



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
DEL CONSULTORIO DE SALUD RENAL DEL HOSPITAL
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
NEFROLÓGICOS**

AUTORES

**MORÁN VALERIO CARMEN MARGARITA
ZAPATA CANCHO VIVIANO RAÚL**

LIMA – PERÚ

2017

RESUMEN

En la actualidad la enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública por su carácter epidémico debido a la elevada morbimortalidad y al alto costo. Los pacientes con enfermedad renal crónica con el pasar del tiempo presentan un deterioro de su capacidad funcional convirtiéndose ellos mismos en los mejores cuidadores de su salud para alcanzar una mejor calidad de vida. Por consiguiente, la intervención de enfermería especializada es fundamental para mejorar la atención nefrológica; dado que actúa como un administrador de casos, llevando a cabo una evaluación sistemática de los pacientes, sus problemas de salud, estado físico, psicológico y social. **Propósito:** promover el autocuidado en pacientes pre diálisis del consultorio de salud renal del hospital de alta complejidad Alberto Sabogal Sologuren, a fin de que el paciente pueda afrontar de mejor forma la enfermedad y retardar su progresión acelerada, que si bien es cierto produce limitación a lo largo de su vida, tiene como elección la mejoría de la calidad de vida según su percepción, para ello se buscará la implementación de un programa educativo con el que se incentive y refuerce las medidas a tomar para poder sobrellevar de mejor manera la enfermedad. **Objetivo:** Determinar la relación entre autocuidado y calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017. **Materiales y Métodos:** El presente proyecto de investigación es de tipo cuantitativo prospectivo correlacional, tiene un diseño de tipo no experimental.

PALABRAS CLAVE: autocuidado, calidad de vida, salud renal.

SUMMARY

Currently, chronic kidney disease (CKD) has become a public health problem due to its epidemic nature due to high morbidity and mortality and high cost. Patients with chronic kidney disease with the passage of time have a deterioration of their functional capacity, becoming themselves the best caregivers of their health to achieve a better quality of life. Therefore, specialized nursing intervention is essential to improve nephrological care; given that he acts as a case manager, carrying out a systematic evaluation of patients, their health problems, physical, psychological and social status. **Purpose:** to promote self-care in pre-dialysis patients of the renal health clinic of Alberto Sabogal Sologuren high complexity hospital, so that the patient can better cope with the disease and slow down its accelerated progression, which, although it is true, produces limitation to Throughout his life, he has the choice of improving the quality of life according to his perception, for this purpose the implementation of an educational program will be sought with which he will encourage and reinforce the measures to be taken in order to cope better with the disease. **Objective:** To determine the relationship between self-care and quality of life of patients in the renal health clinic of the Alberto Sabogal Sologuren Hospital - 2017. **Materials and Methods:** The present research project is a correlational prospective quantitative type, has a non-experimental design .

KEYWORDS: self-care, quality of life, renal health.

ÍNDICE

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-Descripción de la realidad problemática.....	7
1.2.- Formulación del problema.....	9
1.3.-Justificación.....	9
1.4.-Factibilidad y viabilidad del estudio.....	10

CAPÍTULO II:

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

2.1.-Propósitos.....	11
2.2.-Objetivos.....	11

CAPÍTULO III:

MARCO TEÓRICO

3.1.- Antecedentes.....	12
3.2.-Base Teórica.....	14

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

4.1.-Hipótesis.....	27
---------------------	----

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODO

5.1.- Tipo de Estudio.....	28
5.2.-Método de Estudio.....	28
5.3.- Diseño de Estudio.....	28
5.4.-Área de Estudio.....	28
5.5.-Población y Muestra.....	28
5.6.- Identificación de variables.....	29
5.7.- Operacionalización de variables.....	30

5.8.-Procedimiento y Técnica de Recolección de Datos.....	31
5.9.- Plan de tabulación.....	32
5.10.-Análisis de datos.....	33

CAPÍTULO VI

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1.- Principios éticos.....	34
6.2.- Consentimiento informado.....	34
6.3.-Cronograma de actividades.....	35
6.4.- Presupuesto.....	36

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- Anexo N° 01:Consentimiento Informado
- Anexo N° 02: EL INSTRUMENTO DE AUTOCUIDADO
“VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL
PACIENTE”
- Anexo N° 03: EL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA
“ESTADO DE SALUD”

INTRODUCCION

En la actualidad la enfermedad renal crónica se ha convertido en una de las enfermedades que va en aumento, ocasionando un impacto de gran importancia en los servicios de salud por el alto costo que trae consigo el tratamiento paliativo y por sus efectos sobre la calidad de vida del paciente, aspectos posibles de mitigar fortaleciendo el autocuidado. (1)

Es así que la enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública por su carácter epidémico debido a la elevada morbimortalidad y al alto costo que ella trae consigo, se ha llegado a estimar que esta enfermedad tiene una prevalencia del 10% en el mundo, cifra que va en aumento con el transcurrir de los años y adicionalmente no se puede esperar reducción en los costos del tratamiento, ni una medida preventiva definitiva, por tanto la humanidad se enfrenta a un problema de grandes proporciones y difícil de contener en poco tiempo. (2)

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadísticas (INEI) en los servicios de ESSALUD, existen 5381 personas que padecen de enfermedad renal y que además necesitan de algún tratamiento de sustitución renal, de los cuales el 83% tiene acceso a esta terapia, encontrándose la mayoría en Lima (71%) y el resto en provincia (29%). (3)

Los pacientes con enfermedad renal crónica con el pasar del tiempo presentan un deterioro de su capacidad funcional y suelen presentar alteraciones y/o cambios en las diferentes esferas de su vida como física, biológica, psicológica y social; por lo que requieren una evaluación oportuna para detectar a tiempo la enfermedad con el fin de poder ayudarlos a que tomen conciencia y retrasar el avance de la enfermedad, convirtiéndose ellos mismos en los mejores cuidadores de su salud y alcanzando una mejor calidad de vida. (4)

Por tal razón la persona con enfermedad renal crónica necesita estar informado para poder hacerle frente a la enfermedad y a los efectos que ella trae consigo, teniendo que adaptarse a nuevos estilos de vida y a un régimen restrictivo dentro del cual debe dar cumplimiento a las indicaciones dadas por el equipo de

salud como parte fundamental de su autocuidado y donde pasar por alto el incumplimiento del tratamiento trae consigo graves consecuencias. (5)

La calidad de vida desde la percepción de la persona está definida como la satisfacción, la felicidad, el bienestar que siente la persona en un determinado momento de su vida, si bien es cierto este es un concepto subjetivo está influenciado por el entorno y el momento que atraviesa; según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes".(6)

Tratándose de un concepto tan amplio y complejo que engloba las diferentes esferas de la persona como son la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. (6)

Es así que en el presente proyecto de investigación se hará el desarrollo de lo siguiente: Planteamiento del problema, objetivos y propósito, marco teórico, hipótesis, variable, operacionalización de variables, material, método, consideraciones éticas y administrativas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La enfermedad Renal Crónica, constituye un problema de salud pública, cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia crecientes.

En el mundo son cerca de 500 millones las personas afectadas por esta enfermedad, de ahí que se hable de ella como una de las epidemias del siglo XXI. (7)

La situación en América Latina, comparado con otros países desarrollados, presenta una situación económica y un sistema de salud fraccionado, aunado a un inequitativo acceso al servicio de salud que pone en riesgo la vida de muchas personas, quienes padecen de diversas enfermedades crónicas como es el caso de la enfermedad renal crónica, donde una forma de subsistencia es recibir una terapia de sustitución renal. (8)

Chile no está ajeno a esta realidad dado que la incidencia de enfermedad renal crónica corresponde al 2,7% de la población en mayores a 15 años en etapa III o más, lo que significa una pérdida de al menos el 50% de la función renal. Actualmente aumentan en 40 pacientes por millón de población al año. (9)

En el Perú aproximadamente 300 mil personas padecen de enfermedad renal crónica, mientras que la prevalencia de la enfermedad renal crónica en estadio V estaría cerca a los 9000 pacientes por año y se calcula que más de dos millones y medio de personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad por presentar factores de riesgo que pueden desencadenar la enfermedad. (10)

En nuestro país el número de pacientes con enfermedad renal crónica ha ido aumentando progresivamente en paralelo a la incidencia creciente de patologías como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial. Los cambios demográficos y sociales ocurridos durante las últimas décadas constituyen puntos de quiebre importantes para la salud, debido al proceso urbanístico, los hábitos alimenticios no saludables y estilos de vida inadecuados los cuales han condicionado un aumento progresivo de la morbimortalidad de esta patología. (7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 describió el papel del profesional de salud en la orientación de los pacientes sobre el autocuidado y en él la comprensión de sus síntomas; para ello es indispensable que el profesional recabe la información necesaria, interprete los síntomas y evalúe cualquier complicación. (8)

En contraste con lo antes mencionado la atención multidisciplinar está configurada para individualizar el cuidado necesario cubriendo las áreas de mayor demanda, con el objeto de lograr un estado superior de bienestar o calidad de vida para el paciente. (9)

Es así que cabe resaltar que una buena educación sanitaria es beneficiosa e involucra a los pacientes con la enfermedad renal en su autocuidado, logrando que el paciente consiga una mejor aceptación de su enfermedad, que se adapte a la nueva situación biopsicosocial, que cumpla mejor el tratamiento y por tanto conseguir un mejor pronóstico en la evolución de su enfermedad y la calidad de vida. (11)

Por tanto el papel de Enfermería en la educación para la salud a través de la consulta cumple un papel fundamental en el cambio de hábitos y la promoción de determinantes de salud que modifiquen los estilos de vida, para que sean más saludables en la población, por medio de una cultura de autocuidado. Ello implica que Enfermería desarrolle iniciativas y expectativas novedosas que repercutan en la prevención y educación para la promoción del autocuidado, el fortalecimiento de la profesión y aporte de evidencias científicas, que plasmen alternativas para ofrecer una mejor calidad de vida en la persona con enfermedad renal crónica; para lograrlo es necesario identificar las actividades de autocuidado que las personas realizan con mayor frecuencia y en cuales hay déficit, con el fin de encaminar las acciones a la corrección de las mismas. (12)

Un punto de autocuidado en el que se está fallando es la adherencia a la nutrición, se ha evidenciado que los pacientes tenían más dificultades con las recomendaciones dietarias, el 16% fueron clasificados como no adherentes y el 26% admitieron alterar las indicaciones nutricionales recomendadas por el profesional de la salud. Las costumbres sociales (comida en familia, alimentación disponible según zona geográfica, tipo de alimentación según la cultura) representan otra barrera que dificulta la adherencia a las restricciones dietarias. Por lo anterior, como herramienta para aumentar la adherencia en los diferentes niveles, es necesaria la existencia de una comunicación eficaz y satisfactoria para proporcionar información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles

mínimos de comprensión por parte del paciente y para esto es importante que durante la consulta de enfermería el profesional sea flexible adaptándose a las situaciones y características individuales de los pacientes, identificando los elementos que afectan el comportamiento del mismo. (9)

Buscando que se adapte a las características de la enfermedad renal crónica y sabiendo que no tiene cura y que su tratamiento es muy complejo lo que significa adaptarse a las numerosas alteraciones en la vida cotidiana, debido a los varios síntomas presentados en el transcurso de la dolencia se ve afectada la calidad de vida (13), por lo que el desarrollo de estrategias y metodologías que reconozcan al paciente con ERC, como persona con aptitudes y capacidad de autocuidarse y no como miembro pasivo en el proceso, motivándolo a integrar los cambios como hábitos de vida saludable, gratificantes y no como el simple cumplimiento de prescripciones se convertirá en un gran aporte a la calidad de vida. (12)

Medir la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica revela el impacto de la enfermedad en las actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento eficaz puesto que los pacientes presentan problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares, que aumentan con el tiempo y están asociados directamente con las diferentes fases de la enfermedad y los procesos terapéuticos, lo que origina que se deteriore poco a poco su calidad de vida (14)

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre autocuidado y la calidad de vida en pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017?

1.3.-JUSTIFICACIÓN

Este estudio se justifica por la relevancia que presenta desde el punto de vista:

Teórico, porque existen muy pocos trabajos de investigación documentados a nivel nacional e internacional que relacionen la variable autocuidado con la variable calidad de vida en pacientes pre diálisis (que aún no se realicen ninguna terapia de sustitución renal, tales como hemodiálisis o diálisis peritoneal) que asisten a un consultorio de salud renal.

También explicaría de manera científica, si se hallase una relación entre ellas, la necesidad de promover el autocuidado para mejorar la calidad en sus diferentes dominios tales como físicos, psicológicos, sociales, etc.

Será un aporte a los profesionales de enfermería para que puedan dirigir sus acciones a la atención primaria de salud a través del desarrollo de programas de educación sanitaria relacionados con las situaciones que llevan a una enfermedad renal crónica, mediante la promoción de la salud, en cuyo contenido se incluya el autocuidado y así promover la generación de una nueva conciencia respecto a lo saludable con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Por su relevancia social y práctica, ya que servirá de base para promover programas de educación el cual dará paso para establecer las acciones preventivo promocionales que debe realizar la población en general, población con antecedentes familiares y por lo tanto con mayor predisposición para presentar esta enfermedad, lo cual permitirán establecer cambios positivos con respecto a prácticas de autocuidado con un resultado de una buena calidad de vida.

Finalmente este estudio se justifica por los aportes que se realizarán a las líneas de investigación, por la oportunidad que tendrán los investigadores de compartir la información hallada con las personas interesadas en la temática estudiada.

1.4.-FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO

El estudio es factible porque cuenta con la base bibliográfica y marco referencial, que ayuda a sustentar el trabajo de investigación, el cual le favorece; además de contar con el apoyo de la institución donde se realizara el estudio.

CAPÍTULO II

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

2.1.-PROPÓSITO

El propósito de la presente investigación será promover el autocuidado en pacientes predialisis del consultorio de salud renal del hospital de alta complejidad Alberto Sabogal Sologuren, a fin de que el paciente pueda afrontar de mejor forma la enfermedad y retardar su progresión acelerada, que si bien es cierto produce limitación a lo largo de su vida, tiene como elección la mejoría de la calidad de vida según su percepción, para ello se buscará la implementación de un programa educativo con el que se incentive y refuerce las medidas a tomar para poder sobrellevar de mejor manera la enfermedad.

2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre autocuidado y calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017

2.2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de autocuidado en pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017
- Identificar la calidad de vida en pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017
- Describir la relación entre autocuidado y el dominio Físico de calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017
- Describir la relación entre autocuidado y el dominio Psicológico de calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1.- ANTECEDENTES

A continuación se presenta la revisión bibliográfica nacional e internacional sobre investigaciones relacionados al presente estudio:

3.1.1.- NACIONAL

- **Sánchez Guzmán Jorge Alexander - "Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014"**

El objetivo fue describir la calidad de vida desgregada en las distintas dimensiones. El presente es un trabajo descriptivo, observacional, transversal, realizado en 72 pacientes mayores de 20 años, con Enfermedad Renal Crónica, en terapia de hemodiálisis mayor a tres meses en el Centro de Hemodiálisis. Se llegó a la conclusión que existieron diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60 años; y en general el rol físico y la función social fue más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses, así mismo el componente Físico fue el más afectado en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

- **Acuña García Paolo Cesar, Jesús Never Kugkumas Katip - "Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria"**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de capacidad de autocuidado de los pacientes que asisten al programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua. El estudio es descriptivo simple, transversal, realizado en 32 pacientes que reciben diálisis peritoneal. Se llegó a concluir que los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida diaria y en conocimientos para hacer frente a la enfermedad.

3.1.2.- INTERNACIONAL

- **Barros Higgins Liliana, Herazo Beltrán Yaneth, Aroca Martínez Gustavo - "Calidad relacionado con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica"**

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica y su relación con variables sociodemográficas y datos clínicos. El estudio tuvo un diseño analítico de corte transversal realizado en 80 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica. La conclusión de la presente investigación fue que la enfermedad renal crónica tuvo una carga sobre la salud de vida de los pacientes en términos de salud física, salud mental y carga de la enfermedad.

- **Gómez Hernández Deycer - "Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis".**

El objetivo del estudio fue conocer el conocimiento que tienen sobre la enfermedad, las acciones de autocuidado y calidad de vida. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, el muestreo fue de tipo censo. Se llegó a la conclusión que de acuerdo al tiempo que la persona se encuentre con tratamiento de hemodiálisis le permitirá desarrollar habilidades en su autocuidado y mejorar su calidad de vida. La percepción que la persona tenga sobre su estado de salud fue muy importante en este grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis ya que está relacionado con su calidad de vida.

- **Carrillo Algarra Ana Julia, Díaz Flor Janeth - "Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá"**

El presente estudio tuvo como objetivo medir la capacidad de autocuidado y su relación con las características sociodemográficas y clínicas. El estudio fue descriptivo prospectivo de corte transversal. Se llegó a la conclusión que las personas se caracterizaron por ser mayores de 41 años, con un grado educativo de primaria o técnica, pertenecían a los estratos 2 y 3, se encontraban casados, reportaban adherencia al tratamiento farmacológico, hacían ejercicio, cumplían con la dieta establecida y percibían su estado de salud como regular o malo, respuestas que sugieren el grado de conciencia que tenían de la enfermedad y la

importancia de cuidarse. Estos resultados plantearon que los pacientes que tuvieron mayor comprensión de las restricciones alimentarias y las razones del tratamiento presentaron un mayor compromiso con el tratamiento, además sugirió que la técnica educativa ofreció buenos resultados.

3.2.-BASE TEÓRICA

3.2.1.- TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado, según Dorotea Orem, es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar tanto la razón para comprender su estado de salud como sus habilidades en la toma de decisiones, a fin de elegir un curso apropiado.

La Teoría del Autocuidado 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, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- 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.

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

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud. (20)

3.2.2 LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

El déficit de autocuidado: descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Aquí actúan los sistemas de enfermería.

Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

- Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes. (21)

3.2.3.- CALIDAD DE VIDA

La expresión Calidad de Vida ha llegado a ser ampliamente usada, no sólo por profesionales de diversas disciplinas, sino también por políticos, planificadores, medios de comunicación y por la sociedad en general. Esta socialización del término, que conlleva a una utilización banal e imprecisa, se ha visto, sin embargo, acompañada de un sinnúmero de elaboraciones académicas que pretenden llegar a la mejor definición del concepto (22), es así que algunos acuerdos entre diversos investigadores han significado un gran aporte al desarrollo del concepto, en especial en su medición, como lo son por ejemplo los planteados por la Organización Mundial de la Salud al sugerir algunas características que definirían a la CV:

- a) es subjetiva
- b) es multidimensional
- c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas. (23)

Bajo estas premisas, definen a la CV como la "La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. (24)

Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida del paciente.

1. Dominio físico

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

2. Dominio psicológico

Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión.

También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

3. Dominio emocional

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones y la metapreocupación.

4. Sensaciones somáticas o síntomas

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia con la vida cotidiana.

Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.

5. Dominio social

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral. (25)

3.2.4 ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Las siguientes, son las cinco etapas de la enfermedad renal crónica, y la TFG para cada etapa:

- **Etapa 1** — Normal o alta TFG (TFG > 90 ml/min)
- **Etapa 2** — ERC leve (TFG = 60-89 ml/min)
- **Etapa 3** — ERC moderada (TFG = 30-59 ml/min)
- **Etapa 4** — ERC grave (TFG = 15-29 ml/min)
- **Etapa 5** — ERC terminal (TFG <15 ml/min)

El **estadio 3** de la ERC se suele subdividir en los estadios **3a** y **3b**. Por agruparlos de un modo sencillo diríamos que:

- Los **estadios 1 a 3a** se pueden denominar **estadios iniciales**
- Los **estadios 3b a 5** se denominan **estadios avanzados**.

Enfermedad Renal en Etapa 1 y Etapa 2

A menudo hay pocos síntomas en las etapas 1 y 2 de la ERC. La ERC temprana, generalmente se diagnostica cuando se presentan las siguientes condiciones:

- Presión arterial alta
- Niveles superiores a los normales de creatinina o de Urea en la sangre
- Sangre o proteínas en la orina
- Evidencia de daño renal en una resonancia magnética, tomografía axial computarizada, ultrasonido o rayos x de contraste.
- Antecedentes familiares de enfermedad renal poliquística (ERP)

Enfermedad Renal en Etapa 3

En la etapa 3 de la ERC pueden aparecer: la anemia (falta de glóbulos rojos) y/o la enfermedad ósea temprana. Estas condiciones pueden ser tratadas para ayudar a que el paciente se sienta lo mejor posible y a reducir los problemas que puedan presentarse en la evolución de la enfermedad.

Enfermedad Renal en Etapa 4

Cuando la ERC ha progresado hacia la etapa 4, es el momento de empezar a prepararse para la diálisis y/o un trasplante de riñón. Si la TFG cae por debajo de 30, la mayoría de la gente necesita ver un especialista en enfermedades renales (llamado nefrólogo). El nefrólogo le hablará acerca de los tratamientos para la insuficiencia renal, incluyendo la diálisis y el trasplante. Una TFG por debajo de 15 indica que posiblemente es necesario iniciar uno de estos tratamientos.

Enfermedad Renal en Etapa 5

Una persona con ERC en etapa 5 tiene Enfermedad Renal en etapa Terminal (ERT), con una TFG de 15 ml/min o menos. En esta etapa avanzada de la enfermedad renal, los riñones han perdido casi toda la capacidad de hacer su trabajo con eficacia, y finalmente se necesita iniciar la diálisis o un trasplante de riñón para sobrevivir.

3.2.5. CONSULTORIOS EXTERNOS DE ENFERMERÍA EN SALUD RENAL

Consulta pre dialítica

El médico general, es el primer profesional que tiene contacto con este tipo de pacientes (ERC) haciendo la función de puente comunicador con otros profesionales de la salud.

Es importante destacar que para esta atención el profesional médico cuenta con tiempos reducidos, dada las exigencias en relación a las metas de cobertura planificadas en atención primaria. A lo anterior se suma la comunicación limitada con especialistas y con otros profesionales formados en el área de la nefrología, la falta de infraestructura y déficit de presupuesto destinado para la reducción de los factores que aumentan la prevalencia de esta enfermedad.

Al respecto la literatura señala que es necesario rediseñar los programas de gestión en enfermedades crónicas, enfatizando la colaboración de una red sanitaria que permita optimizar los recursos existentes, disminuyendo la demanda requeridas por los pacientes con ERC sobre el sistema de salud.

Diferentes autores plantean que este trabajo en red debiese centrarse principalmente en factores para retrasar o prevenir la progresión de la ERC con el fin de disminuir la incidencia de pacientes que requieren alguna terapia de reemplazo renal, promoviendo estilos de vida saludable que le permitan al paciente el autocuidado de su propia salud y automanejo de su enfermedad.

Dentro de las propuestas planteadas para mejorar la atención del paciente con ERC diversos estudios reportan los beneficios de la atención por parte de un equipo multidisciplinar el cual abarca de manera positiva todas las intervenciones preventivas tempranas durante las primeras etapas de la ERC a partir de un protocolo que tiene cuatro componentes principales: la educación del paciente, gestión administrativa, asesoramiento dietético y evaluación del cumplimiento de los objetivos clínicos.

El enfoque multidisciplinar en el caso de la ERC, requiere de un equipo de salud especializado en cuidado renal y propone 3 alternativas de abordaje: la consulta pre-dialítica, el protocolo reno-protector y el cuidado integral del paciente renal, donde los pacientes en estadios tempranos especialmente 3-4, consultan de forma programada.

Los beneficios de la consulta pre-dialítica encontrados fueron: intervenciones de diagnóstico temprano, educación y evaluación durante las primeras etapas de la ERC que reducen la morbilidad y la mortalidad, retrasando la progresión de la enfermedad renal. Además lo analizado según la literatura, los pacientes que son captados de forma tardía tienen indicadores de daño renal deficientes comparados con los captados de forma temprana.

Es decir, trabajar bajo esta propuesta influirá directamente en la calidad de vida y el tiempo de ingreso a diálisis, los tiempos involucrados sobre la probabilidad de supervivencia libre de diálisis la literatura reporta a 12 meses aproximadamente un 87%. Luego de dos años de seguimiento, esta probabilidad fue de 76%.

El tiempo promedio del total de pacientes sin requerir de diálisis fue de 50.41 meses (IC 95% 40.77, 60.04). Resaltando el ahorro directo por parte del sistema de salud por cada mes que se retarde el ingreso a diálisis de un paciente. Permitiendo programar el ingreso a la terapia de sustitución renal evitando situaciones de urgencia a través de la planificación de los parámetros de autocuidado esperados, lo que se traduce en valores bioquímicos positivos, proporcionando más seguridad al paciente para afrontar el manejo de su enfermedad.

Otro componente importante de la consulta pre-dialítica es la educación, se ha demostrado que el aumento de conocimientos por parte del paciente sobre los distintos aspectos de la enfermedad (causas, tratamiento, dieta...) disminuye el temor y la ansiedad, aumentando las expectativas del tratamiento.

Autores reportan que informar sobre los factores como elección e inducción a la terapia, actividades de prevención que fomentan el autocuidado trabajando en la prevención de factores de riesgo, disminuyen las tasas de hospitalización en aproximadamente en un 17%, generando una mayor duración de la terapia de diálisis, en comparación a la atención estándar.

Focos de la consulta pre dialítica

A. Prevención de la ERC

Dentro de las herramientas claves en la **promoción y prevención primaria** de la ERC es necesario:

a) Incentivar hábitos de vida saludable en cuanto a alimentación adecuada, actividad física, restricción de elementos nocivos (alcohol, hábito tabáquico, consumo de drogas), evitar uso de medicamentos nefrotóxicos tales como AINES, medios de contraste, corticoides, entre otros.

b) Identificar pacientes en riesgo a través de la historia médica y quirúrgica considerando: morbilidades como la diabetes, hipertensión y/o enfermedad cardiovascular haciendo hincapié en el control adecuado de las mismas; historia de enfermedad renal en familiares de primer grado, considerando en forma especial, aquellas con componente genético o hereditario; historia personal neurológica (infección urinaria alta recurrente, alteraciones

anatómicas, cálculos urinarios); así como también factores dietarios, sociales, demográficos y culturales.

c) Igualmente debe considerarse el diagnóstico temprano de la ERC con el fin de limitar la extensión de la misma y el desarrollo de complicaciones teniendo en cuenta la clasificación de los estadios a través de la velocidad de filtración glomerular VFG, desde el valor de la creatinina sérica, la presencia de proteinuria y albuminuria facilitando su pesquisa y manejo oportuno.

Como **prevención secundaria**, en el programa cardiovascular propone que el manejo terapéutico en el estadio III apunta al control de la presión arterial, especialmente mediante el bloqueo del sistema renina-angiotensina- aldosterona a través del uso de medicamentos como agentes de protección cardio-renal (IECA/ARA II) como se ha descrito hasta en un 70% de la población en consulta pre dialítica y el uso del ácido acetilsalicílico, estatinas y vitamina D.

En la consulta pre dialítica el profesional de enfermería especialista tiene un rol fundamental en la educación para la salud donde es necesario instruir respecto a la presentación clínica de la uremia y los factores de riesgo desencadenantes, las complicaciones asociadas con la progresión renal y una introducción a las diversas terapias de sustitución renal (TRR); Hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (DP), Trasplante renal (TR); y tratamiento conservador.

En ambos niveles de prevención, estudios de intervención individuales liderados por el profesional de enfermería muestran el beneficio de la modificación en los estilos de vida incentivando los hábitos saludables, orientación nutricional, restricción de sodio en la dieta, regulación de los lípidos, control glucémico, la albuminuria, control en el uso de sustancias y medicamentos nefrotóxicos, entre otros, aún en pacientes que ya se encuentran con diagnóstico de ERC.

En estadios más avanzados el cuidado se centra en el manejo de las complicaciones asociadas con la ERC y la TRR, dichas medidas como parte de **la prevención terciaria** consideran, la evaluación y cuidado del acceso vascular (catéter o fístula arteriovenosa) o peritoneal; el esquema de vacunación de hepatitis B; el seguimiento adecuado de la mineralización ósea y metabolismo de calcio y fósforo; tratamiento de infecciones

asociadas a la atención en salud; el registro para su inclusión en la lista de espera para trasplante renal y la corrección de eventos potencialmente mortales, como la hiperpotasemia, insuficiencia cardíaca y acidosis metabólica entre otras.

B. Adherencia a las indicaciones del equipo de salud

Otro foco central a considerar en la consulta pre dialítica es fomento de la adherencia a las diferentes indicaciones del equipo de salud en los diversos niveles de atención en salud.

Lo anterior con el objetivo de evitar o atenuar la progresión de la enfermedad renal y el ingreso a TRR y una vez aquellos que están en alguna terapia mejorando la calidad de vida del paciente.

Sumado a lo anterior algunos estudios indican que la necesidad del paciente de someterse a un estricto, invasivo y continuo tratamiento; el cual implica cambios importantes en su estilo y hábitos de vida, cambios a nivel social (restricción en su tiempo disponible), cultural (cambios en su alimentación) y emocional (impacto negativo por intervenciones dolorosas) son condiciones que podrían modificar la adherencia con el detrimento de la salud del paciente.

En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%, cifra considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que califica la falta de adherencia como un «problema mundial de gran magnitud».

Adherencia farmacológica y enfermedades crónicas

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado, en general, el 20-50% de los pacientes no toman sus medicamentos, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios.

En la actualidad la mayoría de los pacientes que precisan tratamiento sustitutivo de la función renal presentan comorbilidades asociadas (Enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, ateromatosis, hipertensión arterial, etc.) siendo necesario ser tratados con un elevado número de fármacos, aumentando el riesgo de abandono al tratamiento, haciendo más difícil el alcanzar los objetivos terapéuticos como el control de la presión arterial, glucémico, el metabolismo óseo y hematopoyético.

La falta de adherencia farmacológica incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, intervalos o frecuencias de administración incorrectos, sumado al no ajuste a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias. Algunas como consecuencia de actos involuntarios (olvidos o confusión) considerando horarios de administración diferentes a los tradicionalmente establecidos, esquemas de dosis complejos o conocimiento limitado respecto a la indicación de los fármacos, fenómenos documentados hasta en un 20% de los pacientes, bien sea en DP o en HD.

Adherencia a restricción de fluidos

Una de las funciones más importantes del tratamiento con diálisis es corregir el desequilibrio hídrico, conseguir un óptimo estado de hidratación, sin fluctuaciones y con mayor estabilidad hemodinámica.

La sobre hidratación se produce por una ingesta de líquidos superior a las pérdidas lo que indica que es la ultrafiltración y la diuresis residual es menor a la ingesta de líquidos. Lo que conlleva a presentar edemas, elevación de la presión arterial, aumento de peso y en casos graves insuficiencia cardíaca. En su diagnóstico debe descartarse el déficit de ultrafiltración, su profilaxis radica en el control de la ingesta de líquidos, la dieta hiposódica y el uso adecuado de las concentraciones sodio.

Adherencia a las indicaciones nutricionales

Las costumbres sociales (comida en familia, alimentación disponible según zona geográfica, tipo de alimentación según la cultura) representan una barrera que dificulta la adherencia a las restricciones dietarias.

Por lo anterior, como herramienta para aumentar la adherencia en los diferentes niveles, es necesaria la existencia de una comunicación eficaz y satisfactoria para proporcionar información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente y para esto es importante que durante la consulta pre dialítica el profesional de enfermería sea flexible adaptándose a las situaciones y características individuales de los pacientes, identificando los elementos que afectan el comportamiento del mismo.

C. Elección de la terapia

Este foco corresponde al proceso de información y de elección de la modalidad de diálisis en pacientes IRC constituye un derecho del paciente y una etapa clave para el tratamiento de la persona que padece dicha enfermedad.

Por tal motivo el papel del profesional de enfermería en la consulta pre-dialítica es fundamental, garantizando que este proceso de selección de la terapia sea realizado de manera integral, buscando la participación activa del paciente, la autonomía en el proceso de toma de decisión y la independencia en la elección de la terapia lo que podría asegurar un mayor compromiso del paciente con su auto-cuidado.

Lo anterior permite al profesional de enfermería identificar las barreras como: la falta y comprensión de la información, entendimiento del proceso dialítico y de las pautas de autocuidado que se deben adquirir según la modalidad, así como la preocupación por el aislamiento social y familiar en que se encuentra el paciente con el propósito de mejorar la atención y enfocar los recursos necesarios.

Igualmente se destaca como una de las ventajas del desarrollo de la consulta pre dialítica en el inicio programado de la hemodiálisis donde aproximadamente un 92% de los pacientes procedentes de la consulta disponía de acceso vascular permanente y funcional.

Por tanto, la consulta pre-dialítica se convierte en un factor relevante al momento de seleccionar la terapia, sobre todo en la elección de DP, debido a que los pacientes que no han recibido información sobre esta modalidad no la eligen por miedo y/o desconocimiento.

Rol de la enfermera en la consulta pre dialítica

Estudios analizados en la presente revisión reportan que uno de los elementos clave en la gestión de la ERC en pacientes con estadio 3 y 4 incluyen al enfermera/o con formación de especialista en el área de enfermería nefrológica, que desarrolle su rol profesional en las áreas asistencial, educativa, de gestión e investigación, en la consulta pre-dialítica y además que cuente con asesoría directa de un nefrólogo a través de diferentes modalidades: contacto directo, telemedicina, entre otros, con posibilidad de derivación a otros profesionales de equipo de salud, de tal manera de formar protocolos acordes al trabajo de un equipo multidisciplinar, ya que los datos indican que la atención clínica para la creciente población de pacientes con ERC no puede depender exclusivamente de nefrólogos.

Por consiguiente, la evidencia revisada apoya la intervención de enfermería especializada para mejorar la atención nefrológica¹⁷; dado que actúa como un administrador de casos, llevando a cabo una evaluación sistemática de los pacientes, sus problemas de salud, estado físico, psicológico y social, proponiendo actividades de cuidado dentro de un modelo organizado y fortalecido a través de terapias basadas en la evidencia, el apoyo a la autogestión, la comunicación entre los proveedores de salud y el examen de las tendencias determinando si los pacientes cumplen con los objetivos de tratamiento.

Asimismo, el rol educador del profesional de enfermería es significativo, ya que cuenta con las competencias impartidas durante su formación para focalizar la educación y comprender la conducta del ser humano, lo que hace a este profesional altamente competente para realizar promoción y educación para la salud de la población a través de la potenciación del autocuidado.

Por lo tanto, en la consulta pre-dialítica con programas de autocuidado personalizados, enfocados a las necesidades de cada paciente, junto al seguimiento periódico por enfermera/o, permiten identificar aspectos donde sea necesaria la reeducación, dándole a

la persona herramientas para empoderarse en su automanejo y recursos que podrían utilizar, lo que disminuye la ansiedad derivada de la falta de información y de conocimientos, así como los reingresos derivados por el déficit de autocuidado en sus distintas áreas.

Por consiguiente, en la consulta pre dialítica la valoración y entrevista del paciente en función de la etapa o estadio de la ERC en que se encuentra, es un determinante fundamental para definir el foco de la educación y atención a otorgar por el profesional de enfermería, y por ende el éxito de enlentecer la progresión de la enfermedad renal y así disminuir la incidencia de pacientes en diálisis.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

4.1.- HIPÓTESIS

4.1.1.- Hipótesis General

- Existe relación significativa entre autocuidado y la calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017
- No existe relación significativa entre autocuidado y la calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017

4.1.2.- Hipótesis Específicas

- Existe relación significativa entre autocuidado y el dominio físico de calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017
- No existe relación significativa entre autocuidado y el dominio físico de calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017
- Existe relación significativa entre autocuidado y el dominio psicológico de calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017
- No existe relación significativa entre autocuidado y el dominio psicológico de calidad de vida de pacientes del consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODO

5.1.- TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación es de tipo cuantitativo prospectivo, porque analizará los resultados encontrados desde un tiempo determinado.

5.2.-MÉTODO DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación es correlacional porque buscará hallar la relación existente entre las dos variables.

5.3.- DISEÑO DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación tiene un diseño de tipo no experimental porque se realiza sin manipular la variable, y de corte transversal porque se recolectan los datos en un momento determinado.

5.4.-ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren de EsSalud - Perú, ubicado en Jirón Colina 1081, distrito de Bellavista, provincia Constitucional del Callao, departamento de Lima. Centro que atiende a pacientes asegurados por consultorios Externos, entre ellos el consultorio de salud renal.

La atención en el consultorio externo de salud renal es 4 a 5 veces por mes de 8:00 a.m. hasta las 13:00 p.m.

5.5.-POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total está constituida por 200 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica de estadio III b, IV y V sin diálisis, se conoce el total de la población porque la información ha sido brindada por la licenciada que se encuentra a cargo del consultorio de salud renal.

La muestra fue seleccionada a través del muestreo probabilístico, ya que de acuerdo a los criterios establecidos de inclusión para el presente estudio todos los pacientes tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos o pertenecer a la muestra. Para determinar el tamaño de la muestra se asumió un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 5% con los que se obtuvo la muestra representativa de 40 pacientes.

Los 40 pacientes seleccionados fueron estudiados teniendo en cuenta los horarios de atención del consultorio salud renal en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, no afectando, ni interfiriendo así con las actividades programadas del paciente.

➤ **Criterios de inclusión:**

- Paciente con ERC entre los estadios III b. IV y V sin diálisis.
- Pacientes entre las edades de:
 - 40 - 59 años.
 - 60 - 89 años.
 - 90 a más años.
- Pacientes que acuden de forma regular a las citas programadas (periodo mínimo de 6 meses)

➤ **Criterio de exclusión:**

- Paciente que haya recibido alguna sesión de hemodiálisis.
- Paciente que haya recibido alguna sesión de diálisis peritoneal.
- Pacientes que tienen alguna limitación mental.
- Pacientes que no se encuentren presentes durante la aplicación del instrumento.

5.6.- IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

5.6.1.- Clasificación de Variables

Variable independiente (V.I.):

- Autocuidado

Variable dependiente (V.D.):

- Calidad de Vida

5.6.2.- Definición constitutiva de las variables

Autocuidado: Expresados a través de actividades de la vida cotidiana y conocimientos acerca de la enfermedad para cuidar de sí mismo frente a la enfermedad renal crónica en el consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017.

Calidad de vida: Expresados en dominio físico y dominio psicológico del paciente con enfermedad renal crónica en el consultorio de salud renal del Hospital Alberto Sabogal Sologuren – 2017.

5.7.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Variable: Autocuidado	Es una actividad de la persona aprendida por ésta y orientada hacia un objetivo, aparece en situaciones concretas de la vida, y que la persona dirige hacia sí misma o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.	Habilidades en las actividades de la vida diaria.	Destrezas para desarrollar tareas de la vida cotidiana que debido a la presencia de la enfermedad renal crónica sufren un cambio y pasan por un proceso de adaptación.	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Movilización • Eliminación 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
		Conocimientos para realizar acciones de autocuidado	Resultado del proceso de aprendizaje por el que pasa la persona con enfermedad renal crónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento. • Asistencia al control médico periódico. • Sensibilización • Prevención. 	

Variable: Calidad de Vida	La calidad de vida es la combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a	Dominio Físico	Alteración de la salud que limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Energía y fatiga. • Movilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saludable • Poco Saludable • No Saludable
	la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte de valores, aspiraciones y las expectativas personales de cada uno.	Dominio Psicológico	Alteración de la salud que produce cambios en el estado de ánimo y frente al cual hay un afrontamiento ante aspectos negativos de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos positivos. • Sentimientos negativos. Autoestima. 	

5.8.-PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar la información requerida para realizar el estudio se hará uso de la técnica de encuesta, la cual permitirá obtener información de los sujetos de estudio.

El instrumento que se utilizará es el cuestionario, el cual será destinado a obtener respuestas sobre el problema de estudio.

5.9.- PLAN DE TABULACIÓN

Los instrumentos que se usarán nos permitirán organizar la información teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y culturales que presenta cada paciente que forme parte del estudio.

El instrumento que se usará para autocuidado es: “VALORACION DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE”, el cual ha sido adaptado al presente proyecto de investigación de una tesis en enfermería que lleva por título “Capacidad de autocuidado en pacientes que asisten al programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital II Essalud Tarapoto junio-setiembre 2012”, cuyos autores son Paolo acuña y Jesús kugkumas, Se utilizó como instrumento: La Valoración de Capacidad de autocuidado. La cual fue clasificada en: Alto, Medio y Bajo. Los resultados fueron: En la capacidad de autocuidado el 50% muestra nivel alto, el 37.5 % presenta nivel medio y el 12.5 % presenta nivel bajo, en las habilidades para realizar las actividades de la vida diaria el 69 % muestra un nivel alto, el 19 % presenta un nivel medio y el 12% un nivel bajo y en conocimientos para realizar actividades de autocuidado frente a la enfermedad el 47 % muestra nivel alto, el 28 % un nivel bajo, y el 25 % un nivel medio, concluyéndose que los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida diaria y en conocimientos para hacer frente a la enfermedad.

El presente instrumento será sometido a juicios de expertos para su validación, consta de 19 preguntas en las que se usará la escala de Likert y se buscará identificar nivel de autocuidado de los pacientes.

El instrumento que se usará para calidad de vida es: “ESTADO DE SALUD”, El cuestionario de salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de diversas enfermedades.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 24 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 24 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: dimensión física y dimensión psicológica.

El cuestionario fue empleado entre diciembre 2013 - febrero 2014 a Pacientes con Enfermedad Renal Crónica inscritos dentro del programa de hemodiálisis en la red de

Essalud Piura que son atendidos en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado.

Ambos cuestionarios a los que se hace referencia serán validados realizando la validez y confiabilidad pues la realidad en la que fueron puestos a prueba fue distinta a la del presente estudio, así mismo el tipo de pacientes en los que se aplicó presentaron diferentes características.

5.10.-ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos serán de acuerdo a la escala para las variables a estudiar, en este caso la escala que se utilizará es la ordinal.

Para el análisis matemático se hará uso de la estadística apoyándonos en la correlación de Spearman, ya que esta prueba buscará analizar la relación entre dos variables que usan la escala ordinal.

Se establecerá la correlación de las variables a través de la correlación negativa perfecta (-1), ninguna correlación (0), correlación positiva perfecta (+1)

CAPÍTULO VI

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1.- PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios fundamentales y universales de la ética que serán puestos en práctica en la presente investigación serán:

El principio de Justicia:

Prohíbe exponer a riesgos a un grupo para beneficiar a otro, buscando siempre la equidad durante el desarrollo de la investigación.

El principio de beneficencia:

El cual convierte al investigador en el responsable del bienestar físico, mental y social del paciente buscando por sobre todo su bienestar.

El principio de no maleficencia:

Implica no hacer daño o reducirlos al mínimo, el paciente no resultará perjudicado en ningún momento de la investigación.

6.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de la universidad (Anexo N° 01)

6.3.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES / SEMANAS	<u>Marzo 2016</u>				<u>Abril 2016</u>		<u>Mayo 2016</u>				<u>Junio 2016</u>				<u>Agosto 2016</u>				<u>Noviembre 2016</u>				<u>Diciembre 2016</u>				<u>Enero 2017</u>			
	1	2	3	4	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES																														
1.-Planteamiento del problema	X	X	X	X	X	X	X	X	X																					
2.-Propósito y objetivos									X	X	X	X																		
3.- Marco teórico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4.-Hipótesis, variables, operacionalización de variables												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
5.- Material y método																		X	X	X	X	X	X	X						
6.-Consideraciones éticas y administrativas																								X	X	X	X	X		

6.4.- PRESUPUESTO

MATERIAL	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
AUTORES				
Morán Valerio, Carmen.			600.00	600.00
Zapata Cancho, Raúl.			600.00	600.00
				1200.00
Asesora.			400.00	400.00
Apoyo Estadístico.			300.00	300.00
MATERIALES DE ESCRITORIO				
- Hojas bond	700	Unidad.	0.10	70.00
- Impresiones:				
✓ Impresiones de antecedentes de estudio.	100	Unidad.	0.20	20.00
✓ Impresiones de base teórica.	50	Unidad.	0.20	10.00
✓ Impresiones de marco conceptual.	150	Unidad.	0.20	30.00
✓ Impresiones de avances del proyecto.	200	Unidad.	0.20	40.00
- Lapiceros.	6	Unidad.	1.00	6.00
- Corrector.	2	Unidad.	3.00	3.00
- Lápiz.	4	Unidad.	1.50	6.00
- Borrador.	2	Unidad.	1.00	2.00
- Regla.	1	Unidad.	1.50	1.50
- Resaltador.	2	Unidad.	3.00	6.00
- Folder A4 plastificado.	1	Unidad.	4.50	4.50
- Perforador.	1	Unidad.	6.00	6.00
				205.00
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				
- Copias:				
✓ Separatas de Teoría de apoyo.	50	Unidad.	0.10	5.00
✓ Separatas sobre investigación.	300	Unidad.	0.10	30.00
✓ Separatas sobre autocuidado y calidad de vida.	300	Unidad.	0.10	30.00
				65.00
MATERIAL INFORMÁTICO				
- USB 4GB.	1	Unidad.	25.00	25.00
				25.00
SERVICIOS				
- Acceso a internet.	150	Horas	1.00	150.00
- Transporte.	100	Unidad de pasaje.	3.00	300.00
- Refrigerios.	15	Unidad por persona.	4.00	60.00
				510.00
SUBTOTAL				2705.00
IMPREVISTOS (10%)				270.50
TOTAL				2975.50

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carrillo A, Ana J, (2015). Tesis: “El propósito del estudio es conocer el conocimiento que tienen sobre la enfermedad, las acciones de autocuidado y calidad de vida. Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal”, Enfermería Nefrológica: Enero-Marzo.
2. Flores JC, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2014 Feb. 23]; 137(1):137-177.
3. Hurtado, Abdías A, 1ra Conferencia sobre la Enfermedad Renal en Poblaciones en Desventaja en el Cono Sur Latinoamericano Programa de prevención y detección temprana de enfermedad renal crónica en Perú Servicio de Nefrología, Hospital Arzobispo Loayza Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima – Perú [fecha de acceso 20 mayo 2011].
4. Arquínigo G, (2007), Tesis “Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud” Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú 2012.
5. Pereda C, (2010), Programa de Prevención de Enfermedad Renal Crónica en Perú Centro Nacional de Salud Renal-EsSalud, Sociedad Peruana de Nefrología. I CONFERENCIA SOBRE ENFERMEDAD RENAL EN POBLACIONES EN DESVENTAJA EN EL CONO SUR LATINOAMERICANO.
6. Delgado de Bravo, M. y Failache, S. (1993). El concepto de Calidad de Vida: Una revisión de su alcance y contenido. Revista Geográfica Venezolana, N 34.
7. Zúñiga Carlos, Dapuzo Juan, Müller Hans, Kirsten Lilian, Raquel Alid, Ortiz Liliana (2009), Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica, Revista Médica. Chile, 137; 200 - 207
8. Fernández Burga, Lila Yanabel (Sor), Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento en el autocuidado en pacientes con hemodiálisis por catéter venoso central del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Lima – 2011, Pg. 3
9. Jenny Forero Villalobos, Silvia Barrios Araya (2016) Rol de enfermería en la consulta de pre diálisis en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada Enfermería Nefrológica, Pag.77 - 86
10. Costa, Gabrielle Morais Arruda, Pinheiro, Maria Berenice, Gomes Nascimento, “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis – julio 2016”, Pg. 67, 68.

11. Francisco Javier Bonilla León (2014) Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad?, Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba, Pg. 1 – 12
12. Ana Julia Carrillo Algarra, Celmira Laza Vásquez, José Ángel Molina Jerena, Estudio documental (2006-2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica, Enfermería Nefrológica 2013: Julio-Septiembre; 16: 185 – 192
13. Montalvo Roel Isabel. Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la Aplicación de Diálisis como tratamiento en el Perú. Informe Temático N°07/2012-2013, Área de Servicios de Investigación. Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria. Lima. 2012.
14. Arleth Herrera (2012) Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena, Págs. 10 - 25
15. Sánchez Guzmán Jorge Alexander (2014), "Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014"
16. Acuña García Paolo Cesar, Jesús Never Kugkumas Katip. (2012), "Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria".
17. Barros Higgins Liliana, Herazo Beltrán Yaneth, Aroca Martínez Gustavo (2015) "Calidad relacionado con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica".
18. Gómez Hernández Deycer (2014), "Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis".
19. Carrillo Algarra Ana Julia, Díaz Flor Janeth (2013) "Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá".
20. Benavent A, Ferrer E, Frasco C. Fundamentos de Enfermería. Impreso en Barcelona España por grafos S.A, 2012.
21. Raile, M, & Marriner, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería (séptima edición ed.). Barcelona, España: EdiDe S.L
22. Gloria Fernández-Mayoralas y Fermina Rojo Pérez (2005) "Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación" - Universitat de les Illes Balears: Núm. 5, pp. 117-135.
23. Alfonso Urzúa M. (2010) Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales - Rev Med Chile; 138: 358-365

24. Miguel A. Ruiz y Antonio Pardo (2005) Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica; Pag. 31 – 41.
25. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación – Cuarta Edición. Pg. 5, 105, 205, 208, 241, 310
- 26 .Sociedad Española de Enfermería Nefrológica Rol de enfermería en la consulta de pre diálisis en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada Enfermería Nefrológica vol.19 no.1 Madrid ene./mar. 2016

ANEXOS

Anexo N° 02

EL INSTRUMENTO DE AUTOCUIDADO

VALORACION DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE

El presente instrumento tiene por objetivo determinar el autocuidado que tiene el paciente con enfermedad renal crónica frente a actividades de la vida diaria, y frente a la enfermedad.

INSTRUCCIONES: Presentamos el Instrumento de Valoración que contiene:

1. Valoración de Habilidades al realizar actividades de la vida cotidiana que evalúa 5 actividades básicas de la vida diaria: Alimentación, higiene, eliminación, movilización y vestido.
2. Valoración del nivel de conocimiento al realizar acciones de autocuidado para hacer frente a la enfermedad. Se considera 3 indicadores: Frente al conocimiento sobre la dieta, en la administración de medicación prescrita, en la asistencia al control de enfermería.

A Continuación se presenta la definición de términos que se utilizarán para clasificar la capacidad de autocuidado del paciente:

- a) **SI.** No necesita ayuda, humana, ni vigilancia: Cuando el paciente no requiere intervención, ayuda de otra persona, ni vigilancia para realizar la actividad.
- b) **CON AYUDA.** Necesita ayuda parcial, requiere ayuda o intervención de otra persona para realizar alguna acción o solo vigilancia
- c) **NO.** Necesita ayuda total, requiere ayuda total de otra persona, para realizar la actividad, su colaboración es mínima.

ITEMS	SI	CON AYUDA	NO
Higiene			
1. ¿Puede mantener su higiene solo?			
2. ¿Puede proporcionarse los utensilios para su higiene?			
Alimentación			
3. ¿Prepara sus alimentos y/o se alimenta solo?			
4. ¿Puede masticar y tragar?			
Eliminación			
5. ¿Puede miccionar (orinar) sin ayuda?			
6. ¿Puede defecar sin dificultad?			
Movilización			
7. ¿Puede moverse solo?			
8. ¿Sale solo de casa y pasea por la calle?			
Vestido			
9. ¿Puede vestirse y desvestirse solo?			
10. ¿Puede arreglarse solo?			

Marque la alternativa correcta:

DIETA

1. Considera los requisitos de una dieta equilibrada.
 - a) Está basado en frutas y verduras.
 - b) Contiene todos los grupos de alimentos (carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales) y en cantidades adecuadas.
 - c) Que sea de poca cantidad.
 - d) Comer bien y beber abundante líquido.

2. ¿Cuáles son los beneficios de una dieta hiposódica (bajo en sal).
 - a) Permite controlar la presión arterial.
 - b) Permite controlar la ganancia de peso.
 - c) Previene el aumento de los niveles de triglicéridos.
 - d) No conoce.

3. Identifique los alimentos con alto contenido de albumina.
 - a) Pescado.
 - b) Cereales.
 - c) Clara de huevo.
 - d) Derivados de la leche.

4. Identifique los alimentos con alto contenido de potasio.
 - a) Frutos secos (almendra, maní), leche, hortalizas.
 - b) Cítricos.
 - c) Tubérculos.
 - d) Pescado.

MEDICACIÓN

5. ¿Cuáles son los medicamentos que corrigen la hipertensión arterial?
 - a) Hipotensores. Ejemplo (Losartan, Nifedipino, Amlodipino, etc).
 - b) Heparina.
 - c) Ciprofloxacino.
 - d) Glibenclamida.

6. ¿Cuáles son los medicamentos que controlan la glicemia (azúcar en sangre)?
 - a) Antidiabéticos. Ejemplo (Metformina, Glibenclamida, Insulina, etc).
 - b) Ceftriaxona.
 - c) Vancomicina.
 - d) Atenolol.

ASISTENCIA AL CONTROL DE ENFERMERÍA.

8. ¿Con qué objetivo asiste Ud. al control de enfermería?
 - a) Para recibir orientación sobre los cuidados e informar la aparición de signos y síntomas de posibles complicaciones.
 - b) Me voy sólo para insumos.

- c) Me voy a curarme de los riñones.
- d) Me voy sólo a recibir medicamentos.

9. ¿Sabe cuándo es su próxima cita?

- a) Si.
- b) No.

Instrumento original de la tesis: Capacidad de autocuidado en pacientes que asisten al programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital II Essalud Tarapoto junio - setiembre de 2012, siendo los autores: Paolo Cesar Acuña García, Jesús Never Kugkumas Katip, usado con el permiso del autor y adaptado a la presente investigación.

Anexo N° 03

INSTRUMENTO: CALIDAD DE VIDA

ESTADO DE SALUD

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su estado de salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. No deje preguntas sin responder.

	Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
1.-En general usted diría que su salud es:					
2.- Comparando su salud con la un año atrás, ¿Cómo diría Ud. que en general, está su salud ahora?					

Las siguientes actividades son las que haría usted en un día normal ¿Su estado de salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita?

Actividades	Sí, muy limitada	Sí, un poco limitada	No, no limitada
3.-Esfuerzos intensos; correr, levantar objetos pesados o participación en deportes que requieran gran esfuerzo.			
4.-Esfuerzos moderados, barrer, usar la aspiradora, caminar más de una hora.			
5.-Levantar la bolsa de compras.			
6.-Subir varios pisos por las escaleras.			
7.-Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
8.-Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
9.-Caminar varias cuadras			
10.- Caminar una sola cuadra.			
11.- Bañarse o vestirse.			

Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en sus actividades diarias a causa de su salud física?

Actividades	Siempre.	La mayor parte del tiempo.	Algunas Veces.	Pocas Veces.	Nunca.
12.-Redujo la cantidad de tiempo dedicada a alguna actividad.					
13.-Hizo menos de lo que le hubiese gustado hacer.					
14.- Estuvo limitado en alguna actividad.					
15.-Tuvo dificultad para realizar alguna actividad.					

Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes. Responda todas las preguntas con la repuesta que mejor indique su estado de ánimo. Cuánto tiempo durante el último mes.

Actividades	Siempre.	Casi todo el Tiempo.	Un Poco.	Muy Poco Tiempo.	Nunca.
16.- ¿Se sintió muy ansioso?					
17.- ¿Estuvo muy nervioso?					
18.- ¿Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
19.- ¿Se sintió tranquilo y calmado?					
20.- ¿Se sintió con mucha energía?					
21.- ¿Se sintió desanimado y triste?					
22.- ¿Se sintió agotado?					
23.- ¿Se sintió una persona feliz?					
24.- ¿Se sintió cansado?					

Instrumento original de la tesis: Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en el hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014, siendo el autor Jorge Alexander Sánchez Guzmán, usado con permiso del autor y adaptado a la presente investigación.