2)**

**Paciente en hemodiálisis;** Es la persona hombre o mujer con enfermedad renal crónica y que recibe tratamiento regular de hemodiálisis. **(2)**

**Autocuidado;** Actividad del individuo aprendida y orientada hacia un objetivo, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo

dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. **(14)**

**Actividades de la vida cotidiana;** Se consideran a cinco y que están dirigidas a satisfacer las necesidades de alimentación, vestido, higiene, movilización y eliminación. **(14)**

**Percepción;** Es el conjunto de conocimientos adquiridos mediante nuestros sentidos, que nos permiten apreciar lo que está en nuestro entorno y lo que pasa en él. **(18)**

## **2.4 HIPOTESIS**

**Ha: Existe una relación** entre percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado y sus características sociodemográficas.

**Ho: No existe relación** entre percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado y sus características sociodemográficas.

## **2.5 VARIABLES E INDICADORES**

El estudio consideró la evaluación de dos variables:

- **Variable Independiente:** características sociodemográficas.
- **Variable Dependiente:** percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado.

## 2.6 Operacionalización de Variables

### MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACIÓN.

Variable Dependiente	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Escala medición	Valor final de la variable
Percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado.	<p>Son las respuestas expresadas en relación al autocuidado, que han recibido durante su tratamiento hemodialítico. Expresiones que fueron recolectados mediante un cuestionario tipo escala Likert modificada y el valor final que adopta la variable es percepción favorable, medianamente favorable, medianamente desfavorable y desfavorable.</p> <p>Se asignará los siguientes valores. Si la respuesta es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre = 2, • A veces = 1, • Nunca = 0</li> </ul> <p>Para lo cual se realizará el cálculo para la categorización de la variable percepción, aplicando la escala de cuartiles, en la curva de Gauss será.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nutrición (dieta)</li> <li>❖ Actividad física</li> <li>❖ Higiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de dieta,</li> <li>• Cantidad de dieta - ganancia de peso.</li> <li>• Frecuencia de dieta.</li> <li>• Tipo de actividad física</li> <li>• Frecuencia</li> <li>• Acceso vascular</li> <li>• Corporal</li> <li>• Vestimenta</li> </ul>	Ordinal	<p>Percepción: Favorable (&gt;44)</p> <p>Mediamente Favorable (&gt;39-&lt;43)</p> <p>Mediamente Desfavorable (&gt;34-&lt;38)</p> <p>Desfavorable (&lt;33)</p>

Variable Independiente	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Escala Medición
Características sociodemográficas.	Son un conjunto de características biológicas, socioeconomicas-culturales, que están presente en la población sujeta a estudio, tomado aquellas que pueden ser medibles tales como edad, sexo, estado civil, condición labora, grado de instrucción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Grado instrucción</li> <li>• Condición laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 a 65 años</li> <li>• Masculino</li> <li>• Femenina</li> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Viudo</li> <li>• Analbabeto</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior técnico</li> <li>• Superior profesional</li> <li>• Dependiente</li> <li>• Independiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discreta</li> <li>• Nominal</li> <li>• Nominal</li> <li>• Ordinal</li> <li>• Nominal</li> </ul>

## **CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO**

### **3.1 Tipo y método de Investigación.**

El presente estudio de investigación se sustenta con el autor Hernández, s. (21); es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo correlacional, prospectivo, porque nos permitió obtener la información tal como se presentaba en la realidad; de corte transversal, por que describió el fenómeno, haciendo un corte en el tiempo de las variable Percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficas; la cual fue estudiada a través de tres dimensiones: nutrición, actividad física, higiene para así satisfacer sus necesidades básicas y conocimientos acerca de la enfermedad para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad.

### **3.2 Ámbito de investigación.**

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, ubicado en la Av. Domingo Cueto s/n en la Provincia Lima, distrito de Jesús María, que pertenece a EsSalud, que brinda atención en los servicios de Consultorios Externos, Emergencia y Hospitalización. El Departamento de Nefrología cuenta con cuatro servicios entre ellas Hospitalización 10-A, Trasplante Renal, Diálisis Peritoneal y la Unidad de Hemodiálisis. La Unidad de hemodiálisis cuenta con dos

salas de tratamiento hemodialítico asignado para 24 pacientes por turno, cuenta con 8 enfermeros (6 asistenciales y 1 jefe de servicio y una sub jeta), que realizan turnos

Rotativos de seis y dieciocho horas (tarde y mañana y noche).

La Unidad de Hemodiálisis del HNERM recibe pacientes que proceden de diferentes estratos socioeconómicos, toda vez que podemos encontrar pacientes que cuentan con recursos económicos y estudios superiores; y a la vez encontrarnos pacientes con escasos recursos económicos y son analfabetos o cuentan con primaria completa.

### **3.3 Población y muestra**

La población estuvo conformada por 118 pacientes con ERCT-V que acuden al tratamiento hemodialítico. La muestra se obtuvo mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple con una confiabilidad muestral del 95% y con un error muestral del 10% (Anexo B) quedando conformado por 90 pacientes.

#### **Los criterios de inclusión estuvo dado por:**

- Pacientes ERCT-V 18 - 65 años de edad.
- Pacientes que se expresen por si solos y se encuentren orientados.
- El paciente debe encontrarse recibiendo tratamiento como frecuencia 3 veces por semana y aceptar participar en el estudio.

#### **Los criterios de exclusión fueron:**

- Pacientes que hablen otro tipo de lengua (Quechua) y no entiendan el castellano.

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

La técnica que se utilizó, es una entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario y escala de Lickert modificada, el cual consta de introducción, instrucciones, datos generales y el contenido que cuenta con 22 ítems con 3 alternativas de respuesta: siempre (3), a veces (2), nunca (1) de manera positiva; nunca (3), a veces (2), siempre (1) de manera negativa. El mismo que se sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos proporcionada por 8 profesionales del área de salud entre enfermeras docentes, asistenciales y administrativas, quienes proporcionaron sus sugerencias sometidas a la tabla de concordancia y la Prueba Binomial. Posterior a ello se realizó la prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad estadística mediante la aplicación de la prueba coeficiente de correlación  $r$  de Pearson y el coeficiente de alfa de Crombach obteniendo una confiabilidad global de **0.87**.

### **3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico**

Los datos fueron procesados en una base de datos, para el cual se utilizara el software estadístico SPSS versión 19,0.

Se elaboró una base de datos en el software estadístico, se realizó una primera revisión de los datos para verificar que hayan sido registrados y anotados adecuadamente. La segunda revisión se realizó durante el procesamiento de los datos para verificar que no hayan contradicciones internas entre la respuesta a los ítems del cuestionario. Se identificaron los datos fuera de valor y se reconocieron los valores perdidos, se re codificaron y calcularon las variables, se proporcionaron una salida de los datos para el análisis estadístico necesario.

Para el análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva y pruebas no paramétricas y la prueba de significancia para un coeficiente de correlación.

Los datos se recolectaron siguientes fases:

**Fase I:** Se realizó el trámite administrativo solicitando autorización para aplicar la encuesta a los usuarios.

**Fase II:** Después de obtener la autorización se procedió a realizar las coordinaciones con la enfermera jefe de la unidad de hemodiálisis y equipo profesional de salud para fijar fechas y horarios adecuados para la aplicación del instrumento a fin de no incomodar a los usuarios durante la recolección de datos.

**Fase III:** Se aplicó la encuesta a los usuarios con problemas ERC que comprendan edades entre 18 y 65 años.

Los datos fueron analizados utilizando la estadística descriptiva y las pruebas no paramétricas

### **3.6.- Aspectos Éticos**

Para el estudio tiene en cuenta el consentimiento informado que consiste en:

**Beneficencia:** Favorece en conocer e identificar el estilo de vida saludable de cada uno de los usuarios del HNERM de la unidad de diálisis y de esa manera promover medidas preventivas encaminadas a brindar una mejor calidad de vida a todos a los usuarios, promocionando la salud y evitando la enfermedad.

**No maleficencia:** No se divulgo las respuestas brindadas, ni confidencias brindadas por los usuarios, así mismo se actuao evitando cualquier daño físico, mental y/o moral a la persona que será entrevistada, así mismo se respeto las costumbres del usuario, aun cuando las consideremos inapropiadas. Se enfocará siempre al bien individual.

**Autonomía:** Se emitió un consentimiento informado a los entrevistados, se respetó su decisión de participación, se mantendrá la confiabilidad absoluta de los datos y diagnósticos recibidos (dicha información solo se manejará por las investigadoras).

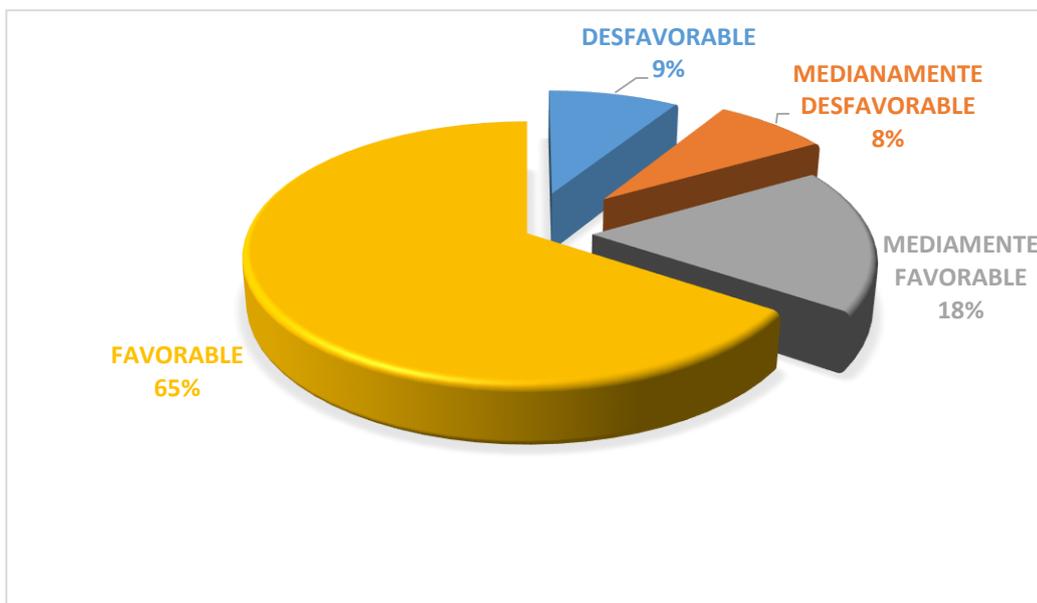
**Justicia:** A todos los entrevistados se les considero por igual, como persona merecen un buen trato, consideración y respeto antes, durante y después de la entrevista. No se practicó la discriminación.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1.RESULTADOS:

GRAFICO 1

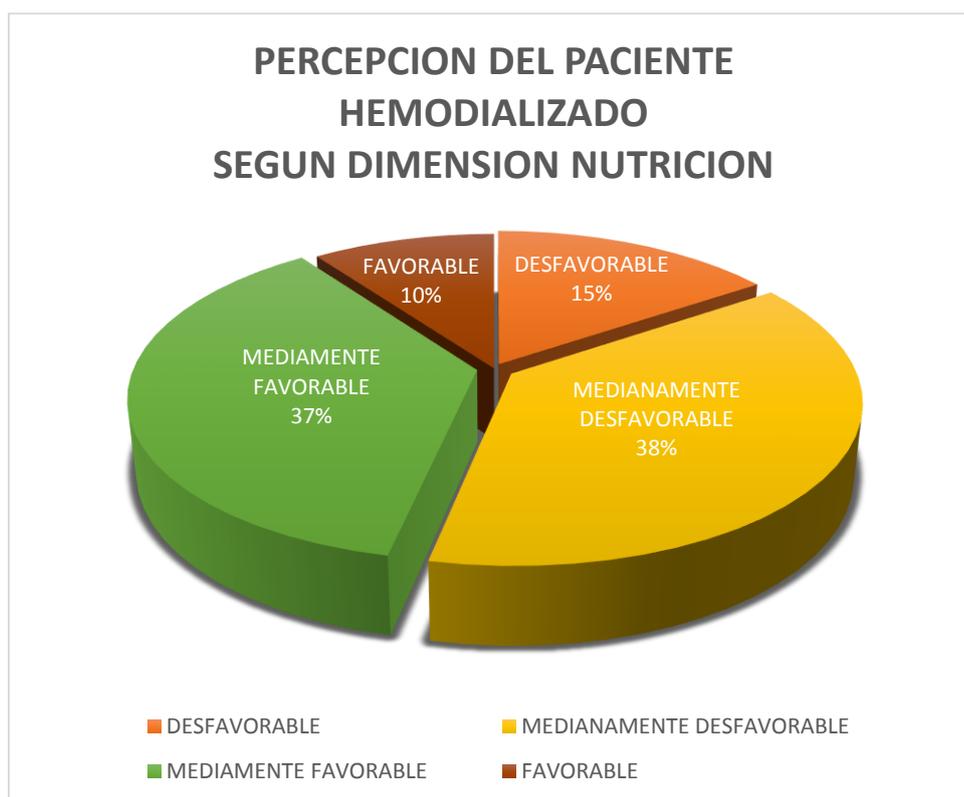
PERCEPCION DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO EN  
EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016.



El gráfico 1, muestra la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado, el 65% (59) presentan una percepción favorable, 18% (16) medianamente favorable, 8% (7) medianamente desfavorable y 9% (8) desfavorable, la suma de las categorías medianamente desfavorable y desfavorable nos da un 17% y las categorías favorable y medianamente favorable 83%.

## GRAFICO 2

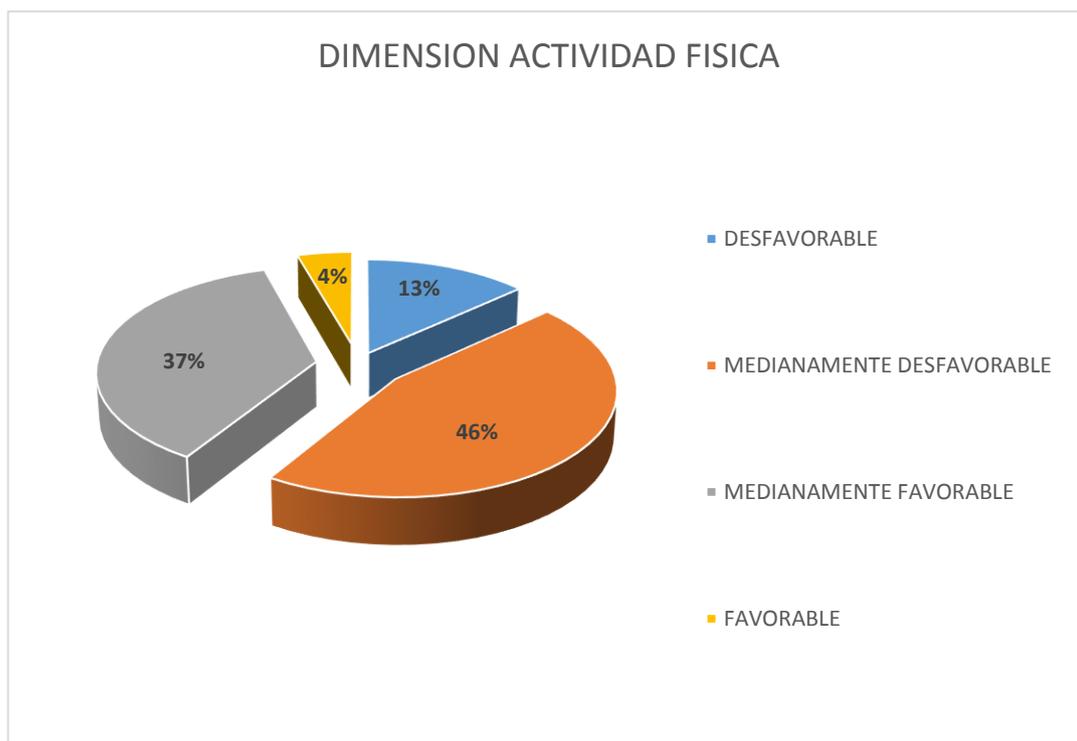
### PERCEPCION DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN LA DIMENSION NUTRICION DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016.



El grafico 2, muestra la percepción del paciente sobre autocuidado en la dimensión nutrición el 10% (9) presentan una percepción favorable, 37% (33) medianamente favorable, 38% (34) medianamente desfavorable y 15% (14) desfavorable La suma de las categorías medianamente desfavorable y desfavorable nos da un 53% y las categorías favorable y medianamente favorable 47%.

### GRAFICO 3

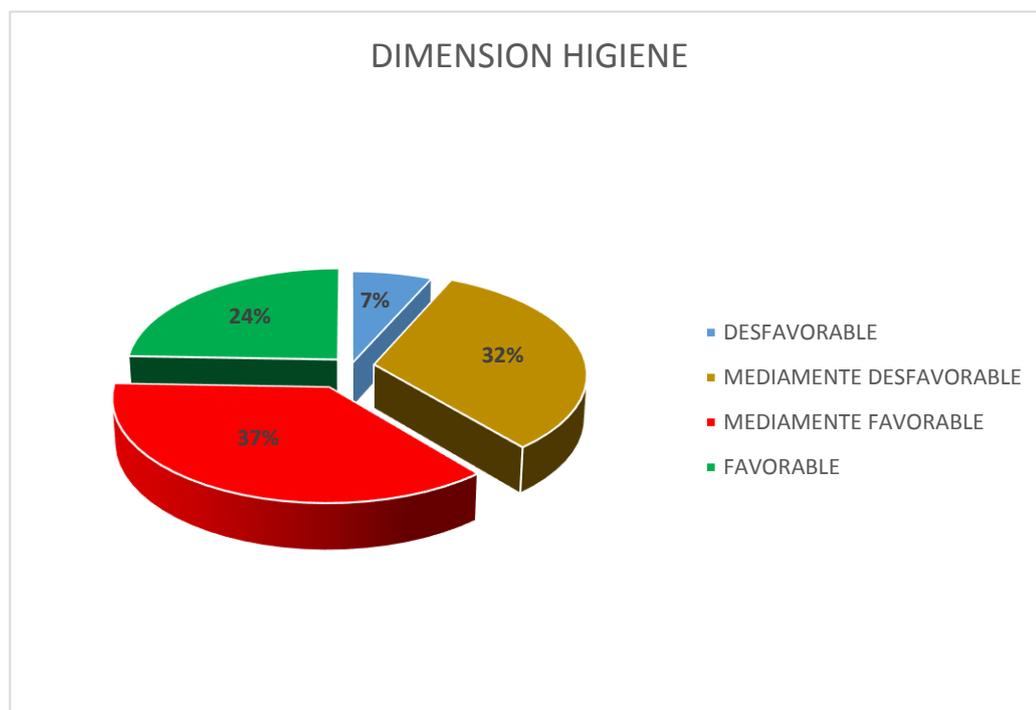
#### PERCEPCION DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN LA DIMENSION ACTIVIDAD FISICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016.



El gráfico 3, muestra la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado en la dimensión actividad física el 4% (4) presentan una percepción favorable, 37% (33) medianamente favorable, 46% (41) medianamente desfavorable y 13% (12) desfavorable la suma de las categorías medianamente desfavorable y desfavorable nos da un 59% y las categorías favorable y medianamente favorable 41%.

## GRAFICO 4

### PERCEPCION DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN LA DIMENSION HIGIENE DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016.



El gráfico 4, muestra la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado en la dimensión higiene el 24% (22) presentan una percepción favorable, 37% (33) medianamente favorable, 32% (29) medianamente desfavorable y 7% (6) desfavorable la suma de las categorías medianamente desfavorable y desfavorable nos da un 39% y las categorías favorable y medianamente favorable 61%.

**TABLA 1**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS DEL HOSPITAL NACIONAL REBAGLIATI MARTINS, 2016.**

<b>EDAD</b>		
30 – 38	21	23.3%
39 – 47	20	22.2%
48 – 56	13	14.4%
57+	16	17.8%
<b>SEXO</b>		
Masculino	46	48.9%
Femenino	44	51.1%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	17	18.9%
Conviviente	35	38.9%
Casado	30	33.3%
Separado	3	3.3%
Divorciado	1	1.1%
Viudo	4	4.4%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabeto	4	4.4%
P. Incompleta	4	4.4%
P. Completa	7	7.8%
Sec. Incompleta	7	7.8%
Sec. Completa	25	27.8%
Sup. Incompleta	15	16.7%
Sup. Completa	28	31.1%
<b>CONDICION LABORAL</b>		
Dependiente	25	27.8%
Independiente	36	40.0%
Su casa	19	21.1%
Otros	10	11.1%

Del 100% (90) de la población encuestada el 51.1% (46) es de **sexo** masculino en cuanto a la **edad** fluctúan entre 30 a 38 años 23.3% (21), acerca del **grado de instrucción** un 31.1% (28) tienen superior completo; sobre el **estado civil** 38.9% (35) son convivientes, en cuanto a la **condición laboral** un 40% (36) trabaja de manera independiente.

**TABLA 2**  
**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y GRUPO ETARIO EN**  
**LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION DEL AUTOCUIDADO	EDAD					TOTAL	X <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	<= 29	30 - 38	39 - 47	48 - 56	57+			
DESFAVORABLE	0	4	2	2	0	8	19.884	0.069
	0.0%	19.0%	10.0%	15.4%	0.0%	8.9%		
MEDIANAMENTE DESFAVORABLE	3	0	1	1	2	7		
	15.0%	0.0%	5.0%	7.7%	12.5%	7.8%		
MEDIAMENTE FAVORABLE	2	4	2	1	7	16		
	10.0%	19.0%	10.0%	7.7%	43.8%	17.8%		
FAVORABLE	15	13	15	9	7	59		
	75.0%	61.9%	75.0%	69.2%	43.8%	65.6%		
TOTAL	20	21	20	13	16	90		
	22%	23%	22%	15%	18%	100%		

Chi cuadrado de Pearson= 19.884      gl= 12      p= 0.069

En la siguiente tabla se observa que la percepción de los pacientes hemodializados no tienen una relación con la característica sociodemográficos (edad) con un valor  $p=0.069$  y un valor chi cuadrado de 19.884. Además se observó que un 75% de pacientes con edad  $\leq$  de 29 años tienen una percepción favorable y un 43.8% con edades 57+ años tienen una percepción mediamente favorable.

**TABLA 3**

**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y SEXO EN LOS  
PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION DEL AUTOCUIDADO	SEXO		TOTAL	X <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	FEMENINO	MASCULINO			
DESFAVORABLE	5	3	8	2.009	0.570
	11.4%	6.5%	8.9%		
MEDIANAMENTE DESFAVORABLE	2	5	7		
	4.5%	10.9%	7.8%		
MEDIAMENTE FAVORABLE	7	9	16		
	15.9%	19.6%	17.8%		
FAVORABLE	30	29	59		
	68.2%	63.0%	65.6%		
TOTAL	44	46	90		
	49%	51%	100%		

Chi cuadrado de Pearson= 2.009      gl= 3      p= 0.570

Al analizar los datos obtenidos según género, se observa que la percepción de los pacientes hemodializados no tiene una relación con la característica sociodemográfico (sexo) con un valor p=0.570 y un valor chi cuadrado de 2-009. Además se observó que ambos sexos tienen una percepción de mediamente favorable.

**TABLA 4**  
**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y ESTADO CIVIL EN**  
**LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION DEL AUTOCUIDADO	ESTADO CIVIL						Total	X <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	Solt	Conv	Cas	Sep	Div	Viu			
DESFAVORABLE	0	4	3	1	0	0	8	23.438	0.075
	0.0%	11.4%	10.0%	33.3%	0.0%	0.0%	8.9%		
MEDIANAMENTE DESFAVORABLE	3	1	2	0	1	0	7		
	17.6%	2.9%	6.7%	0.0%	100.0%	0.0%	7.8%		
MEDIAMENTE FAVORABLE	2	6	6	0	0	2	16		
	11.8%	17.1%	20.0%	0.0%	0.0%	50.0%	17.8%		
FAVORABLE	12	24	19	2	0	2	59		
	70.6%	68.6%	63.3%	66.7%	0.0%	50.0%	65.6%		
Total	17	35	30	3	1	4	90		
	19%	40%	33%	3%	1%	4%	100%		

Chi cuadrado de Pearson= 23.438      gl= 15      p= 0.075

Al analizar los datos relacionado al estado civil se observa que la percepción de los pacientes hemodializados no tiene una relación con la característica sociodemográfico (estado civil) con un valor p=0.075 y un valor chi cuadrado de 23.438, además se observa que los pacientes solteros con un total de 70.6% tienen un percepción favorable y la suma total del 83.4% de los pacientes tienen una percepción de mediamente favorable a favorable.

**TABLA 5**  
**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y GRADO DE**  
**INSTRUCCION EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION DEL AUTOCUIDADO	GRADO DE INSTRUCIION							Total	X <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	Anf	P.I	P. C	S. I	S. C	SUP. I	SUP. C			
DESFAVORABLE	0	0	0	1	4	1	2	8	14.975	0.664
	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	16.0%	6.7%	7.1%	8.9%		
MEDIANAMENTE DESFAVORABLE	0	0	0	1	2	1	3	7		
	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	8.0%	6.7%	10.7%	7.8%		
MEDIAMENTE FAVORABLE	2	2	2	0	1	3	6	16		
	50.0%	50.0%	28.6%	0.0%	4.0%	20.0%	21.4%	17.8%		
FAVORABLE	2	2	5	5	18	10	17	59		
	50.0%	50.0%	71.4%	72.0%	72.0%	66.7%	60.7%	65.6%		
Total	4	4	7	7	25	15	28	90		
	4%	4%	8%	8%	25%	17%	31%	100%		

Chi cuadrado de Pearson= 14.975      gl= 18      p= 0.664

Al analizar los datos relacionado al grado de instrucción se observa que la percepción de los pacientes hemodializados no tiene una relación con la característica sociodemográficos (grado de instrucción) con un valor p=0.664 y un valor chi cuadrado de 14.975, además se observa que un 72% de los pacientes con secundaria completa tienen una percepción favorable.

**TABLA 6**  
**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y CONDICION**  
**LABORAL EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION DEL AUTOCUIDADO	CONDICION LABORAL				TOTAL	χ <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	OTROS	SU CASA	INDEP	DEP			
DESFAVORABLE	1	3	2	2	8	6.424	0.697
	10.0%	15.8%	5.6%	8.0%	8.9%		
MEDIANAMENTE DESFAVORABLE	2	0	3	2	7		
	20.0%	0.0%	8.3%	8.0%	7.8%		
MEDIAMENTE FAVORABLE	2	3	8	3	16		
	20.0%	15.8%	22.2%	12.0%	17.8%		
FAVORABLE	5	13	23	18	59		
	50.0%	68.4%	63.9%	72.0%	65.6%		
TOTAL	10	19	36	25	90		
	11%	21%	40%	28%	100%		

Chi cuadrado de Pearson= 6.424      gl= 9      p= 0.697

Al analizar los datos relacionado con su condición laboral de los pacientes se observa que la percepción no tiene una relación con la característica sociodemográficos (condición laboral) con un valor p=0.697 y un valor chi cuadrado de 6.424, además se observa que todos los pacientes dependientes con un 72% tienen una percepción favorable.

## 4.2. DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se discute los resultados obtenidos en el capítulo 4.1 así los objetivos fueron determinar la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficos a través del análisis de las tres dimensiones.

La percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado es un proceso mental que permite al paciente hacerse una idea significativa y clara en el interior de sí mismo, para poder tener conciencia de lo que lo rodea en la relación enfermera-paciente.

En la actualidad, el autocuidado se centra por medio de un cuidado individualizado; de esta forma, deja de ser objeto y pasa a ser un sujeto activo del mismo centrándose en el usuario y en las expectativas reales del mismo.

La población estuvo conformada por 90 pacientes de la unidad de diálisis del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. EL 49% (44) fueron del género femenino y 51% (46) fueron de género masculino con una edad edad promedio de <= 29 a 57+ años, entre ambos sexos.

Con relación a la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado, los resultados apuntaron el predominó **un 65% presentan una percepción favorable, 18% medianamente favorable, 8% medianamente desfavorable y 9% desfavorable.**

Estos resultados son concordantes con los estudios realizados por **Alvear**. (4) En España. 2014. titulado “Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS – Cuenca - 2014” Los resultados encontrados fueron que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción

de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encontraron el control de adicciones (80%), la actividad física (65,8%) y el control de la medicación (64,2%); mientras los de bajos resultados fueron los de control del descanso y del sueño y el control de la eliminación en los que más del 40% de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada. Las conclusiones a las que llegó fueron que existe un déficit potencial de autocuidado en los adultos mayores estudiado, encontrando una clara 17 correlación entre el sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado.

Así mismo **Luna Rojas, J;** y Otros., México, 2011, (6) se realizaron estudios sobre: Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años, los resultados, se idéntico qué tanto conocimiento de auto-Cuidado tiene el escolar para la prevención de la obesidad, así como qué género presenta mejor nivel de conocimiento. Se llegó a la conclusión: El Autocuidado se aprende a través de relaciones personales a lo largo de la vida en el contexto de la familia. Los niños son considerados agentes de cuidado dependiente, ya que van adquiriendo conocimiento durante su proceso de desarrollo de manera individual o colectiva”.

También **Ayala L,** y Otros, en el año 2010 en México, (7) investigó sobre el “Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre auto cuidado con acceso vascular”, En el resultado se encontraron 36 pacientes, 24 tuvieron catéter, 12 fistula; 47.2% femenino y 52.8% masculino, casados 52.8, con escolaridad primaria 33.3%, y secundaria 30.6%.la permanencia en hemodiálisis en el grupo I fue de ocho meses (rango 1 a 42) y en el grupo II de tres (rango 2 a

120). 45.8% de los pacientes del grupo I presentó un nivel de conocimientos muy bajo y en el grupo II el nivel de conocimiento fue 83.4%; dando como conclusión que los pacientes que tuvieron un nivel muy bajo de conocimientos en el auto cuidado del Acceso Venoso, pone en riesgo el funcionamiento adecuado del tratamiento y de su propia vida.

De esta forma **Millán**. En Cuba, en el 2010, (4) realizó el estudio titulado "Evaluación de la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud del adulto mayor en la comunidad"; Los resultados que encontró fue que el 62% de los encuestados mostraron un nivel de cuidado inadecuado y una percepción del estado de salud negativa; los problemas en el autocuidado estuvieron relacionados con el no control periódico de la salud (61%), la no realización de actividad física periódica (75%), la automedicación (33%) y la alimentación inadecuada (42%). De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado fue inadecuado el 75,2% fueron independientes y el 63,6% percibieron su estado de salud como aparentemente sanos. Concluyendo que la mayoría de adultos mayores estudiados expresaron ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, pero no desarrollaron adecuadamente sus capacidades de autocuidado; y que los adultos mayores que percibieron algún riesgo para su salud se cuidaban más que los que se sintieron sanos.

De igual manera **Aguado Fabián, E;** y Otros. LIMA, 2014 (6) "Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional" Conclusiones: el 40.0% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; el 38.1% presentaron

un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas.

De igual manera **Rodríguez, A.** 2014. Lima. Realizó la investigación titulada: “Percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014”. (8) Los resultados fueron en cuanto al nivel de percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera medianamente favorable 55.9% (19), favorable 38.2% (13), medianamente desfavorable 5.9% (2) y como desfavorable 0% (0). En la dimensión de actitud empática fue medianamente favorable 50% (17), favorable un 47% (16), medianamente desfavorable 1% (1) y como desfavorable 0% (0). En la dimensión de cordialidad en el trato arrojó favorable 50% (17), medianamente favorable 41.2% (14), medianamente desfavorable 8.8% (3) y desfavorable 0% (0). En la dimensión autenticidad arrojó favorable 52.9% (18), medianamente favorable 44.1% (15), medianamente desfavorable 3% (1) y desfavorable 0% (0). Concluyendo que la percepción sobre las características del cuidado humanizado de la enfermera, fue medianamente favorable, demostrando que el cuidado que brinda la enfermera puede ser mejorado y enmarcarse en ayudar al paciente a aumentar su armonía entre cuerpo, alma y mente, como un proceso interpersonal, intersubjetivo y transpersonal, basada en la relación de ayuda, más que aplicar conocimientos de forma clínica.

Así mismo **Arquinigo Jaimes, G.** 2008, en Lima – Perú, realizó el estudio sobre “Capacidad de Autocuidado del Paciente en Hemodiálisis Periódica del Centro de

Hemodiálisis de Essalud, 2006-2007". El objetivo del estudio fue: determinar el nivel de capacidad del autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud. El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 218 pacientes que recibían hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, seleccionados por muestreo probabilístico. Se utilizó como instrumento: La Valoración de Capacidad de autocuidado. La cual fue clasificada en: alto, medio y bajo. Se hizo uso del software SPSS versión 13.0 y la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado. Los resultados fueron: 59% muestra nivel alto de capacidad de autocuidado; dentro del cual el 79% presento nivel alto en la habilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, y 53% nivel medio en conocimientos para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad ; concluyéndose que los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida cotidiana; sin embargo evidenciaron un nivel medio de conocimientos para hacer frente a la enfermedad.

De otra manera **Quinto M.** 2010. (8) Lima. Realizó la investigación titulada: *"Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia del INEN 2010"*. Los resultados fueron del 100% (30), 50% (15) tienen una percepción medianamente favorable. La percepción de los familiares fue, 53% (16) medianamente favorable. En cuanto a la percepción de los pacientes según la dimensión humana 50% (15) fueron medianamente favorable, en la dimensión oportuna, 54% (16) medianamente favorable, en la dimensión continua, 37% (11) medianamente favorable y en la dimensión segura, 50% (15) medianamente favorable. En cuanto a la percepción de los familiares según la dimensión humana 47% (14) medianamente favorable,

en la dimensión oportuna, 60% (18) medianamente favorable, en la dimensión continua, 64% (19) medianamente favorable y en la dimensión segura, 70% (21) medianamente favorable. Concluyendo que la mayoría de los pacientes y familiares tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable a nivel general y en sus dimensiones referido a que la enfermera no se presenta por su nombre cuando atiende al paciente, se demora en atenderle cuando lo requiere y brinda una atención interrumpida, mientras que un porcentaje significativo que tiene percepción favorable esta dado a que la enfermera le saluda cuando ingresa al servicio, le realiza el examen físico, le da oportunidad para que exprese sus miedos y tensiones ante el tratamiento y utiliza un lenguaje fácil de entender.

Sin embargo existe una discrepancia con el estudio realizado por **Espinoza L, y Otros. 2010.** (9) Huacho. Titulada: "El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho, octubre de 2010". Los resultados muestran que algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se concluye, pues, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad.

Por lo expuesto se concluye que la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado en la dimensión nutrición un 38% medianamente desfavorable, en la

dimensión actividad física un 46% medianamente desfavorable, y en la dimensión higiene el 37% presentan una percepción medianamente.

Por otro lado la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado no presenta correlación estadísticamente significativo con las características sociodemográficas: edad ( $r=19.883 - p= 0,069$ ), sexo ( $r=2.009 - p= 0.579$ ), estado civil ( $r= 23.438 - p= 0.075$ ), grado de instrucción ( $r= 14.975 - p= 0.664$ ), condición laboral ( $r= 6.424 - p= 0,697$ ). Los pacientes perciben de medianamente favorable a favorable sobre su autocuidado.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones.

- ❖ Se concluye que los pacientes de la unidad de hemodiálisis del hospital rebagliati tienen una percepción favorable respecto al autocuidado que brindan los profesionales de enfermería.
- ❖ En relación a la dimensión a la dimensión nutrición la percepción del paciente fluctúa entre medianamente favorable a medianamente desfavorable.
- ❖ En relación a la dimensión actividad física la percepción del paciente fluctúa entre medianamente favorable a medianamente desfavorable.
- ❖ En respecto a la dimensión higiene la percepción del paciente fluctúa entre medianamente favorable a favorable.
- ❖ La percepción del paciente hemodializado sobre autocuidado no presenta correlación estadísticamente significativo con las características sociodemográficas: edad ( $r=19.883 - p= 0,069$ ), sexo ( $r=2.009 - p= 0.579$ ), estado civil ( $r= 23.438 - p= 0.075$ ), grado de instrucción ( $r= 14.975 - p= 0.664$ ), condición laboral ( $r= 6.424 - p= 0,697$ ).

## 5.2. Recomendaciones.

Las recomendaciones del presente estudio son:

- ❖ Que el Departamento de Enfermería y/o el Servicio la unidad de hemodiálisis elabore o diseñe estrategias orientadas a reflexionar y/o capacitar al personal de enfermería, sobre el trato y/o satisfacción al usuario, para que pueda contribuir a mejorar la calidad de atención que brinda al usuario en el servicio.
- ❖ Realizar estudios sobre motivación y formas de comunicación más efectivas para el trato con los pacientes, orientado a mejorar la calidad de atención al paciente.
- ❖ Que el personal de Enfermería del Servicio de diálisis elaborare guías de procedimientos orientados a mejorar la calidad de atención y autocuidado que brinda la enfermera para el paciente.
- ❖ Realizar estudios similares al presente, utilizando enfoques cualitativos para poder profundizar más en el tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Zevallos Sánchez, E. evaluación tecnología de salud. Essalud. (internet) 2006. (citado 15 de julio del 2016) 20-1. disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/empresarial/salud/boltecnol20.pdf>.
2. Vilcahuaman Izarra, M. ecocardiografía doppler con evaluación del índice de resistencia y su relación con los cambios histopatológicos en pacientes que recibieron transplante renal en el hospital Cayetano Heredia. Perú (tesis especialista). 2007-2012. (8). (revisado el 15 de julio 2016). disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3118/1/vilcahuaman\\_izarra\\_mario\\_ramiro\\_2013.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3118/1/vilcahuaman_izarra_mario_ramiro_2013.pdf).
3. Sánchez Guzmán, J. calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Perú (tesis grado). 2014. (9). (revisado el 15 de julio del 2016). disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/450/1/sanchez\\_jorge\\_calidad\\_vida\\_insuficiencia\\_renal.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/450/1/sanchez_jorge_calidad_vida_insuficiencia_renal.pdf).

4. Pardave Cámara, F. 2016. realizo el estudio titulado “Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de santa maría del valle”. Perú. (revisado diciembre 2016) (16). disponible en: [http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/t\\_047\\_46824428\\_t.pdf?sequence=1&isallowed=y](http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/t_047_46824428_t.pdf?sequence=1&isallowed=y).
5. Romero y otros. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Perú (internet) 2012 (citado 15 de julio 2016). disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-percepcion-del-paciente-critico-s1130239912000922>.
6. Ortiz Loyola, f; Saavedra Pizango, s. Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad la flor. Perú- 2014 (citado 15 de julio 2016). disponible en: <http://docplayer.es/30085716-facultad-de-ciencias-de-la-salud-e-a-p-de-enfermeria.html>.
7. Fernández burga, I. efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento en el autocuidado en pacientes con hemodiálisis por catéter venoso central. essalud. Perú. 2011 (tesis de grado) (9). (revisado el 15 de julio del 2016).
8. Alfaro Almonte, E; Beraun Ricapa, m. percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en los servicios de medicina

interna del hospital nacional dos de mayo, cercado de lima. Perú. 2015 (tesis) (11) (revisado el 15 de julio 2016).

9. Rodríguez Fernández, M. “percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014”. Perú. 2015 (tesis) (10) (revisado el 15 de julio 2016). disponible en: [file:///c:/users/leo%2011/downloads/rodr%c3%adguez\\_fa.pdf](file:///c:/users/leo%2011/downloads/rodr%c3%adguez_fa.pdf).
  
10. Montalvo Luna, M. “percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014”.peru. (revisado el 15 de julio 2016) (8). disponible: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4161/1/rodr%c3%adguez\\_fa.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4161/1/rodr%c3%adguez_fa.pdf).
  
11. Arquinigo Jaimes, G. capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del centro de hemodiálisis de essalud, 2006- 2007. Perú. (revisado el 17 de julio del 2016) (16-17), disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2454/1/arquinigo\\_jg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2454/1/arquinigo_jg.pdf).
  
12. Aljama P. y Cols. nefrología clínica. ed. médica panamericana. 2ª edición. España, 2003. cáp. 19,pp: 775-797.

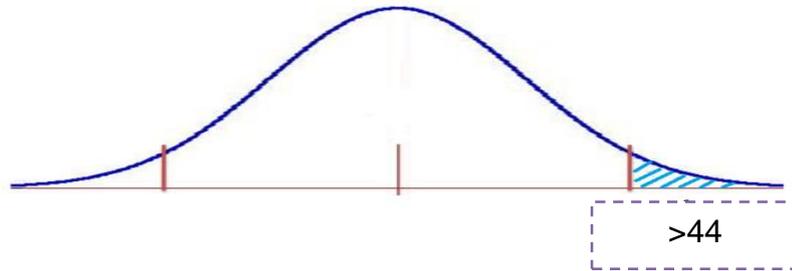
13. Rodríguez Arroyo, J. curso gestión hospitalaria. modulo básico 2º de la gerencia central de rrhh y gerencia de capacitación y desarrollo. lima lambayeque-junín-arequipa-2001, pp 67.
14. Hernández Corral, S. y Cols. "valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una practicas avanzada de enfermería. 2005 [http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti\\_10.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/pdf/enfer/arti_10.pdf).
15. Contreras Abad, D. investigación. "Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria". servicio de nefrología. hospital universitario reina sofia-cordoba-2002. rev.soc.esp.enferm.nefrol.2004; vol. 7(1): pp 56/61.
16. Ávila Alpirez, H. y cols. intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. revista cultura de cuidados de enfermería. 2º semestre 2006. año x nº 20 pp. 141-146.
17. Romero Ameri, I. percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión. 2008. Perú. (revisado el 15 de julio del 2016) disponible en: <http://docplayer.es/13507920-universidad-nacional-mayor-de-san-marcos-facultad-de-medicina-humana-e-a-p-de-enfermeria.html>.
18. Gonzáles, Manuel; la percepción; México, 2002; [html.rincóndelvago.com/percepción\\_3html](http://html.rincóndelvago.com/percepción_3html). buscador google. la percepción.

19. Day R. M. "psicología de la percepción humana" ed. limusa wiley s. a., d. f. méxico 1994.
20. Infante F. estrategias de autocuidado. viii congreso nacional de defensorías del niño y del adolescente. [revista en la internet], 20112. [acceso 16 de julio del 2016]. disponible en:  
[http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/congreso/21\\_estrategias\\_autocuidado\\_federicoinfantelembcke.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/congreso/21_estrategias_autocuidado_federicoinfantelembcke.pdf).
21. Planteamiento del problema de investigación revista de investigación en psicología - vol. 11, nº, 2009. pág.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v11n1/a15v11n1.pdf>.

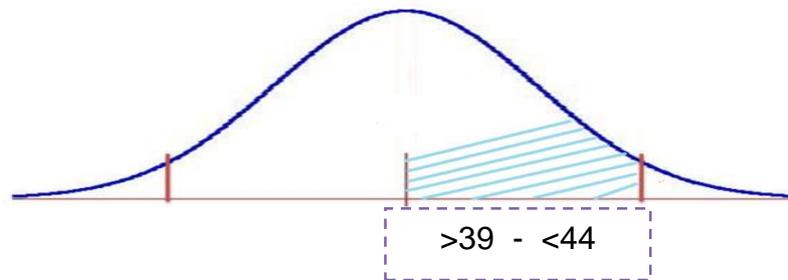
## ANEXO A

Grafica de la matriz operanización.

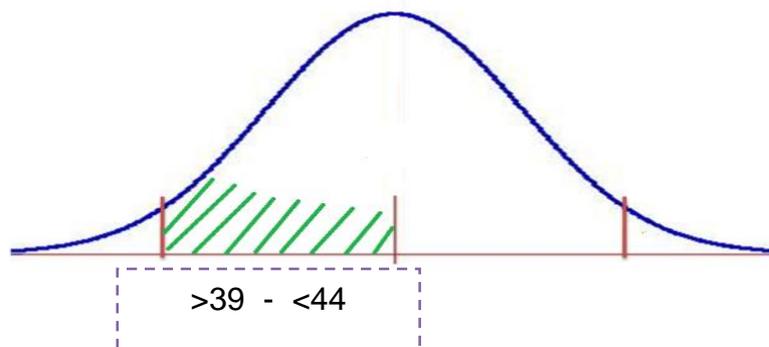
- Percepción favorable ( $> 44$ )



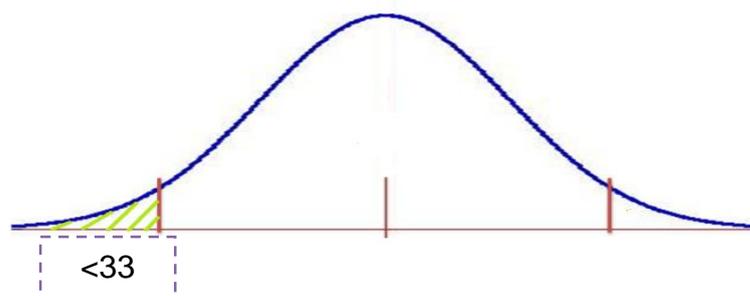
- Percepción medianamente favorable ( $>39 - <44$ )



- Percepción medianamente desfavorable ( $>34 - <39$ )



- Percepción desfavorable ( $<33$ )



## ANEXO B

### OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

#### A.- Tamaño de la Muestra

Formula:

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

Dónde:

**n** = Tamaño muestra.

**N** = Pacientes, atendidos en el junio a diciembre del 2016 en la unidad de diálisis.

**Z $\alpha$**  = Valor de z=1.96, con un intervalo de confianza 95% y de significancia del 5%.

**p** = Proporción esperada de pacientes 50%

**q** = 50%, (q = 1-p)

**e**= Error dispuestos a tolerar; 7.3% de Precisión.

$$n = \frac{118 * (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * 117 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5} = \frac{113.32}{1.25} = 90.66 \approx 91$$

n = 90 casos

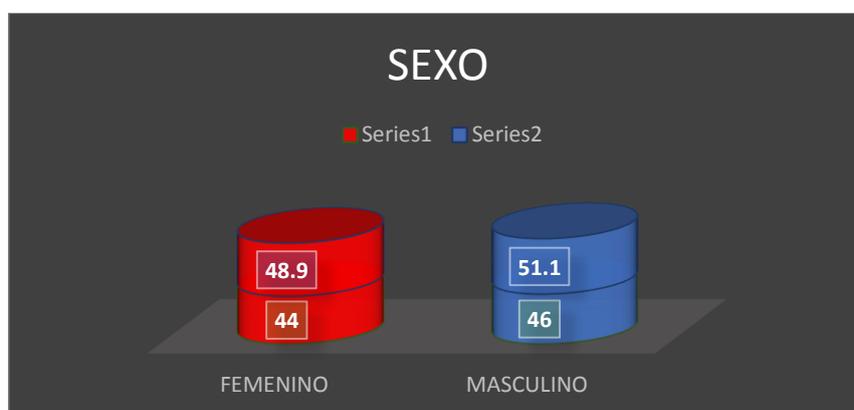
## ANEXO C

### GRAFICO 5

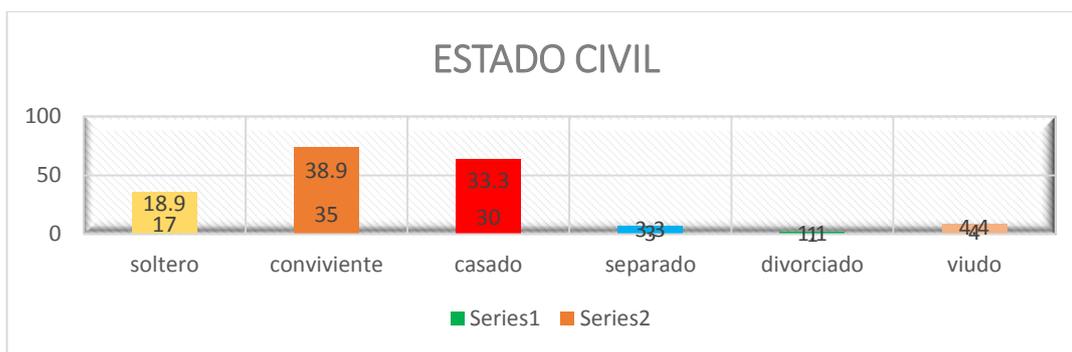
PERCEPCION DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO Y SU RELACION CON LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016.



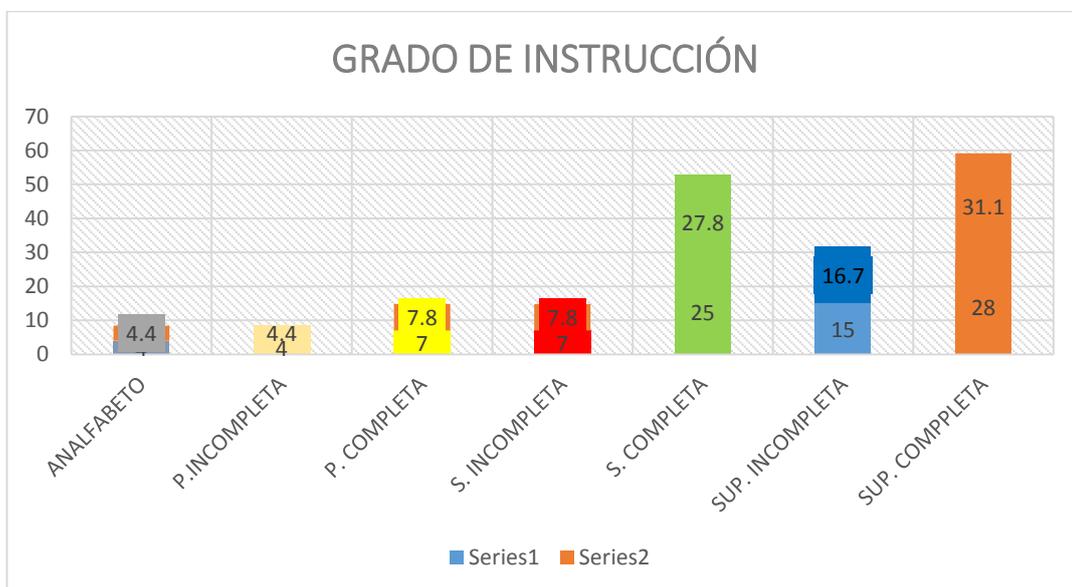
### GRAFICO 6



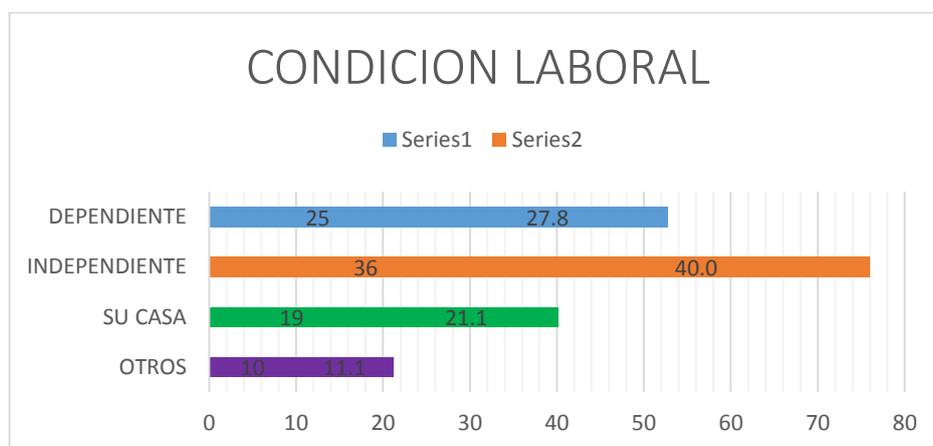
**GRAFICO 7**



**GRAFICO 8**



**GRAFICO 9**



## ANEXO D

### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS DEL HNERM, 2016

<b>TIEMPO DE TRATAMIENTO</b>		
Días	6	6.6%
Meses	48	53.4%
Años	36	40.0%
<b>FRECUENCIA DE TRATAMIENTO</b>		
L-M-V	66	73.3%
M-J-S	24	26.7%
<b>TURNO DE DIALISIS</b>		
1er Turno	16	17.8%
2do Turno	14	15.6%
3er Turno	18	20.0%
4to Turno	23	25.6%
5to Turno	19	21.1%

**TABLA 7**

**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y TIEMPO DE  
TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION	TIEMPO DE TRATAMIENTO EN DIALISIS			Total	X <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	DIAS	MESES	AÑOS			
<b>DESFAVORABLE</b>	1	5	2	8	2.870	0.825
	16.7%	10.4%	5.6%	8.9%		
<b>MEDIANAMENTE DESFAVORABLE</b>	0	4	3	7		
	0.0%	8.3%	8.3%	7.8%		
<b>MEDIAMENTE FAVORABLE</b>	2	7	7	16		
	33.3%	14.6%	19.4%	17.8%		
<b>FAVORABLE</b>	3	32	24	59		
	50.0%	66.7%	66.7%	65.6%		
<b>TOTAL</b>	6	48	36	90		
	6.7%	53.3%	40%	100.0%		

Chi cuadrado de Pearson= 2.870

gl= 6

p= 0.825

**TABLA 8**

**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y FRECUENCIA DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION	FRECUENCIA DE DIALISIS		Total	X <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	L-M-V	M-J-S			
DESFAVORABLE	6	2	8	4.360	0.225
	9.1%	8.3%	8.9%		
MEDIANAMENTE DESFAVORABLE	5	2	7		
	7.6%	8.3%	7.8%		
MEDIAMENTE FAVORABLE	15	1	16		
	22.7%	4.2%	17.8%		
FAVORABLE	40	19	59		
	60.6%	79.2%	65.6%		
TOTAL	66	24	90		
	73.3%	26.7%	100.0%		

Chi cuadrado de Pearson= 4.360      gl= 3      p= 0.225

**TABLA 9**

**RELACION ENTRE PERCEPCION DE AUTOCUIDADO Y TURNO DE DIALISIS EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS, HNERM 2016.**

PERCEPCION	TURNO DE DIALISIS					Total	X <sup>2</sup> Pearson	P (<0.05)
	1ER TURNO	2DO TURNO	3ER TURNO	4TO TURNO	5TO TURNO			
DESFAVORABLE	2	3	2	1	0	8	9.508	0.659
	12.5%	21.4%	11.1%	4.3%	0.0%	8.9%		
MEDIANAMENTE DESFAVORABLE	1	2	0	2	2	7		
	6.3%	14.3%	0.0%	8.7%	10.5%	7.8%		
MEDIAMENTE FAVORABLE	4	1	3	4	4	16		
	25.0%	7.1%	16.7%	17.4%	21.1%	17.8%		
FAVORABLE	9	8	13	16	13	59		
	56.3%	57.1%	72.2%	69.6%	68.4%	65.6%		
TOTAL	16	14	18	23	19	90		
	17.8%	15.5%	20.0%	25.6%	21.1%	100.0%		

Chi cuadrado de Pearson= 9.508      gl= 12      p= 0.659

## ANEXOS E

### INSTRUMENTO

UPNW – F.C.S – EAP. ENFERMERIA

2016

### CUESTIONARIO

**“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO Y SU RELACION CON LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016”.**

### INTRODUCCIÓN

Estimado Sr., Sra., Srta.; buenos días, nuestro nombre es Leopoldo Rengifo Tipto y Yeri Davila Crisanto, estudiante de enfermería de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la U.P.N.W, en esta oportunidad nos es grato dirigirnos a Ud., para hacerle llegar el presente cuestionario que tiene como finalidad obtener información sobre su apreciación en torno a la percepción del paciente hemodializado sobre autocuidados y su relación con las características sociodemográficas en este servicio. Le hacemos de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

### INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de ítems, léalos detenidamente y según sea su opinión marque con una “X” en el casillero correspondiente.

**Ejemplo:**

N° Ítem	Ítems	Siempre	A veces	Nunca
	El personal que lo atiende es cordial.		x	

**I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

- Edad: ..... años.
- Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )
- Estado Civil: Soltero ( ) Conviviente ( ) Viudo ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( )
- Grado de Instrucción: Primaria C. ( ) Primaria I. ( ) Secundaria C. ( ) Secundaria I. ( ) Superior C. ( ) Superior I. ( ) Analfabeto ( )  
Especifique el año de estudio: .....
- Condición Laboral: Independiente ( ) Dependiente ( ) Su casa ( ) Otros ( )  
Especifique a que se dedica:  
.....
- Tiempo de tratamiento en diálisis: días ( ) meses ( ) años( )  
Especifique: .....
- En qué frecuencia asiste a su tratamiento de diálisis: L-M-V ( ) M-J-S ( )
- En que turno se dializa: 1ero ( ) 2do ( ) 3ero ( ) 4to ( ) 5to ( )

**II. PERCEPCION DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO.  
LA ENFERMERA (O):**

<b>N° Ítem</b>	<b>Ítems</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>01</b>	Lo saludan, lo llaman por su nombre y se identifica al ingresar a la sala de diálisis.	3	2	1
<b>02</b>	Se preocupan por cuidar su privacidad.	3	2	1
<b>03</b>	Le brindan charlas educativas antes y después de la diálisis.	3	2	1
<b>04</b>	Lo educan sobre el aseo personal cuando es portador de fistula o catéter venoso central.	3	2	1
<b>05</b>	Le informan sobre el estado de su salud.	3	2	1
<b>06</b>	Permiten que ud., exprese sus preocupaciones y temores.	3	2	1
<b>07</b>	Respetan sus costumbres y creencias.	3	2	1
<b>08</b>	Permiten su colaboración al momento del procedimiento de la diálisis.	3	2	1
<b>09</b>	Lo enseñan a planificar su dieta en diálisis (como preparar sus alimentos, que alimentos puede comer).	3	2	1
<b>10</b>	Lo educan sobre los alimentos que contienen altas concentraciones de potasio (plátano, camote, etc.)	3	2	1
<b>11</b>	Lo educan sobre la importancia del peso seco y/o ganancia de peso interdialítico.	3	2	1
<b>12</b>	Lo educan sobre las consecuencias que puede presentar si trae sobrepeso al tratamiento de diálisis.	3	2	1
<b>13</b>	Le enseñan a identificar los síntomas de la hipercalemia, (nauseas, pulso lento, desmayo, etc.)	3	2	1
<b>14</b>	Le brindan información acerca de las actividades físicas que ud., puede realizar.	3	2	1
<b>15</b>	Le orienta sobre importancia y complicaciones en la frecuencia de actividad que ud., realiza.	3	2	1
<b>16</b>	Lo educan sobre el cuidado de su fistula o catéter venoso central para evitar las infecciones.	3	2	1
<b>17</b>	Le orientan acerca de la ropa que puede usar para asistir al tratamiento de diálisis.	3	2	1
<b>18</b>	Muestran interés por su salud al momento de educarlos.	3	2	1
<b>19</b>	Lo educan sobre las complicaciones que pueda presentar si no asiste a su tratamiento de diálisis.	3	2	1
<b>20</b>	Cuando lo educan sobre el tratamiento se dirigen a ud., con gestos amables.	3	2	1
<b>21</b>	Lo educan con términos sencillos que ud., logra entenderlos.	3	2	1
<b>22</b>	Le brindan confianza, y resuelve las inquietudes que ud., manifiesta.	3	2	1

## ANEXO F

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación **“PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HEMODIALIZADO SOBRE AUTOCUIDADO Y SU RELACION CON LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016”**, realizada por los Srs. Leopoldo Rengifo Tipto y Yeri Davila Crisanto, estudiante de Enfermería de la UPNW; en el cual realizare una encuesta cuyos datos que brinde serán anónimos y toda la información será usada solo para la investigación.

.....  
**Firma del paciente**

.....  
**Firma del investigador**

## ANEXO G

### PRUEBAS NO PARAMETRICAS – CHI CUADRADO

#### Pruebas de chi-cuadrado según edad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,884 <sup>a</sup>	12	,069
Razón de verosimilitudes	22,482	12	,032
Asociación lineal por lineal	,450	1	,503
N de casos válidos	90		

a. 15 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,01.

#### Pruebas de chi-cuadrado según sexo

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,009 <sup>a</sup>	3	,570
Razón de verosimilitudes	2,057	3	,561
Asociación lineal por lineal	,008	1	,931
N de casos válidos	90		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,42.

#### Pruebas de chi-cuadrado según estado civil

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,438 <sup>a</sup>	15	,075
Razón de verosimilitudes	17,834	15	,271
Asociación lineal por lineal	,617	1	,432
N de casos válidos	90		

a. 19 casillas (79,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

**Pruebas de chi-cuadrado según grado de instrucción**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,975 <sup>a</sup>	18	,664
Razón de verosimilitudes	17,931	18	,460
Asociación lineal por lineal	,252	1	,615
N de casos válidos	90		

a. 25 casillas (89,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,31.

**Pruebas de chi-cuadrado según condición laboral**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,424 <sup>a</sup>	9	,697
Razón de verosimilitudes	7,252	9	,611
Asociación lineal por lineal	,962	1	,327
N de casos válidos	90		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,78.

**Pruebas de chi-cuadrado según tiempo de tratamiento**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,870 <sup>a</sup>	6	,825
Razón de verosimilitudes	3,182	6	,786
Asociación lineal por lineal	,532	1	,466
N de casos válidos	90		

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .47.

**Pruebas de chi-cuadrado según frecuencia de diálisis**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,360 <sup>a</sup>	3	,225
Razón de verosimilitudes	5,380	3	,146
Asociación lineal por lineal	,699	1	,403
N de casos válidos	90		

a. 3 casillas (37.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.87.

**Pruebas de chi-cuadrado según turno de diálisis**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,508 <sup>a</sup>	12	,659
Razón de verosimilitudes	12,027	12	,444
Asociación lineal por lineal	2,440	1	,118
N de casos válidos	90		

a. 15 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.09.