



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 21 Junio 2017

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Joselinne De Jesús Blanco Ochoa, con C.C. No. 1.048.282.947,

_____, con C.C. No. _____,

_____, con C.C. No. _____,

_____, con C.C. No. _____,

autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o titulado Capacidad de autocuidado de las personas con insuficiencia renal crónica en diálisis, Florencia 2017.

presentado y aprobado en el año 2017 como requisito para optar al título de

Especialización en Enfermería Nefrológica y Urológica;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Capacidad de autocuidado de las personas con insuficiencia renal crónica en diálisis, Florencia 2017

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Blanco Ochoa	Joselinne De Jesús

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Cantillo Medina	Claudia Patricia

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Especialista en enfermería Nefrológica y Urológica.

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Especialización en enfermería Nefrológica y Urológica.

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2017

NÚMERO DE PÁGINAS:42

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___
Tablas o Cuadros_ **X**

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

Vigilada mieducación



CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 4
--------	--------------	---------	---	----------	------	--------	--------

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>inglés</u>
1. Autocuidado	Self – care
2. Atención de Enfermería	Nursing care
3. Insuficiencia Renal Crónica	Chronic Renal Failure
4. Teoría de Enfermería	Nursing theory

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Objetivo: “Medir la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis, así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas, con el fin de obtener una línea base que oriente su fortalecimiento e impacte positivamente en la calidad de vida”.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, no probabilístico por conveniencia, la población estuvo conformada por 111 personas con IRC en diálisis; 101 en hemodiálisis y 10 en diálisis peritoneal. Se utilizaron los instrumentos “Caracterización Sociodemográfica y Clínica” y “Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso”. Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel 2016 y se procesaron en el software estadístico SPSS 23.

Resultados:

Los participantes presentaron niveles de capacidad de agencia de autocuidado alta y media (80,2% y 19,8%); se evidenció relación de la capacidad de autocuidado con las variables edad y percepción del estado de salud; ratificando lo planteado por Orem.

Además, los resultados mostraron un nivel de significación estadística entre el tratamiento nutricional, los aspectos relacionados al tratamiento farmacológico y no farmacológico con la capacidad de agencia de autocuidado al presentar valores de $p = < 0.05$.



Conclusiones: La capacidad de agencia de autocuidado de las personas en diálisis se caracterizó por estar entre los niveles de **alta y media capacidad**, sin embargo, se requiere de intervenciones del profesional de Enfermería y del equipo de salud, basadas en las necesidades individuales de la persona en diálisis, para mantener y mejorar su capacidad de agencia de autocuidado.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Objective: "Measuring the self-care capacity of people with Chronic Renal Failure in dialysis, in the same way as their relation with the sociodemographic and clinical characteristics, in order to obtain a base line that guides their strengthening and impacts positively in their life quality"

Methodology: A quantitative, descriptive, cross-sectional, non-probabilistic for convenience study, the population consisted of 111 people with CRF in dialysis; 101 in hemodialysis (HD) and 10 on peritoneal dialysis (PD). The instruments "Sociodemographic and Clinical Characterization" and "Self-Care Agency Capacity in the Hypertensive Patient" .The data were entered into an array created in Microsoft Excel 2016 and processed in the SPSS 23 statistical software.

Results:

Participants presented levels of high and medium self-care agency capacity (80.2% and 19.8%); It was evidenced a relation of the capacity of self-care with the variables age and perception of the state of health; Ratifying what was raised by Orem.

In addition, the results showed a level of statistical significance between the nutritional treatment, aspects related to pharmacological and non-pharmacological treatment with self-care agency capacity when presenting values of $p = <0.05$.

Conclusions: The self-care capacity of people in dialysis was characterized by being between the high and medium capacity levels, however, interventions of the nursing professional and of the health equipment are required, based on the individual needs of the Person in dialysis, to maintain and improve his/her capacity of a self-care agency

Key words:

Self – care, Nursing care, Chronic Renal Failure, Nursing theory (Bireme Decs, MeSH)



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	4 de 4
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Brayant Andrade Méndez

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS, FLORENCIA 2017

JOSELINNE DE JESÚS BLANCO OCHOA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA Y UROLÓGICA
NEIVA
2017

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS, FLORENCIA 2017

JOSELINNE DE JESÚS BLANCO OCHOA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Especialista en
Enfermería Nefrológica y Urológica

Asesora

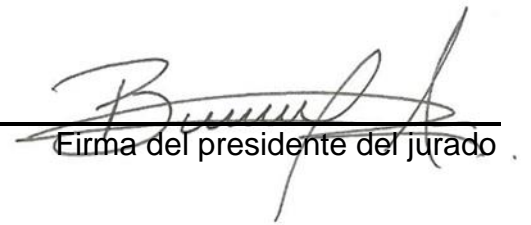
CLAUDIA PATRICIA CANTILLO MEDINA

Magister en Enfermería con énfasis en la atención del adulto y el anciano
Especialista en Enfermería Nefrológica y Urológica

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA Y UROLÓGICA
NEIVA
2017

Nota de aceptación:

Aprobado mediante Acta No. 001 del
9 de junio de 2017



Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, junio del 2017.

DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza, salud, sabiduría y luz para andar este camino, por poner en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía en este proceso y por permitirme concluir con éxito esta etapa de mi vida.

A mi madre Glenys Ochoa Morales por haberme dado la vida, por sembrar en mí la semilla de la perseverancia fundamental para culminar esta especialización.

A mi padre Donaldo Blanco Domínguez que con su frase célebre “la educación es la mejor herencia que le podemos dejar a nuestros hijos” siempre tuvo una palabra de motivación para que pudiera sacar adelante este proyecto y verme llegar muy lejos.

A mis abuelos Hernán Ochoa y Rita Morales por quererme y llevarme siempre en sus oraciones, apoyo fundamental para este proceso.

A mis hermanos Hernán Blanco y María Blanco, por impulsarme a ser su ejemplo a seguir, gracias por apoyarme siempre desde la distancia.

A los señores Carlos Londoño y Marina Mogollón por su apoyo incondicional, siempre brindándome una voz de aliento para seguir adelante en esta etapa.

A mis amigos, especialmente a Jorge Forero; quienes me brindaron su apoyo y compañía durante este tiempo, sin la cual no hubiese sido posible cumplir esta meta.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

A mi asesora Claudia Patricia Cantillo Medina por su apoyo, paciencia, colaboración, tiempo, dedicación y palabras de motivación que no me dejaron desfallecer durante el desarrollo de la especialización.

A la Universidad Surcolombiana y Especialización en Enfermería Nefrológica y Urológica por acogerme y darme la oportunidad de crecer profesional y personalmente.

A la Clínica Medilaser Florencia quienes creyeron en esta investigación sirviendo como puente para el desarrollo de esta iniciativa.

A las personas en diálisis que colaboraron incondicionalmente en este proceso siendo ellos los sujetos clave de la investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	17
1.1 Planteamiento de la pregunta o problema de investigación y su justificación	17
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. MARCO REFERENCIAL	24
4.1 ANTECEDENTES	24
4.2 MARCO CONCEPTUAL	28
4.2.1 Definición Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	28
4.2.2 Factores de Riesgo de IRC	28
4.2.3 Terapias de Reemplazo Renal (TRR)	29
4.3 MARCO TEORICO	31
4.3.1 Modelo Teórico de Dorothea Orem	31
4.3.1 Metaparadigmas desarrollados en la Teoría	34
4.3.2 Afirmaciones Teóricas	35
5. METODOLOGÍA	37
5.1 Diseño y justificación del diseño	37
5.2 Universo, población y muestra del estudio	37
5.3 Criterios de inclusión y exclusión	37
5.4 Descripción de la ejecución del estudio de investigación	38
5.4.1 Descripción de los participantes	38
5.4.2 Descripción de actividades para recolección de datos	38
5.4.3 Determinación del lugar y tiempo	38
5.4.4 Rol del investigador	38
5.5 Consideraciones Éticas	39
5.6 Descripción de los Instrumentos	39
5.7 Análisis	40

	Pag.
6. RESULTADOS	41
6.1 Características sociodemográficas de la población de estudio:	41
6.2 Características clínicas de la población de estudio	43
6.3 Capacidad de autocuidado en la población de estudio	44
7. DISCUSIÓN	48
8. CONCLUSIONES	52
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población de estudio	41
Tabla 2. Características clínicas de la población de estudio	43
Tabla 3. Capacidad de autocuidado en asociación con las características sociodemográficas y clínicas de las personas en diálisis	45
Tabla 4. Capacidad de autocuidado de las personas en diálisis en relación con el tratamiento nutricional	45
Tabla 5. Capacidad de autocuidado de las personas en diálisis en relación con el tratamiento farmacológico y no farmacológico	46

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Capacidad de autocuidado en asociación con las características sociodemográficas	44

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en enfermería	57
Anexo 2. Instrumento para medición de las características sociodemográficas y variables clínicas de los pacientes en terapia de reemplazo renal de la unidad renal clínica Medilaser sucursal Florencia.	60
Anexo 3. Cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado en el paciente Hipertenso	64

RESUMEN

Introducción: Potenciar la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en diálisis es fundamental en su día a día, es un proceso dinámico que demanda la aplicación de la teoría de Orem, la cual promueve el empoderamiento en la toma de decisiones adecuadas sobre lo que puede y debe hacer con relación a su situación, limitación y requerimiento personal.

Objetivo: “Medir la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis, así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas, con el fin de obtener una línea base que oriente su fortalecimiento e impacte positivamente en la calidad de vida”.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, no probabilístico por conveniencia, la población estuvo conformada por 111 personas con IRC en diálisis; 101 en hemodiálisis (HD) y 10 en diálisis peritoneal (DP). Se utilizaron los instrumentos “Caracterización Sociodemográfica y Clínica” y “Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso”, constituido por 17 ítems que determinan la capacidad global de agencia de autocuidado, con una escala sumativa tipo Likert, que determinan los rangos para evaluar el grado de capacidad de autocuidado. Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel 2016 y se procesaron en el software estadístico SPSS 23.

Resultados: Los participantes presentaron niveles de capacidad de agencia de autocuidado alta y media (80,2% y 19,8%); se evidenció relación de la capacidad de autocuidado con las variables edad y percepción del estado de salud; ratificando lo planteado por Orem.

Además los resultados mostraron un nivel de significación estadística entre el tratamiento nutricional, los aspectos relacionados al tratamiento farmacológico y no farmacológico con la capacidad de agencia de autocuidado al presentar valores de $p = < 0.05$.

Conclusiones: La capacidad de agencia de autocuidado de las personas en diálisis se caracterizó por estar entre los niveles de **alta y media capacidad**, sin embargo, se requiere de intervenciones del profesional de Enfermería y del equipo de salud, basadas en las necesidades individuales de la persona en diálisis, para mantener y mejorar su capacidad de agencia de autocuidado.

Palabras clave: Autocuidado, Atención de Enfermería, Insuficiencia Renal Crónica, Teoría de Enfermería, (Bireme DeCs, MeSH)

ABSTRACT

Introduction: Upgrading the self-care capacity of people with Chronic Renal Failure (CRF) in dialysis is fundamental in their day by day, it is a dynamic process that demands the enforcement of Orem's theory which promotes the empowerment in adequate decision making about what can be done and must be done in relation to their situation, limitation and personal requirement.

Objective: "measuring the self-care capacity of people with Chronic Renal Failure in dialysis, in the same way as their relation with the sociodemographic and clinical characteristics, in order to obtain a base line that guides their strengthening and impacts positively in their life quality"

Methodology: A quantitative, descriptive, cross-sectional, non-probabilistic for convenience study, the population consisted of 111 people with CRF in dialysis; 101 in hemodialysis (HD) and 10 on peritoneal dialysis (PD). The instruments "Sociodemographic and Clinical Characterization" and "Self-Care Agency Capacity in the Hypertensive Patient" were used, consisting of 17 items that determine the global self-care agency capacity with a Likert-type summative scale that determines the ranges to evaluate the degree of self-care capacity. The data were entered into an array created in Microsoft Excel 2016 and processed in the SPSS 23 statistical software.

Results: Participants presented levels of high and medium self-care agency capacity (80.2% and 19.8%); It was evidenced a relation of the capacity of self-care with the variables age and perception of the state of health; Ratifying what was raised by Orem.

In addition, the results showed a level of statistical significance between the nutritional treatment, aspects related to pharmacological and non-pharmacological treatment with self-care agency capacity when presenting values of $p = <0.05$.

Conclusions: The self-care capacity of people in dialysis was characterized by being between the high and medium capacity levels, however, interventions of the nursing professional and of the health equipment are required, based on the individual needs of the Person in dialysis, to maintain and improve his/her capacity of a self-care agency

Key words: Self – care, Nursing care, Chronic Renal Failure, Nursing theory
(Bireme Decs, MeSH)

INTRODUCCION

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una condición que afecta de manera integral al ser humano; definida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, como enfermedad catastrófica y de alto costo por el gran impacto biopsicosocial y económico (prevalencia de 7.4% a 18.0% y 24.2% con el progreso en la edad y un incremento de la tasa anual de mortalidad a 16,3 por cada 100.000¹, cerca de un 10% de la población afectada, ocasionando a los sistemas de salud casi un 3% del gasto sanitario total², situación que demanda intervenciones coordinadas del equipo de salud para garantizar mejores desenlaces, los cuales son medidos a través de la calidad en la prevención.

La persona con IRC en diálisis debe realizar importantes cambios en su estilo de vida y autocuidado para mantener su homeostasis, controlar los factores de riesgo del proceso salud- enfermedad, aumentar los beneficios de la terapia, además garantizar su efectividad y seguridad; en este orden de ideas se puede citar uno de los objetivos específicos del cuidado de Enfermería: potenciar los autocuidados y la autonomía del paciente².

Dorotea Orem en su Teoría de autocuidado lo define como: “Una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas, o deben de haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El auto-cuidado es un sistema de acción”³.

La capacidad de autocuidado que deben asumir las personas con IRC en tratamiento dialítico es fundamental en su día a día, debe ser un proceso de participación dinámico donde la persona tome decisiones sobre lo que puede y debe hacer con relación a su situación, limitación y requerimiento personal.

La esencia de la Enfermería es el cuidado del ser humano y en el ejercicio de esta responsabilidad su compromiso a través de la relación enfermero paciente, es promover acciones de autocuidado³ por lo cual, es necesario conocer la capacidad de autocuidado que posee la persona con IRC, para así generar planes de atención que lo potencialicen.

Por consiguiente, en el cuidado de la salud desde la disciplina de la Enfermería es necesario fortalecer y crear aportes investigativos dentro de la Teoría del déficit de autocuidado de la enfermera Dorotea Orem, donde el conocer la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica es importante para

atender sus necesidades de intervención en los factores de riesgo que pueden originar complicaciones y así garantizar su gestión oportuna.

Si las personas adquieren conocimiento y habilidades que integren aspectos físicos, emocionales y sociales para su adecuado control, se espera impactar su calidad de vida, la de sus familias ⁴ y contribuir en la reducción y contención de costos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Por lo tanto, se realizó esta investigación con el objetivo de conocer la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis, en una unidad renal de Florencia, con el fin de obtener una línea base que oriente su fortalecimiento e impacte positivamente en la calidad de vida de estas personas y sus cuidadores.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN

La prevalencia a nivel mundial de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en la población en general está entre el 11% y el 13%, con tendencia al aumento, asociada al envejecimiento, en un 22% en mayores de 64 años y 40% en mayores de 80 años; ² la gran mayoría de estos pacientes son pluripatológicos y crónicos complejos en su cuidado y tratamiento.

En España, el estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España), estimó que aproximadamente el 10% de la población adulta sufría de algún grado de IRC ⁵.

El aumento de prevalencia de la ERC está dada también por el incremento de la prevalencia de sus factores de riesgo como: la Enfermedad Cardiovascular, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial o la Obesidad y, obviamente, por el diagnóstico precoz de la misma. En Estados Unidos datos del United States Renal Data System (USRDS) publicó la posibilidad de duplicar la población con ERC en una década. En Europa, donde la incidencia de la ERC es claramente inferior a la de los EEUU, se ha detectado un incremento anual cercano al 5% ⁶.

Se estima que el 40% de la población española con Insuficiencia renal oculta (no diagnosticada) fallecerá, principalmente de problemas cardiovasculares, antes de entrar en un programa de diálisis. Por tanto, estos pacientes tienen más probabilidades de morir por una complicación secundaria a la IRC que de entrar en un programa de diálisis ². La supervivencia global evaluada para los pacientes en diálisis es de un 12,9% a los diez años, a pesar de los avances técnicos del tratamiento. Ello es debido presumiblemente al hecho de que el 50% tiene una media de tres factores de riesgo cardiovascular y una gran comorbilidad asociada. Por todos estos motivos se acepta hoy que la IRC constituye una de las principales causas de muerte en el mundo occidental.

Por su creciente prevalencia, morbimortalidad cardiovascular, infradiagnóstico, costos económicos e impacto psicosocial sobre la persona, su entorno familiar y social ^{7, 10}; ha sido definida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, como una enfermedad catastrófica y de alto costo pues presenta un impacto social y económico (casi un 10% de la población afectada y 3% del gasto sanitario total) muy elevado ^{1, 2, 7, 10}, que demanda intervenciones coordinadas del equipo de salud que garanticen mejores desenlaces.

Según datos estadísticos establecidos en el Informe de Cuenta de Alto Costo 2015, sobre la situación actual de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) o ERC en estadio 5, o Insuficiencia Renal, en Colombia se presenta una prevalencia de 61.62 por cada cien mil habitantes, los casos se han incrementado paulatinamente; en el 2014 se reportaron 29314 y la diferencia con el número del año anterior fue de 434, con una tasa de mortalidad general de 28.19 por cada cien mil afiliados en el año 2014 ¹.

Ante la magnitud de la situación planteada y gracias a los continuos avances científicos y tecnológicos, cuando a la persona se le diagnostica Insuficiencia Renal debe someterse a una terapia de sustitución renal (TSR), hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) o trasplante renal para restablecer y mantener la estabilidad de su organismo, controlar los síntomas urémicos y prolongar su vida, dentro de los límites que admiten las condiciones físicas, psicológicas y sociales para mejorar su situación.

Teniendo en cuenta la complejidad del tratamiento dialítico y su gran impacto sobre la vida del ser humano, es importante destacar que para que estas terapias sean efectivas y seguras, las personas deben realizar importantes cambios en su estilo de vida (dieta, control metabólico, ingesta de sodio, ingesta de líquidos, tomar medicamentos, cuidado con el acceso para diálisis, actividad física, realización de diálisis peritoneal para las personas en esta terapia y manejo del estrés) para controlar de manera adecuada los factores de riesgos que pueden ocasionar complicaciones mayores.

Aquí es donde el autocuidado se convierte en el pilar fundamental del manejo de la ERCT, se hace necesaria la promoción de acciones que permitan a la persona realizar o cambiar una serie de comportamientos para el control efectivo de su proceso salud-enfermedad, por esta razón resulta pertinente medir la capacidad que tiene el individuo para comprometerse con su propio cuidado, la adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, con el fin de determinar las intervenciones de Enfermería necesarias en la gestión efectiva del cuidado de su salud.

Dorotea Orem en su Teoría de autocuidado lo define como: “Una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben de haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción” ³.

Y su teoría de déficit de autocuidado como: “Las limitaciones de las personas a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto-cuidado o requieren de un cuidado dependiente, determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. El déficit del auto-cuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado ³.

La IRC constituye un factor de riesgo cardiovascular independiente y ante la magnitud de la situación planteada en el cuidado de la salud desde la disciplina de la Enfermería es necesario fortalecer y crear aportes investigativos dentro de la Teoría del déficit de autocuidado de la enfermera Dorotea Orem, donde el conocer la capacidad de autocuidado de las personas con IRCT es importante para atender sus necesidades de intervención en los factores de riesgo que pueden originar complicaciones y así garantizar su gestión oportuna.

Si las personas adquieren el conocimiento suficiente, adecuado e individualizado, donde se integren aspectos físicos, emocionales y sociales, se espera promover acciones del cuidado de su propia salud.

La esencia de la Enfermería es el cuidado del ser humano y en el ejercicio de esta responsabilidad se deben contemplar una serie de dimensiones como valores, conocimientos, dedicación, relaciones éticas y morales, las cuales a través de la relación enfermero paciente se permite brindar cuidado.

La Clínica Medilaser es una institución que presta servicios de alta complejidad, dentro los cuales se encuentra la unidad renal , que atiende una población de 101 personas en HD y 10 en DP. Algunas de las problemáticas que afectan a esta población son las múltiples complicaciones asociadas al tratamiento, a la comorbilidad de la enfermedad y al comportamiento de las personas; aspectos que influyen de manera significativa en su salud como: edema pulmonar, derrame pleural, crisis hipertensivas, anasarca, desequilibrios hidroelectrolíticos, hiperglicemia, hipoglicemia, acidosis metabólica, hiperkalemia, hiperfosfatemia, peritonitis, infección del acceso peritoneal y vascular, eventos cerebrovasculares; que conllevan a hospitalizaciones y en algunos casos la muerte. Por lo tanto, es importante medir en esta población su capacidad de autocuidado, para dirigir la atención en los aspectos específicos que le permitan a las personas en diálisis, compensar el déficit de autocuidado para impactar su calidad de vida, la de sus familias de manera paralela y directa contribuir en la reducción y contención de costos del SGSSS con la disminución de complicaciones prevenibles con actividades de gestión del autocuidado.

En relacion a lo anteriormente mencionado se identificó, ¿Cuál es la Capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis en la Clínica Medilaser sucursal Florencia durante el año 2017?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Medir la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas, con el fin de obtener una línea base que oriente su fortalecimiento e impacte positivamente su calidad de vida, en la Clínica Medilaser sucursal Florencia durante el año 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las características sociodemográficas y clínicas de las personas en diálisis.
- Medir la capacidad de autocuidado en asociación con las características sociodemográficas y clínicas de las personas en diálisis.
- Determinar la capacidad de autocuidado de las personas en diálisis en relación con el tratamiento dialítico.
- Describir la capacidad de autocuidado de las personas en diálisis asociada al tratamiento nutricional
- Identificar la capacidad de autocuidado de las personas en diálisis concerniente al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

3. JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) constituye un problema de salud pública a nivel mundial y nacional dado que se produce un daño irreversible en el funcionamiento del riñón; lo cual conlleva a que la persona que presente esta patología sea tributaria de una terapia de sustitución renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante).¹

Es así, como las terapias de reemplazo renal (TRR) son de gran importancia en la vida de las personas que padecen esta enfermedad, aunque pueden resultar perturbadoras porque se requiere de cambios en los estilos de vida y adaptación, son la única salida para mantener el equilibrio en su salud. Sin embargo, estas terapias al transcurrir el tiempo pueden causar complicaciones y problemas, las cuales afectan su autocuidado y por consiguiente la adherencia al tratamiento.

En este contexto, es imprescindible que el profesional de Enfermería conozca la capacidad de autocuidado de las personas con IRCT, basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de la enfermera Dorotea Orem para así intervenir oportunamente en los factores de riesgo que afectan a estas personas; es una herramienta útil para la promoción de la salud y prevención de complicaciones que conllevan a un deterioro progresivo del mismo, creando estrategias para el fomento del autocuidado que mejoren su calidad de vida.

En la institución Clínica Medilaser – Florencia se han presentado múltiples complicaciones en las personas que reciben terapia de reemplazo renal relacionadas con su autocuidado como hipertensión arterial en diálisis, sobrecarga hídrica, infecciones en accesos vasculares, desequilibrio metabólico y otras. Además, se evidenció una situación preocupante en cuanto a la morbimortalidad relacionada con la terapia de reemplazo renal en la institución, debido a que durante el año 2016 se presentó una tasa bruta de mortalidad del 24,8%, la cual demandó a la institución estrategias adecuadas para el fomento y mantenimiento de la capacidad de autocuidado de las personas en diálisis.

El estudio permitió conocer la capacidad de autocuidado en relación con las características sociodemográficas y clínicas, el tratamiento dialítico, farmacológico, no farmacológico y nutricional de los personas en terapia de diálisis, para así gestionar oportunamente las necesidades detectadas.

Después de lo anterior expuesto, resulto novedoso y pertinente para el departamento del Caquetá y especialmente para Florencia este tipo de

investigación, pues no se han realizado investigaciones para medir la capacidad de autocuidado de las personas en terapia de remplazo renal y su relación con las características sociodemográficas y clínicas.

Fue viable porque la investigación contó con el permiso de la institución Clínica Medilaser Florencia, los recursos humanos (Enfermeros de la unidad renal, personas en tratamiento dialítico, un investigador estudiante de especialización de Enfermería Nefrológica y Urológica en la Universidad Surcolombiana, y una docente asesora de la Universidad Surcolombiana) y recursos materiales de papelería y equipo de cómputo.

Los resultados de la investigación permitirán, plantear y motivar el desarrollo de estrategias que favorezcan la gestión en la capacidad de autocuidado de las personas con diálisis, para garantizar un adecuado manejo del proceso salud enfermedad al disminuir las complicaciones adyacentes a esta condición, hacia una mejor calidad de vida y alivio de la carga económica.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda de estudios de investigación relacionados directamente con el tema.

Desde el 2007 a 2009 Julia Mauro, Juan et al., en la ciudad de Madrid (España), realizaron el estudio "*La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal*", el cual tuvo como objetivo analizar la situación laboral de las personas con IRC en función del TSR: hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal manual (DPCA), diálisis peritoneal automática (DPA) o trasplante (Tx) mediante un análisis descriptivo de la situación laboral de 243 pacientes renales de ambos sexos entre 16 y 64 años, que llevan a cabo TSR con HD, DPCA, DPA o Tx en 8 hospitales españoles. Encontrando que Sólo el 33,3 % de los pacientes con insuficiencia renal en edad laboral están trabajando. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de ocupados entre hombres (40,1%) y mujeres (22,9%), entre la edad media de los ocupados (43,5 años) y los no ocupados (49,6 años), y también en el tiempo medio de tratamiento de ocupados (4,8 años) y no ocupados (7,9 años). Por último, existen también diferencias en el porcentaje de ocupados en función del TSR consideradas, siendo el más elevado en los pacientes en DPA (47,8%), y el menor, el de los pacientes en HD (21,7%). Por lo anterior llegaron a la conclusión que la IRC y los TSR son un importante factor de incapacidad laboral. Los pacientes en activo optan mayoritariamente por un tratamiento de DPA; casi la mitad de los pacientes en DPA están trabajando, mientras que en HD apenas trabaja uno de cada cinco pacientes en edad laboral.⁷

En el 2013 Junque Jiménez, Anna et al., en la ciudad de Madrid (España), realizaron el estudio "*Resultados de un programa de ejercicio físico combinado con electroestimulación neuromuscular en pacientes en hemodiálisis*", donde se plantearon como objetivos: 1. Analizar el efecto de un programa de entrenamiento físico intradiálisis combinado con electroestimulación neuromuscular sobre la fuerza muscular y la capacidad funcional en pacientes en hemodiálisis. 2. Analizar la seguridad, eficacia y tolerancia de la electroestimulación neuromuscular en pacientes en hemodiálisis, quienes realizaron un programa completo de entrenamiento físico mediante balones medicinales, pesas, bandas elásticas y cicloergómetros combinado con electroestimulación neuromuscular en las primeras dos horas de hemodiálisis durante 12 semanas en un estudio prospectivo unicéntrico. Teniendo como resultado lo siguientes: 11 pacientes incluidos (55% mujeres). Edad media 67.6 años y 62.3 meses en hemodiálisis. Se observó una

mejoría significativa (*p<0.05) en la FEMQ*(13.7±8.1 vs 16.2±10.9kg), HG*(23.8±15.9 vs 25.1±15.9kg), STS10*(24.6±13.4 vs 20.1±10.1 seg) y 6MWT*(21%,332.6 vs 402.7 m). No observamos dolor muscular, rampas, hormigueos o calambres musculares relevantes en el cuestionario propio de electroestimulación. El grado medio de satisfacción (EVA) fue 9.4 puntos; obteniendo la siguiente conclusión: 1. El programa de entrenamiento físico intradiálisis combinado con electroestimulación neuromuscular mejoró la fuerza muscular y la capacidad funcional en nuestros pacientes en hemodiálisis. 2. La electroestimulación neuromuscular intradiálisis de ambos cuádriceps resultó segura, efectiva y bien tolerada en nuestros pacientes en hemodiálisis. 3. Éstos resultados constituyen una novedosa alternativa terapéutica relacionada con los beneficios del ejercicio físico en los pacientes en hemodiálisis. ⁹

En México, en el 2012, KP Juárez Jiménez, realizó un estudio titulado “*capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria*” y su objetivo fue describir la CAAC (Capacidad de Agencia de Autocuidado) que presentaron los pacientes de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. El estudio fue descriptivo y transversal, no probabilístico por conveniencia, aplicado en la cédula de factores 39 pacientes básicos condicionantes y la Escala de CAAC. Predominó el sexo masculino (53.8%), con una media de 62.9 años, el 71.8% presentó un nivel educativo bajo, el 43.6% fueron jubilados o pensionados, el 79.5% manifestaron enfermedades crónico degenerativas y el 33.3% padecieron peritonitis. Las capacidades de agencia de autocuidado fueron muy buena en 71.8% y buena en el 28.2% a pesar de un nivel educativo bajo y de haber presentado otras enfermedades. ¹¹

En el 2012, Watson Guido Y, Leiva Díaz V, Carrillo Sancho E, Berrocal Barboza Y, Castro Marín M, Acosta Rojas P, realizaron un estudio en Costa Rica “*Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide*”, cuyo objetivo fue analizar la capacidad de agencia de autocuidado que poseen las personas con diagnóstico de artritis reumatoide, quienes habitan en los cantones de Palmares y San Ramón. Se desarrolló una metodología de investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal. En cuanto a la población participante del estudio, estuvo conformada por 13 personas diagnosticadas con artritis reumatoide; respecto de los instrumentos utilizados para recolectar información, a los colaboradores se les aplicó el instrumento “Escala de apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado”, propuesta por Dorothea Orem. Se determinó que los participantes poseen alta capacidad de agencia de autocuidado en las diferentes categorías, ya que únicamente se detectó baja capacidad de agencia de autocuidado en cuanto a interacción social (2 personas), y respecto del consumo insuficiente de alimentos (5 personas). La escala ASA permite a la Enfermera (o) determinar la capacidad de agencia de autocuidado, de forma oportuna y eficaz. Además, permitió a las investigadoras observar un panorama

general de las necesidades de autocuidado de la población participante y constatar que esta presenta alta capacidad de agencia de autocuidado.¹²

En el 2010 Achury Beltrán et al., en la ciudad de Bogotá, (Colombia) realizó un estudio titulado *Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel*, que tuvo por objetivo determinar la capacidad de agencia de autocuidado en 245 pacientes hipertensos que asistieron a una institución de segundo nivel de atención en el 2010, mediante un estudio descriptivo de tipo transversal, con la aplicación del instrumento Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso. Se encontró que el 81,22 % (n = 199) y el 8,16 % (n = 20) de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan solo el 10,61 % (n = 26) de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado alta. Ello indicaría que aunque el paciente con hipertensión arterial posee algunas habilidades que le permiten discernir acerca de los factores que debe controlar para promover su salud y su cuidado, son insuficientes para lograr una adecuada adherencia al tratamiento, ya que para alcanzar un compromiso y participación en este, es necesario que existan conductas permanentes de autocuidado que faciliten el autoconocimiento, el empoderamiento del individuo y el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones sobre su salud. La percepción del paciente de su estado de salud es fundamental para el desarrollo de las capacidades de autocuidado; por eso es fundamental que el profesional de Enfermería intervenga de acuerdo con las capacidades del individuo, para autocuidarse promoviendo apoyo educativo que le permita al paciente modificar su comportamiento, adquirir conocimiento y habilidad.¹³

En el 2011, Espitia Cruz L, en la ciudad de Bogotá, (Colombia), realizó la investigación *“Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario la Samaritana”*, El objetivo de la investigación fue determinar la asociación entre los Factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten al Hospital Universitario la Samaritana. El diseño fue de tipo descriptivo, de asociación con abordaje cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 432 personas a quienes se les aplicó la ficha “Factores básicos condicionantes del autocuidado” y la “Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado”. El estudio permitió concluir que los participantes presentaron niveles de autocuidado regular y bajo (51 y 48%); que de los diez factores básicos condicionantes que plantea la Teoría de Orem, la edad, el estado de desarrollo, el estado de salud, los factores del ambiente y los patrones de vida tienen una asociación fuerte con la capacidad de autocuidado al arrojar valores de $p = < 0.05$.¹⁴

En el 2013, Carrillo Algarra A J, Díaz F J. en Bogotá, (Colombia se realizaron el estudio “*Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá*”; su objetivo principal fue medir la capacidad de autocuidado y su relación con las características sociodemográficas y clínicas en un grupo de pacientes del programa de diálisis peritoneal de acuerdo con su capacidad de autocuidado. Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal donde se aplicaron tres instrumentos de recolección de datos: formulario de características sociodemográficas y clínicas, test de Morisky-Green y la escala Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA) a 87 pacientes, hombres y mujeres, mayores de 18 años en tratamiento de diálisis peritoneal, con un mes o más de permanencia en el programa. Se obtuvo como resultado que el 60% de los sujetos reportaron suficiente capacidad de autocuidado y el 40% deficiente capacidad de autocuidado, además se determinaron las actividades de cuidado de sí mismo, que los sujetos de estudio realizan con mayor frecuencia. ¹⁵

En el 2006-2013, Carrillo AJ, Laza C, Molina JA realizaron un *estudio documental sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica*, su principal objetivo fue Describir las actividades de autocuidado realizadas por los pacientes con Insuficiencia renal crónica (IRC) que se encuentran en los diferentes tratamientos sustitutivos, reportadas en la literatura científica durante el período 2006 a 2013 mediante un estudio documental de corte cualitativo, en el cual se revisaron artículos originales de cualquier nacionalidad, publicados en español, inglés y portugués, indexados en las bases de datos: Elsevier Instituciones, ScienceDirect, Ciberindex, Nursing@Ovid, Ebsco Host, Pubmed, Scielo, Lilacs, usando los descriptores autocuidado, cuidado de si, autogestión, IRC, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido, se seleccionaron ocho artículos que respondieron al objetivo del estudio, siete realizados en Brasil y uno en Canadá. Seis eran cualitativos. Todos realizados por Enfermeras, dos de ellos presentan explícitamente orientación teórica disciplinar. Promedio de publicación uno por año. Emergieron seis categorías: Mantenimiento y mejora de la aptitud/condición física; Mantenimiento y mejora del estado nutricional: comportamiento alimentario, Recreación como medida de autocuidado, Protección y mantenimiento de la función de la fístula arteriovenosa, Uso de terapia farmacológica como medida de autocuidado y Desde la experiencia y la construcción del conocimiento: algunas prácticas autocuidado. Este estudio tuvo como conclusión que el mantenimiento de la condición física y del estado nutricional fueron las actividades de autocuidado que emergieron con mayor relevancia. En la producción científica del autocuidado en pacientes con IRC en tratamientos sustitutivos, se resalta el liderazgo enfermero, pero se evidencia baja producción, especialmente en países en vía de desarrollo. ¹⁶

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 Definición Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

La IRC es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal.

Las guías KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) han confirmado la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico) como la presencia durante al menos TRES MESES de:

- Filtración Glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m².
- O lesión renal (definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso de la FG). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.¹⁷

4.2.2 Factores de Riesgo de IRC

Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal.
Edad avanzada Historia familiar de ERC Masa renal disminuida Bajo peso al nacer Raza negra y otras minorías étnicas Hipertensión arterial Diabetes Obesidad Nivel socioeconómico bajo
Factores iniciadores: inician directamente el daño renal
Enfermedades autoinmunes Infecciones sistémicas Infecciones urinarias Litiasis renal Obstrucción de las vías urinarias bajas Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINES Hipertensión arterial Diabetes
Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal
Proteinuria persistente Hipertensión arterial mal controlada Diabetes mal controlada Tabaquismo Dislipemia Anemia Enfermedad cardiovascular asociada Obesidad
Factores de estadio final: incrementan la morbimortalidad en situación de fallo renal
Dosis baja de diálisis (Kt/V)* Acceso vascular temporal para diálisis Anemia Hipoalbuminemia Derivación tardía a nefrología

*Kt/V: K = depuración de urea en el dializador; t = tiempo, V = volumen de distribución de la urea. La cifra resultante se utiliza para cuantificar la suficiencia de la dosis de diálisis.

Fuente: Tomado de: Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica, 27 noviembre 2012- Pág. 7.

4.2.3 Terapias de Reemplazo Renal (TRR)

Cuando en la persona la tasa de filtración glomerular, cae por debajo del 15 – 20%, aparecen signos y síntomas de la IRCT, como: anorexia y náuseas, dificultad para la concentración de tareas intelectuales, retención hidrosalina, hipertensión arterial, acidosis, parestesia, insomnio y astenia. Al llegar a valores menores a 10 mil/min, se incrementan los síntomas anteriores y aparecen otros más como son, la diátesis hemorrágica, la neuropatía periférica, además de pericarditis, encefalopatía urémica, con desorientación, obnubilación, convulsiones y por último, coma urémico, conocido todo lo anterior como síndrome urémico.

Para controlar los síntomas de la uremia, mejorar las condiciones y prolongar la vida, las personas deben ingresar a la TRR de su elección, para restablecer la homeóstasis interna del organismo.

A continuación se describen cada uno de los tipos de terapia de reemplazo enunciadas:

4.3.2.1 Hemodiálisis (HD). Es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que reemplaza funciones del riñón como: excreción de solutos, eliminación del líquido retenido, regulación del equilibrio ácido básico y electrolítico.

Es un procedimiento mediante el cual a través de un catéter para HD o una fístula arteriovenosa, se extrae sangre de la persona para pasarla a través de una membrana semipermeable en un filtro para diálisis, donde se extraen los productos de desecho y exceso de volumen que por la insuficiencia no pueden ser eliminados por el riñón. Una vez eliminados estos, la sangre retorna al paciente.

Se requiere de la máquina de hemodiálisis, de insumos especiales y de personal de Enfermería debidamente entrenado para la ejecución de este complejo procedimiento, realizado, en la mayoría de los casos, en una unidad de diálisis a la cual asiste la persona.

El procedimiento dura aproximadamente 4 horas dependiendo del resultado de la prueba de adecuación KTV y se realiza en promedio 3 veces a la semana (interdiaria).

4.2.3.2 Diálisis Peritoneal (DP): Es un tratamiento que se realiza mediante la transferencia de agua y solutos desde la sangre hacia el líquido de diálisis que se

encuentra en la cavidad peritoneal y se utiliza la membrana peritoneal como filtro, permitiendo el paso de sustancias como la urea, electrolitos, agua y proteínas hacia el líquido dializante.

Para su realización se requiere de un procedimiento quirúrgico ambulatorio mediante el cual se inserta en el abdomen un catéter de Tenckhoff ubicado en el espacio peritoneal, una vez se implanta el catéter se procede a entrenar a la persona y/o cuidador para realizar la terapia, durante este procedimiento se infunde un líquido estéril con concentraciones de glucosa y electrolitos (de dextrosa monohidratada, cloruro de sodio, cloruro de calcio, cloruro de magnesio, lactato de sodio, agua inyectable; sodio, calcio, magnesio, lactato) en niveles parecidos a las plasmáticas.

Este tratamiento lo realiza diariamente la persona con IRCT con infusiones calculadas de acuerdo al peso, talla y edad, con recambios que van de 3 a 5 diarios, dejando el líquido en la cavidad abdominal hasta que se realiza el siguiente cambio.

La DP continua por cicladora, se hace principalmente en la noche, la persona se conecta a una máquina en la cual se programan varios ciclos nocturnos, terminando en la mañana con un ciclo final, los recambios se realizan mientras la persona esta acostada. Finalizada la noche, se desconecta dejando líquido en la cavidad o no, según la prescripción del tratamiento.

Estas TSR se caracterizan por realizar parte de su tratamiento en casa, donde el éxito se encuentra ligado en las prácticas de autocuidado (dieta, medicamentos, terapia de remplazo renal, cuidado con el acceso para diálisis), implican que la persona asuma con responsabilidad comportamientos favorables que permitan evitar complicaciones y asegurar una mejor calidad de vida ¹⁸.

4.2.3.3 Trasplante Renal. El trasplante renal es un tratamiento quirúrgico para la insuficiencia renal, también conocida como Enfermedad Renal Terminal. El riñón que se trasplanta puede pertenecer a una persona viva con buen estado de salud o a un donante fallecido.

El riñón donado realiza el trabajo que solían hacer sus dos riñones para mantenerlo sano y asintomático. ¹⁸

4.3 MARCO TEORICO

4.3.1 Modelo Teórico de Dorothea Orem

4.3.1.1 Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría. La principal fuente de ideas sobre Enfermería para Orem fue su experiencia. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la Enfermería.

La Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general.

La ontología de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado se basa en cuatro categorías de entidades postuladas. Estas cuatro categorías son:

1. Personas en localizaciones de espacio-tiempo,
2. Atributos o propiedades de estas personas,
3. Movimiento o cambio y
4. Productos llevados a cabo.

Orem identifico cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros que son la visión de:

1. Persona
2. Agente
3. Usuario de símbolos
4. Organismo
5. Objeto.

4.3.1.2 Conceptos principales y definiciones.

- **Autocuidado:** consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados

periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

- **Cuidado dependiente:** se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.
- **Requisitos de Autocuidado:** es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarios para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado comprende dos elementos:
 1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
 2. La naturaleza de la acción requerida.
- **Requisitos de autocuidado Universales:** los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:
 1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
 2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
 3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
 4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
 5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
 6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
 8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.
- **Requisitos de Autocuidado de desarrollo:** se han identificado tres requisitos
 1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
 2. Implicación en el autodesarrollo.
 3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.
- **Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud:** existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su

tratamiento. Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

- Necesidades de Autocuidado Terapéutico: están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:
 1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
 2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión)
- Actividad de Autocuidado: compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.
- Actividad de cuidado dependiente: capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.
- Déficit de autocuidado: relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.
- Actividad enfermera: es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.
- Diseño enfermero: se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidas conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.
- Sistemas enfermeros: son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones

de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

- Métodos de ayuda: desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensar las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:
 1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
 2. Guiar y dirigir
 3. Ofrecer apoyo físico o psicológico
 4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal
 5. Enseñar
- Factores condicionantes Básicos: factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno.

4.3.1 Metaparadigmas desarrollados en la Teoría

- **Persona:** La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
- **Cuidado o Enfermería:** Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás. La actividad humana se ejercita descubriendo desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
- **Salud:** Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
- **Entorno:** Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.

4.3.2 Afirmaciones Teóricas

La Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado se expresa mediante tres teorías:

- **Teoría de sistemas enfermeros:** teoría unificadora, incluye todos los elementos esenciales. Esta teoría señala que la Enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de Enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.
- **Teoría del déficit de autocuidado:** desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la Enfermería. La idea central de esta teoría es que las necesidades de las personas que precisan de la Enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.
- **Teoría del autocuidado:** sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo. El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos

reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con los periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresa el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros ⁹

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO Y JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO

Estudio descriptivo prospectivo con enfoque cuantitativo, de corte transversal que midió la capacidad de autocuidado en personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis de la Unidad Renal de Clínica Medilaser de Florencia durante el año 2017.

Descriptivo porque no se intervinieron o manipularon los factores de estudio, se observó lo que ocurrió con el fenómeno de estudio en condiciones naturales; con un enfoque cuantitativo debido a que se utilizó la recolección y análisis de datos que dieron respuesta a la pregunta de investigación, con base en la medición numérica y el análisis estadístico transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y tiempo único, mediante la descripción de variables de la población de estudio que se analizaron durante el año 2017.

5.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

La población para este estudio estuvo conformada por 111 personas, hombres y mujeres, mayores de 18 años con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis ordenadas por nefrólogo en la unidad renal de clínica Medilaser Florencia en el año 2017.

Se tomó el total de la población que cumplió con los criterios de inclusión durante el año 2017. Esto es denominado por Polit y Hungler como muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que emplea una muestra integrada por personas cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente.¹⁹

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Persona en tratamiento dialítico ordenado por nefrólogo con tres meses o más de permanencia en la unidad renal Clínica Medilaser Florencia en el año 2017.
- Personas mayores de 18 años de edad.
- Personas que aceptan participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Personas con demencia o alteraciones cognitivas diagnosticadas que les imposibilitara responder las preguntas de los instrumentos

5.4 DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

5.4.1 Descripción de los participantes

En este estudio participaron todas las personas con Insuficiencia Renal Crónica que se encontraban en los programas de diálisis en la unidad renal de Clínica Medilaser Florencia en el año 2017 y una investigadora de la especialización en Enfermería Nefrológica y Urológica.

5.4.2 Descripción de actividades para recolección de datos

La recolección de la información se realizó con el total de personas en diálisis de la unidad renal de Clínica Medilaser Florencia en el año 2017; quienes cumplieron con los criterios de inclusión y voluntariamente decidieron participar firmando el consentimiento informado.

Para medir su capacidad de autocuidado se aplicaron los instrumentos:

- Cuestionario para determinar las características sociodemográficas y variables clínicas de las personas.
- Cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso.

5.4.3 Determinación del lugar y tiempo

El presente estudio se realizó en la Unidad renal de Clínica Medilaser sucursal Florencia con previa autorización de la institución, durante el año 2017.

5.4.4 Rol del investigador

La información fue recolectada por una investigadora de la especialización en Enfermería Nefrológica y Urológica, capacitada para aplicar los dos instrumentos y facilitar la comprensión del mismo.

5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Resolución 8430 de 1993, el presente estudio fue considerado sin riesgo debido a que la investigación no trato aspectos sensitivos de la conducta y no realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de las personas en diálisis participantes de esta investigación.²⁰

La investigación se puso en consideración del Comité Ético de la Clínica Medilaser sucursal Florencia, quienes con previa autorización permitieron la recolección de la información y revisión de historias clínicas de las personas en diálisis.

Se diseñó un formato de consentimiento informado para la autorización por parte de los participantes, el cual planteo los aspectos reseñados en la resolución 8430, donde explico de manera clara el objetivo de la investigación, guardando respeto por su decisión de participar o no en el estudio sin ningún tipo de presión y garantizando el derecho de autonomía.

Durante el desarrollo de esta investigación se mantuvo la confidencialidad de los datos y cuestionarios, de tal manera que no fueron utilizados con fines diferentes a los propuestos en la investigación. Al final de la investigación se socializaron los resultados en la Clínica Medilaser Florencia donde se realizó la investigación.

5.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

La investigadora en conjunto con la asesora de la investigación diseñaron un cuestionario para medir las características sociodemográficas y variables clínicas de las personas, el cual fue enviado para validación a juicio de los expertos.

El cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, desarrollado por Diana Marcela Achury Saldaña, profesora del Departamento de Enfermería Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana. Instrumento realizado para aplicarse en la investigación *Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel en Bogotá Colombia*. El instrumento tiene Escala Likert a 5 apreciaciones (Nunca 1, Casi nunca 2, A veces 3, Casi siempre 4, Siempre 5), las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango de Baja capacidad: 17 - 28, Media capacidad: 29 – 56 y Alta

capacidad: 57 - 85, que determinan el grado de capacidad de autocuidado con una validez y confiabilidad de 0,75. ¹³

5.7 ANÁLISIS

Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel 2016 y se procesaron en el software estadístico SPSS 23, con el cual se generaron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas) para las variables cualitativas, medidas de tendencia central, y medidas de dispersión para las variables cuantitativas. Antes de realizar el contraste de hipótesis se comprobó si las variables cuantitativas tienen una distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para identificar las variables asociadas al nivel de autocuidado, se comparó la distribución de las variables sociodemográficas y clínicas por el nivel de autocuidado, mediante la prueba de Chi² o prueba exacta de Fisher. Para comparar dos medias independientes se hizo uso de la prueba de Levene para igualdad de varianzas y de la prueba T de Student, si la variable era normal, en caso de no serlo, se utilizó la prueba de U de Mann Whitney. Además, se aplicó el test de Kruskal Wallis para comparar las variables ordinales y hallar si hubo diferencias entre el grupo de media capacidad y alta capacidad. En todos los casos se tuvo en cuenta un nivel de significación estadística cuando el valor $p < 0,05$.

6. RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La edad promedio de los participantes fue 56 años (DE: 14), la mínima 19 y máxima 83; de sexo masculino el 55,9%, predominaron los solteros 39,6%, desempleados 74,8%. El 75,7% de estrato socioeconómico 1, escolaridad primaria o ningún grado 67,6%, vivían con la pareja 43,2%, contaban con el conyugue como cuidador 41,4%, red de apoyo grupo religioso 67,6%, seguridad social del régimen subsidiado 70,3% y religión católica 77,5% (tabla1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población de estudio

VARIABLE	n	%
Rangos de edad		
Juventud (18-28 años)	5	4,5
Adulterez (29-59 años)	51	45,9
Vejez (>= 60 años)	55	49,5
Género		
Femenino	49	44,1
Masculino	62	55,9
Estado Civil		
Casado	43	38,7
Soltero	44	39,6
Unión Libre	13	11,7
Viudo	11	9,9
Ocupación		
Desempleado	83	74,8
Empleado	5	4,5
Independiente	13	11,7
Jubilado	10	9,0
Escolaridad		
Bachillerato	22	19,8
Ninguna-Primaria	75	67,6
Postgrado	2	1,8
Técnico	4	3,6
Universitario	8	7,2
Vive con		
Ancianato	1	0,9
Hermana	1	0,9

Hijo/a	32	28,8
Hijo	1	0,9
Otro	7	6,3
Padre/Madre	11	9,9
Padre/Madre, Hijo	1	0,9
Pareja	48	43,2
Solo	9	8,1
Cuidador		
Sin dato	1	0,9
Ancianato	1	0,9
Conyugue	46	41,4
Hermana	1	0,9
Hijo/a	34	30,6
Ninguno	2	1,8
Otro	9	8,1
Otro Familiar	5	4,5
Padre/Madre	12	10,8
Red de apoyo		
Sin dato	1	0,9
Grupo de Amigos	18	16,2
Grupo Hospitalario	14	12,6
Grupo Religioso	75	67,6
Grupo Social	2	1,8
Otro	1	0,9
Lugar de procedencia		
Rural	6	5,4
Urbana	105	94,6
Estrato		
Estrato 1	84	75,7
Estrato 2	19	17,1
Estrato 3	6	5,4
Estrato 4	2	1,8
Tipo de Seguridad social		
Contributivo	31	27,9
Régimen especial	2	1,8
Subsidiado	78	70,3
Religión practicada		
Católica	86	77,5
Cristiana	16	14,4
Ninguna	2	1,8
Otra	4	3,6
Pentecostal	3	2,7

Fuente: resultados del estudio.

6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Como antecedentes personales se encontraron Hipertensión Arterial 47,7%, Diabetes + Hipertensión Arterial 34,2% y Diabetes 11,7%; etiología de IRC Hipertensión Arterial 54,1%, en tratamiento de HD 91%, el 60,4% tenían un tiempo mayor de dos años en tratamiento dialítico y el 48,6 % de los participantes manifestaron percibir su estado de salud como bueno (tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de la población de estudio

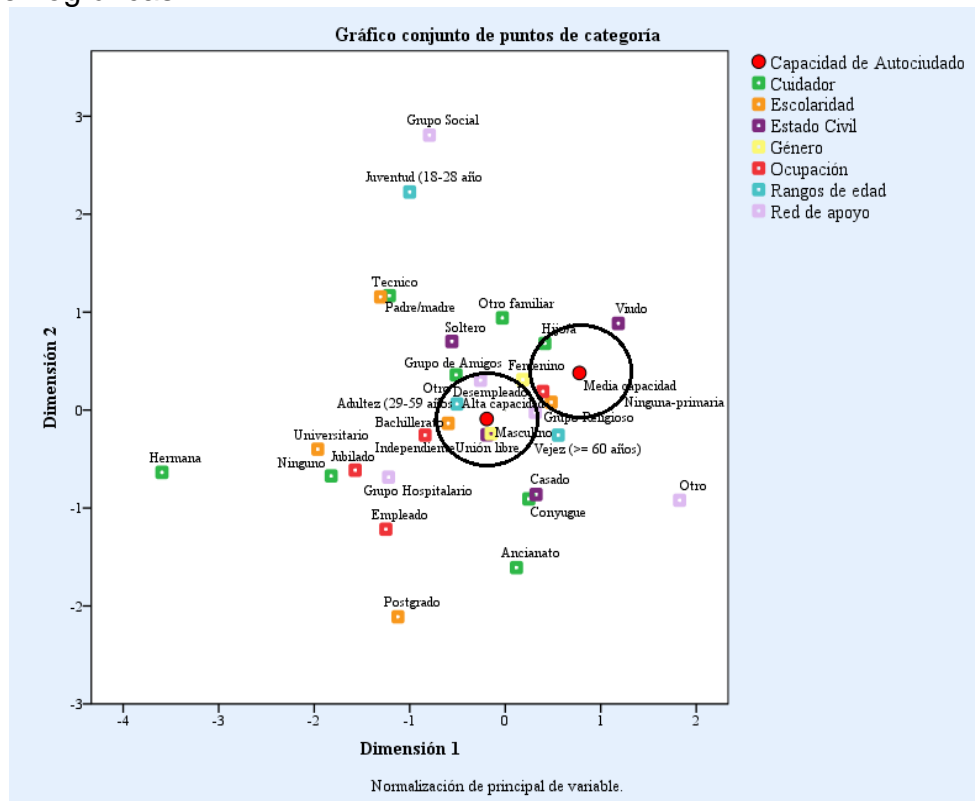
Variable	Total Población	
	n	%
Antecedentes Familiares		
Sin dato	1	0,9
Diabetes	23	20,7
Diabetes + Hipertensión Arterial	5	4,5
Hipertensión Arterial	13	11,7
Ninguno	69	62,2
Antecedentes personales		
Diabetes	13	11,7
Diabetes+ Hipertensión Arterial	38	34,2
Diabetes+ Hipertensión Arterial, Infección de orificio de catéter de hemodiálisis	1	0,9
Hipertensión Arterial	53	47,7
Hipertensión arterial+ Dislipidemia	1	0,9
Ninguno	5	4,5
Etiología de la IRC		
Diabetes	29	26,1
Diabetes, Hipertensión	10	9,0
Glomerular	2	1,8
Hipertensión	60	54,1
Otras	10	9,0
Tipo de tratamiento dialítico		
Diálisis Peritoneal	10	9,0
Hemodiálisis	101	91,0
Tiempo de terapia de reemplazo renal:		
1 a 2 años	14	12,6
Menos de 12 meses	30	27,0
Mayor de 2 años	67	60,4
Percepción del estado de salud		
Bueno	54	48,6
Malo	3	2,7
Muy bueno	4	3,6
Regular	50	45,0

6.3 CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El promedio de la capacidad de agencia de autocuidado fue de 62,8; el 80,2% de la población con alta capacidad y 19,8% media capacidad. La mediana se ubicó en 63, la moda en 66. La puntuación máxima de capacidad de autocuidado fue de 78 y la mínima 41. Del cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso los ítems con mayores frecuencias reportadas fueron “NUNCA” - “Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas” 84,7%, y “SIEMPRE” - “cuando duermo 6 a 8 horas diarias me siento descansado” 76,6%.

Capacidad de autocuidado en asociación con las características sociodemográficas y clínicas de las personas en diálisis: La población clasificada en la categoría alta capacidad de autocuidado, se caracterizó por ser en su mayoría hombres adultos (29-59 años), con un nivel educativo de bachillerato, se encontraban en unión libre, reportaron red de apoyo grupo de amigos y grupo religioso. Las personas que se clasificaron en la categoría de media capacidad de autocuidado, tienen como cuidador al Hijo/a y con nivel educativo ninguno y primaria, se encontraban desempleados. (Figura 1)

Figura 1. Capacidad de autocuidado en asociación con las características sociodemográficas



Se identificó asociación estadísticamente significativa entre edad y percepción del estado de salud con el nivel de capacidad de autocuidado. (Tabla 3).

Tabla 3. Capacidad de autocuidado en asociación con las características sociodemográficas y clínicas de las personas en diálisis

Variable	Capacidad de Autocuidado				P	Total Población	
	Media capacidad		Alta capacidad			n	%
	n	%	N	%			
Rangos de edad							
Juventud (18-28 años)	1	4,5	4	4,5	0,024*	5	4,5
Adultez (29-59 años)	5	22,7	46	51,7		51	45,9
Vejez (>= 60 años)	16	72,7	39	43,8		55	49,5
Percepción del estado de salud							
Malo	1	4,5	2	2,2	0,004*	3	2,7
Regular	16	72,7	34	38,2		50	45,0
Bueno	4	18,2	50	56,2		54	48,6
Muy bueno	1	4,5	3	3,4		4	3,6

*Kruskal-Wallis

Capacidad de autocuidado de las personas en diálisis en relación con el tratamiento dialítico: El 60,4% de la población tenía un tiempo mayor de dos años en diálisis, de los cuales el 63,6% presentó media capacidad de autocuidado. En cuanto al tipo de tratamiento, el 100% de las personas en Diálisis Peritoneal presentaron alta capacidad de autocuidado.

Capacidad de autocuidado de las personas en diálisis asociada al tratamiento nutricional

En los ítems de la variable tratamiento nutricional relacionados en la tabla 4, dos resultados mostraron significancia entre el tratamiento nutricional con la capacidad de autocuidado.

Tabla 4. Capacidad de autocuidado de las personas en diálisis en relación con el tratamiento nutricional

Variable Tratamiento nutricional	Capacidad de Autocuidado				P
	Media capacidad		Alta Capacidad		
	n	%	N	%	
Nunca	0	0,0	2	2,2	0,960*

Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas de sal	Casi nunca	0	0,0	0	0,0	
	A veces	3	13,6	4	4,5	
	Casi siempre	2	9,1	15	16,9	
	Siempre	17	77,3	68	76,4	
Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado	Nunca	3	13,6	3	3,4	0,000*
	Casi nunca	6	27,3	2	2,2	
	A veces	11	50,0	24	27,0	
	Casi siempre	2	9,1	24	27,0	
	Siempre	0	0,0	36	40,4	
Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas	Nunca	1	4,5	1	1,1	0,001*
	Casi nunca	2	9,1	3	3,4	
	A veces	11	50,0	27	30,3	
	Casi siempre	6	27,3	13	14,6	
	Siempre	2	9,1	45	50,6	

*Kruskal-Wallis

Capacidad de autocuidado de las personas en diálisis concerniente al tratamiento farmacológico y no farmacológico: Se encontró significancia entre la capacidad de autocuidado y los aspectos relacionados al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los ítems relacionados en la tabla 5.

Tabla 5. Capacidad de autocuidado de las personas en diálisis en relación con el tratamiento farmacológico y no farmacológico

Variable	Tratamiento farmacológico y no farmacológico	Capacidad de Autocuidado				P
		Media capacidad		Alta Capacidad		
		n	%	n	%	
Considero importante realizar ejercicio	Nunca	2	9,1	0	0,0	0,002*
	Casi nunca	6	27,3	1	1,1	
	A veces	3	13,6	13	14,6	
	Casi siempre	3	13,6	22	24,7	
	Siempre					

	Siempre	8	36,4	53	59,6	
Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial	Nunca	11	50,0	22	24,7	
	Casi nunca	8	36,4	8	9,0	
	A veces	1	4,5	18	20,2	
	Casi siempre	1	4,5	12	13,5	0,000*
	Siempre	1	4,5	29	32,6	
Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria de la correcta administración	Nunca	6	27,3	8	9,0	
	Casi nunca	5	22,7	3	3,4	
	A veces	3	13,6	6	6,7	
	Casi siempre	3	13,6	22	24,7	0,000*
	Siempre	5	22,7	50	56,2	
Camino diariamente como mínimo 30 minutos	Nunca	16	76,2	20	23,3	
	Casi nunca	4	19,0	8	9,3	
	A veces	0	0,0	17	19,8	0,000*
	Casi siempre	0	0,0	8	9,3	
	Siempre	1	4,8	33	38,4	

*Kruskal-Wallis

7. DISCUSIÓN

La edad promedio de los participantes fue 56 años (DE: 14), con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 83 años, variable acorde con lo descrito por Méndez (2010), aunque la edad no es un factor determinante para su presencia, si es claro que la función renal se deteriora con el paso de los años ²¹. La mayoría de la población es de sexo masculino (55,9%) comportamiento similar con las estadísticas nacionales que reportan la mayor frecuencia de IRC en personas con más de 50 años y de sexo masculino ²². El mayor porcentaje de los participantes al momento del estudio estaban solteros (39,6%), aunque el 43,2% vivían con la pareja, además contaban con el conyugue como cuidador, lo cual es esperable teniendo en cuenta la edad de los participantes. En relación al estrato socioeconómico el mayor porcentaje se encontró en el estrato 1, escolaridad primaria o ningún grado, datos acordes con otros resultados donde un bajo nivel socioeconómico y un bajo nivel educativo se asocian con un control inadecuado de patologías ^{11, 23}. La mayoría de los participantes estaban desempleados, condición que concuerda con lo descrito por Julián-Mauro et al. (2012) quienes encontraron que en España sólo el 33,3 % de los pacientes con insuficiencia renal en edad laboral estaban trabajando y concluyeron que la IRC y los Tratamientos de Sustitución de la función Renal son un importante factor de incapacidad laboral ⁷. Con respecto a la red de apoyo predominó grupo religioso, coherente con otros resultados como aspecto favorable que puede constituirse en un actor que mejore los procesos tanto de afrontamiento como de adherencia^{24, 25, 26}. El apoyo social y toda figura que represente red de apoyo para las personas en enfermedad crónica han demostrado ser efectivos, ya que crean un efecto protector en el mantenimiento de la salud. Castro-Sánchez afirma que “la presencia e interacción con otras personas es capaz de reducir los efectos negativos del estrés, a través del apoyo social se construyen vínculos compensatorios como factores protectores de los efectos negativos de los estresores sociales” ²⁷.

En lo que se refiere a las características clínicas se encontró el mayor porcentaje de la población con antecedente personal y etiología de hipertensión arterial, dato concordante con la literatura mundial que reporta un control inadecuado de la presión sanguínea como factor de riesgo importante para mortalidad, sumado a la relación directa y progresiva entre hipertensión arterial e insuficiencia renal ²³.

Es de resaltar que un porcentaje superior de las personas se encuentran en tratamiento de hemodiálisis con un promedio de permanencia en terapia de diálisis mayor a dos años y la mayoría de los participantes manifestaron percibir su estado de salud como bueno a pesar de vivir en condición de cronicidad, como lo narra Achury ²⁸ “que por el tiempo de enfermedad los pacientes definen los síntomas con expresiones de experiencias de vida, los consideran una forma familiar de estar en

el mundo, una forma de expresión de su cuerpo, de su enfermedad, de ellos mismos, de manera que el tiempo y la trayectoria de vida con enfermedad crónica permiten aprender a convivir con ciertos padecimientos”.

En relación con la capacidad de agencia de autocuidado basada en los niveles planteados por Achury et al (2009) ¹³, la población abordada se encontró predominantemente con alta capacidad y una menor con media capacidad, resultados que coinciden con otros estudios ¹¹⁻¹².

La puntuación máxima de capacidad de autocuidado fue de 78 y la mínima 41. En cuanto al análisis de los ítems del cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso las frecuencias mayores reportadas fueron “NUNCA” - “Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas” (ítem 8) y “SIEMPRE” - “cuando duermo 6 a 8 horas diarias me siento descansado” (ítem 1).

El estudio reflejó que el 84,7 % de las personas nunca reemplazan su tratamiento por una terapia alternativa. Aspecto positivo que evidencia el entrenamiento que reciben las personas con IRC y sus cuidadores cuando ingresan al programa y que de manera regular en los controles se refuerzan todos los aspectos del autocuidado.

Los ítems de menor puntaje que predominaron estaban relacionados con el conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento farmacológico (ítem 5), y las dificultades experimentadas con el acceso a las consultas controles y adquisición de medicamentos (ítem 16).

El 14,4% y el 29,7% de la población casi nunca y nunca conocían los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. Este hallazgo podría estar condicionado por el déficit de información por parte del personal de salud o información poco estructurada. El conocimiento del tratamiento farmacológico se constituye en una directriz que permite mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y la progresión de la enfermedad ²⁹.

Como resultado del estudio en cuanto a la capacidad de autocuidado en asociación con las características sociodemográficas y clínicas de las personas en diálisis se encontró significación en las variables edad y percepción del estado de salud, ratificando lo planteado por Orem sobre los factores básicos que condicionan o alteran la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas, identificados como: la edad, el estado de desarrollo y el estado de salud ³; de igual manera la investigación realizada por Espitia Cruz L

(2011) demostró que de los diez factores básicos condicionantes que plantea la Teoría de Orem, la edad, el estado de desarrollo, el estado de salud, los factores del ambiente y los patrones de vida tienen una asociación fuerte con la capacidad de autocuidado ¹⁴.

En lo que se refiere a la capacidad de autocuidado de la población con respecto al tratamiento dialítico la mayoría de los participantes han recibido terapia por un tiempo mayor de dos años y es de resaltar que el total de la población que se encuentra en diálisis peritoneal tiene alta capacidad de autocuidado, situación que favorece el éxito del tratamiento pues este se encuentra ligado a las prácticas de autocuidado (dieta, medicamentos, terapia de remplazo renal, cuidado con el acceso para diálisis) ¹⁸. Autocuidado Dorothea Orem (1980), lo define como "Una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar" ³, este aspecto es muy importante cuando se refiere a personas en DP, porque ellos mismos realizan el procedimiento de diálisis y viven su cotidianidad sin acompañamiento directo del equipo de salud.

Con referencia a la capacidad de agencia de autocuidado de las personas en diálisis asociada al tratamiento nutricional, se encontró una fuerte relación, pues la mayoría de las personas con capacidad de agencia de autocuidado alta, realizaron **siempre** cambios en la dieta para mantener un peso adecuado (40,4%) y consumieron **siempre** en la dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas (50,6%), de manera semejante las personas de media capacidad realizaron estos comportamientos **a veces** (50%), con una significancia de 0,000 y 0,001 respectivamente. Comportamientos fundamentales para la persona con insuficiencia renal en diálisis, como lo plantea Orem (1983) que el consumo adecuado de nutrientes debe ser de acuerdo con la situación específica de salud de cada individuo ³⁰.

Igualmente, el estudio reportó una alta significancia entre la capacidad de agencia de autocuidado de las personas en diálisis en lo concerniente al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Estos datos coinciden con lo descrito en el estudio de Carrillo et al. (2006-2013) donde concluyeron que "las actividades de autocuidado emergentes con mayor relevancia fueron el mantenimiento de la condición física y del estado nutricional" ¹⁶, información acorde a los resultados encontrados por Junque Jiménez, Anna et al. (2013), donde se evidenció mejoría de la fuerza muscular y la capacidad funcional en pacientes en hemodiálisis con programas de entrenamiento físico intradiálisis, constituyéndose como una novedosa alternativa terapéutica relacionada con los beneficios del ejercicio físico en los pacientes ⁹.

La mayoría de la población en diálisis presentó una alta capacidad de agencia de autocuidado, se evidenció que posee habilidades para identificar condiciones y situaciones que deben controlar en su día a día, muy importantes para promover su salud y cuidado; sin embargo como lo planteado por Bonilla (2014) “La educación sanitaria es una herramienta de suma importancia en el tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, y se debe ofrecer en el marco de una consulta formada por un equipo multidisciplinar, en el que Enfermería tiene un rol activo muy importante” ³¹. Sobre la base de las consideraciones anteriores, resulta oportuno plantear intervenciones para que las personas con capacidad de agencia de autocuidado media, progresen a alta capacidad a través del empoderamiento del individuo junto con sus familias, para así, mejorar la calidad de vida e impactar la morbimortalidad.

En este mismo sentido es necesario realizar la planificación de los cuidados de Enfermería, teniendo en cuenta los requerimientos individuales, las diversas dimensiones del ser humano y sus contextos como lo expresa Mesa et al., es “todo un desafío para la planificación de abordajes individuales y colectivos pues la dimensión subjetiva y experiencial resultan determinantes en el afrontamiento de los procesos crónicos” ³².

8. CONCLUSIONES

La capacidad de agencia de autocuidado de las personas en diálisis se caracterizó por estar entre los niveles de **alta y media capacidad**, se evidenció relación de la capacidad de autocuidado con las variables edad y percepción del estado de salud; ratificando lo planteado por Orem sobre los factores básicos que condicionan o alteran la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas, identificados como: la edad, el estado de desarrollo y el estado de salud ³.

Aunque, la mayoría de la población presentó una alta capacidad de autocuidado se requiere la intervención fundamental del profesional de Enfermería y del equipo de salud en relación al tratamiento nutricional, farmacológico y no farmacológico, en aras de fortalecer la capacidad de agencia de autocuidado que los lleven a cambios en el comportamiento y conductas permanentes de autocuidado para disminuir su morbimortalidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia. 2014. 124 p.
- 2 Vargas Marcos F. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. 2015. 1-55 p.
- 3 Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. ELSEVIER. 2011. 18 p.
- 4 Perales-Montilla CM, García-León A, Reyes-del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología. 2012;32(5):622–30.
- 5 Otero A, de Francisco ALM, Gayoso P, García F. Prevalence of chronic renal disease in Spain : Results of the EPIRCE study. Nefro. 2010;30(1):78–86..
- 6 Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal Follow-up and Outcomes Among a Population With Chronic Kidney Disease in a Large Managed Care Organization. Arch Inter Med. 2004;164:659–63.
- 7 Julián-mauro JC, Molinuevo-tobalina JÁ, Sánchez-gonzález JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. Rev Nefrol. 2012;32(4):439–45.
- 8 Pastor JL, Julián JC. Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Nefrol. 2010;1(1):15–20.
- 9 Jiménez AJ, Simón VE, Pinedo GI, Bernabeú ET, Soler IL, López OP, et al. Resultados de un programa de ejercicio físico combinado con electroestimulación neuromuscular en pacientes en hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2013;16(3):161–7.
- 10 Aparicio López C, Fernández Escribano A, Garrido Cantanero G, Luque A, Izquierdo García E. Calidad de vida percibida por niños con enfermedad renal crónica y por sus padres. Rev Nefrol. 2010;30(1):103–9.
11. Juarez Jimenez KP, Victorino Sanchez MA. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Universidad Veracruzana; 2012.
12. Leiva Díaz V, Acosta Rojas P, Berrocal Barboza Y, Carrillo Sancho E, Castro Marín M. Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide. Rev Electrónica Enfermería en Costa Rica. 2012;22.
13. Beltrán A, Fernanda L, Saldaña A, Marcela D, Colmenares R, Carrillo S, et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investig en Enfermería Imagen y Desarro. 2012;14(2):63–83.
14. Espitia Cruz LC. Asociación de los Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado y la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial que Asisten a Consulta Externa ael Hospital Universitario La Samaritana. 2011.

15. Algarra C, Díaz AJ, Janeth F. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal : un estudio piloto en Bogotá. *Enfermería Glob.* 2013;30:54–64.
16. Carrillo Algarra AJ, Laza Vásquez C, Molina Jerena JÁ, Julia A, Algarra C, Vásquez CL, et al. Estudio documental (2006-2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol.* 2013;16(3):185–92.
17. Abbott, Esteve. Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica. 2012.
18. Sellerés VL, Torres Ramírez A, Hernandez Merrero D. Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal. Harcourt Brace, editor. 1997. 1140 p.
19. Hungler BP, Polit D. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5 ed. Interamericana MGH, editor. 1997. 238 p.
20. Ministerio de Salud. RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993). 1993.
- 21 Méndez-durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, Muñoz Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Traspl.* 2010;31(1):7–11.
- 22 Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia. 2015.
- 23 Martínez ME, Plazas M, Barajas GP, Bravo AM, González C, Rodríguez A, et al. Factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna. *Acta Médica Colomb.* 2013;38(4):228–32.
- 24 Parra González LM. Calidad de vida en mujeres con enfermedad crónica de cáncer de cérvix. Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- 25 Carrillo González GM, Sánchez Herrera B, Barrera Ortiz L. Habilidad de Cuidado de Cuidadores Familiares de Niños y Adultos con Enfermedad Crónica. *Index de Enfermería.* 2014;23(3):129–33.
- 26 Benjumea C de la C. Cuidado Familiar en Condiciones Crónicas: Una Aproximación a la Literatura. *Texto Context Enfermería.* 2004;13(1):137–46.
- 27 Castro Sánchez AE. El Apoyo en la Enfermedad Crónica: El Caso de los Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Rev Salud Pública y Nutr.* 2006;7(4).
- 28 Achury Saldaña DM. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Aquichan.* 2007;7(2):139–60
- 29 J J. Non-adherence in the hypertensive patient: can nursing play a role in assessing and improving compliance?. PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2017 [citado 30 May 2017]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19226885>
- 30 Orem, D. Normas prácticas en enfermería. Traducido por Susan Allen. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 1983.
- 31 Bonilla León FJ. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada . ¿ Existe evidencia de su utilidad ? *Enferm Nefrol.* 2014;17(2):120–31.
- 32 Mesa Melgarejo L, Carrillo Algarra AJ, Moreno Rubio F. La cronicidad y sus

matices : estudio documental. Investig en Enfermería Imagen y Desarro.
2013;15(2):95-114.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación en enfermería

Título del proyecto de investigación.

Capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en terapia de remplazo renal en la clínica Medilaser sucursal Florencia durante el año 2017.

Investigadores:

Joselinne Blanco Ochoa

Lugar a realizar el estudio:

Clínica Medilaser Sucursal Florencia Caquetá.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación de enfermería. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

1. Objetivo del estudio

Medir la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en terapia de remplazo renal en la Clínica Medilaser sucursal Florencia durante el año 2017.

2. Justificación del estudio

Esta investigación es importante debido a que se evidencia una situación preocupante en cuanto a la morbimortalidad relacionada con la terapia de reemplazo renal en la institución, la cual exige que la institución cuente con estrategias adecuadas para el fomento y mantenimiento de la capacidad de autocuidado de las personas en diálisis.

3. Beneficios del estudio

Los resultados de la investigación permitirán, plantear y motivar el desarrollo de estrategias que favorezcan la gestión en la capacidad de autocuidado de las personas con TRR, conllevando a garantizar un adecuado manejo del proceso de

esta enfermedad, al disminuir las complicaciones adyacentes a este problema permitiendo que los pacientes tengan una mejor calidad de vida.

4. Procedimientos del estudio

Si consiente participar en este estudio, deberá responder las preguntas que le realiza el investigador. La participación de este estudio será de carácter voluntario. La información recolectada será conocida exclusivamente por la investigadora y la asesora de investigación, además no se utilizará para ningún otro propósito fuera del académico.

5. Riesgos asociados al estudio

Según la Resolución 8430 de 1993, el presente estudio es considerado sin riesgo debido a que la investigación no trata aspectos sensitivos de la conducta y no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes en terapia de reemplazo renal participantes de esta investigación.

6. Aclaraciones

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por la investigadora y asesora.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con Joselinne Blanco Ochoa al celular 3103036390.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ con c.c N° _____ de _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por la investigadora que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante.
C.C N°

Nombre del Testigo

Firma Del Testigo.
C.C N°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)

He explicado al Sr. (a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

Anexo 2. Instrumento para medición de las características sociodemográficas y variables clínicas de los pacientes en terapia de reemplazo renal de la unidad renal clínica Medilaser sucursal Florencia.

CUESTIONARIO DIRIGIDO

Código unidad Muestral: _____ Código encuestador: _____

El siguiente cuestionario tiene como objetivo medir la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en terapia de reemplazo renal, en la Clínica Medilaser sucursal Florencia durante el año 2017.

La información diligenciada será utilizada para fines académicos y conocida únicamente por las investigadoras. Está conformado por datos sociodemográficos con 14 preguntas, 35 ítems que hacen referencia a características clínicas de la población de estudio.

A continuación, usted escuchará una serie de preguntas a las cuales deberá responder según su criterio, no hay respuesta buena ni mala, solo debe indicar cuál es la que más se parece a lo que usted vive o piensa; también se tomará medidas antropométricas, signos vitales y se realizará revisión de resultados de laboratorio de su historia clínica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA			
1. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		2. Edad: _____ años	
3. Ocupación: Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Oficios varios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____			4. Lugar de procedencia: Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>
5. Estrato: Estrato 1 <input type="checkbox"/> Estrato 4 <input type="checkbox"/> Estrato 2 <input type="checkbox"/> Estrato 5 <input type="checkbox"/> Estrato 3 <input type="checkbox"/> Estrato 6 <input type="checkbox"/>		6. Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	
7. Escolaridad: Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato completo <input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto <input type="checkbox"/> Técnico completo <input type="checkbox"/> Técnico incompleto <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/>			
8. Tipo de Seguridad social: Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/> Medicina prepagada <input type="checkbox"/>			

9. Religión practicada: Católica <input type="checkbox"/> Pentecostal <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual: _____ Cristiana <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	
10. Participa en algún grupo de acción social en su barrio o comunidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
11. ¿En la familia cuál es su principal apoyo para cuidar su salud? Esposo(a) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____	12. Su familia se preocupa por su salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. ¿Quién es el principal proveedor de recursos económicos en su hogar? Esposo(a) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____	
14. ¿Cuánto es el ingreso mensual del proveedor de recursos de su hogar? Menos de \$ 500.000 <input type="checkbox"/> De \$2.000.001 a \$3.000.000 <input type="checkbox"/> De \$500.000 a \$1.000.000 <input type="checkbox"/> De \$3.000.001 y más <input type="checkbox"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="checkbox"/>	
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA POBLACION	
Aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento del paciente	
15. Antecedentes Familiares Ninguno <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes + Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>	
16. Antecedentes personales Ninguno <input type="checkbox"/> Diabetes+ Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial+ Dislipidemia <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial + Síndrome Coronario <input type="checkbox"/> Síndrome coronario <input type="checkbox"/> Peritonitis asociada a DP <input type="checkbox"/> Bacteriemia en diálisis <input type="checkbox"/> Infección de orificio de catéter de hemodiálisis <input type="checkbox"/>	
17. Etiología de la IRC Diabetes <input type="checkbox"/> Glomerular <input type="checkbox"/> Glomerular + Quística <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Quística <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Cuál: _____	
Cumplimiento de la prescripción dialítica	
18. Tipo de tratamiento dialítico Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis Peritoneal <input type="checkbox"/>	19. Tiempo de terapia de reemplazo renal: Menos de 12 meses <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> Meses cumplidos: _____

20. En hemodiálisis: Asiste puntual a las sesiones programadas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		21. En diálisis peritoneal: Realiza el número de recambios prescritos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
22. Índice de masa corporal. ____ Peso ____Kg Talla ____Cm Bajo peso <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/>		23. Presencia de edemas: Grado I <input type="checkbox"/> Grado II <input type="checkbox"/> Grado III <input type="checkbox"/>	
24. Mantenimiento del Peso seco SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		25. Perímetro abdominal Mujer: <82 Hombre: <95 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
VALORES HEMODINAMICOS. 26. Frecuencia respiratoria Normal: 15 a 20 RPM ____ Bajo: <15RPM ____ Alto: >20RPM ____		27. Temperatura Normal(36 a 37,5°C) ____ Baja: (<35°C) ____ Alta: (>38°C) ____	
28. Tensión arterial NORMAL: Sistólica(90-130mmHg) ____ Diastólica(60-90mmHg) ____ BAJA: Sistólica(<90mmHg) ____ Diastólica(<60mmHg) ____ ALTA Sistólica(>130mmHg) ____ Diastólica(>90mmHg) ____		29. Frecuencia Cardiaca Normal(60-100Lat x min) ____ Baja: (<60 Lat x min) ____ Alta: (>100Lat x min) ____	
30. Pulsioximetria: Normal: 95-100% Baja: <95%			
Reporte de laboratorios			
31. Sodio Normal: 135 a 142mEq/L ____ Bajo: <135mEq/L ____ Alto: >142mEq/L ____		32. Potasio Normal: 3,5 a 5,5 mEq/l ____ Bajo: <3,5 mEq/l ____ Alto: >5,5 mEq/l ____	
34. Fosforo Normal: 2,7 – 4,5 mg/dl ____ Bajo: <2,7mg/dl ____ Alto: >4,5 mg/dl ____		33. Calcio Normal: 8,1 - 10,4 mg/dl. ____ Bajo: <8.1mg/dl ____ Alto: >10,4 mg/dl ____	
35. Hemoglobina NORMAL Mujeres: 12 - 15 mg/dl ____ Hombres: 13 - 17 mg/dl ____ BAJO: Mujeres: <12 mg/dl ____ Hombres: <13 mg/dl ____		36. Hemoglobina Glicosilada Normal: 2,2 a 4,8 % ____ Diabéticos controlados: 2,5 a 5,9 % ____ Diabéticos con control suficiente: 6 a 8% ____	

	ALTO Mujeres: > 15 mg/dl _____ Hombres: >17 mg/dl dl _____	Diabéticos mal controlados : > 8% _____
37. Albuminemia Normal: 4,0 - 5,0 g/dL _____ Bajo: < 4,0g/dL _____ Alto: > 5,0g/dL _____	38.Glicemia Normal :60-100mg/dl _____ Bajo: < 60mg/dl _____ Alto: >100mg/dl. _____	
ASPECTOS FARMACOLOGICOS		
39. ¿Qué tipo de medicamentos tiene prescritos? Antihipertensivos _____ Resina intercambiadoras de potasio _____ Quelantes _____ Calcio _____ Inhibidores de la bomba de protones _____ Betabloqueadores _____ Analgésicos _____		
40. ¿Toma los medicamentos según la dosis y frecuencia ordenada por el medico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
PATRONES DE VIDA		
41. ¿Maneja altos niveles de estrés durante el día? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
42. Cuando siente estrés, ¿Intenta relajarse? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	43. ¿Duerme generalmente 8 horas diarias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
44. ¿Realiza ejercicio 30 minutos, por lo menos cinco veces a la semana? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
45. ¿Al consumir los alimentos le agrega más sal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	46. ¿Usted consume frutas diariamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
47. ¿Usted consume cigarrillo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	48. ¿Usted consume bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
49. Percepción del estado de salud Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/>		

Anexo 3. Cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso

Este cuestionario va orientado a identificar la **Capacidad de Agencia de Autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial**.

1. Datos personales del paciente:

Edad: (años cumplidos):	Género: 1. Femenino 2. Masculino
--------------------------------	--

Estado Civil	Casado	Soltero	Unión Libre	Viudo	
Ocupación	Estudiante	Empleado	Desempleado	Independiente	Jubilado
Escolaridad	Ninguna-Primaria	Bachillerato	Técnico	Universitario	Postgrado
Vive con	Solo	Pareja	Padre / madre	Hijo/a	Otro cual:
Cuidador	Conyugue	Hijo /Hija	Padre / Madre	Otro familiar	Otro cual:
Red de apoyo	Grupo hospitalario	Grupo de amigos	Grupo religioso	Grupo social	Otro cual:

ITEMS		Nunca 1	Casi Nunca 2	A Veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
1	Cuando duermo 6- 8 horas diarias, me siento descansado					
2	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
3	Considero importante realizar ejercicio					
4	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
5	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
6	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración					
7	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas de sal					
8	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
9	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
10	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
11	Camino diariamente como mínimo 30 minutos					

ITEMS		Nunca 1	Casi Nunca 2	A Veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
12	Realizo cambios según las necesidades, para mantener la salud y manejar adecuadamente La enfermedad.					
13	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
14	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
15	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					
16	He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos					
17	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					
TOTAL						

Niveles Capacidad Agencia de Auto-cuidado

Bajo capacidad: 17 - 28
 Media capacidad: 29 - 56
 Alta capacidad: 57 - 85