



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ**

**DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS  
PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL  
EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MIGUEL ANGEL GONZALEZ HERNANDEZ

ASESOR:

MTRO. JULIO CÉSAR CADENA ESTRADA

CIUDAD DE MÉXICO OCTUBRE 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Ciudad de México a 04 de Octubre de 2022.

**C. Miguel Angel Gonzalez Hernandez**

**P r e s e n t e**

Por medio del presente nos dirigimos a Usted para informarle que su Trabajo de Tesis titulado: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

El cual, fue presentado a nuestra consideración, ha sido aprobado para que se lleve a cabo la impresión definitiva del mismo.

Al cumplir con este último requisito, usted será considerado candidato a obtener el Título de Licenciado en:

Enfermería y Obstetricia

Emiten su voto aprobatorio:

  
Mtro. Julio César Cadena Estrada  
**PRESIDENTE**

  
Mtra. Ana María González Pérez  
**SECRETARIA**

  
Mtra. Maria Guadalupe Paredes Balderas  
**VOCAL**

## **AGRADECIMIENTOS**

Doy gracias a la vida por ponerme en este camino de la Enfermería tan lleno de experiencias y aprendizaje que han contribuido para ser una mejor persona, y por brindarme el privilegio de formar parte de la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología, pilar que fue fundamental para mi formación profesional.

Gracias a cada una de mis coordinadoras de grupo y a mis maestros, por compartir sus conocimientos, su tiempo y apoyo durante la licenciatura, quiero agradecer en especial a la Mtra. María Guadalupe Paredes Balderas por enseñarme a aprender de mis errores y por confiar en mí. Gracias por ser parte de mi desarrollo profesional.

También doy gracias a la Mtra. Blanca Jareht Jiménez Chávez y Dra. Karla Berenice Cano Escobar, por darme la oportunidad de aplicar el instrumento de la presente investigación, por su apoyo, y confianza ya que sin ellos no hubiera sido posible la realización de la misma.

Al Mtro. Julio César Cadena Estrada por sus valiosas enseñanzas en el área de investigación, por su tiempo y esfuerzo en mi formación, por impulsarme en todo momento, como asesor al realizar esta investigación y así obtener mi título profesional.

Finalmente, gracias a mis sinodales por el tiempo que se tomaron para leer cada párrafo de esta investigación y por sus aportaciones que ayudaron a fortalecerla.

## DEDICATORIAS

A mis padres:

Al amor de mi vida, mi madre, que, con su apoyo incondicional, alegría y sus palabras de aliento en días nublados me motivaron y ayudaron a cumplir cada una de mis metas.

A mi padre, que es mi sostén cuando los días parecen nublados y tormentosos, que con su tranquilidad y palabras apaciguan mis miedos e incertidumbres.

A mi hermana:

Mi persona favorita, por estar a mi lado en esta etapa, ayudándome incondicionalmente, por estar cuando más la necesitaba y ser mi cómplice en el camino de la vida.

A mi abuelo Guadalupe:

Que está en espíritu conmigo, por ser mi maestro de la escuela de la vida, ya que muchas de sus enseñanzas contribuyeron a que llegara hasta donde estoy y por enseñarme que no es malo equivocarme, es malo no aprender de esos errores.

A mi amigo del alma:

Una persona maravillosa que el destino me hizo conocer, que gracias a sus enseñanzas he podido comprender un sinfín de cuestiones espirituales que me han permitido transitar por un camino lleno de amor, luz y tranquilidad.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>RESUMEN</b> .....   | 4  |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | 6  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....                                      | 8  |
| <b>CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....           | 10 |
| <b>1.1 Problema de investigación</b> .....                     | 10 |
| <b>CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....                | 13 |
| <b>2.1 Objetivo general</b> .....                              | 13 |
| <b>2.2 Objetivos específicos</b> .....                         | 13 |
| <b>2.3 Hipótesis de trabajo</b> .....                          | 13 |
| <b>CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO</b> .....                       | 14 |
| <b>3.1 Anatomía del aparato urinario</b> .....                 | 14 |
| <b>3.1.1 Funciones de los riñones</b> .....                    | 15 |
| <b>3.2 Enfermedad renal crónica</b> .....                      | 17 |
| <b>3.2.1 Fisiopatología</b> .....                              | 18 |
| <b>3.2.2 Factores de riesgo</b> .....                          | 18 |
| <b>3.2.3 Manifestaciones clínicas</b> .....                    | 20 |
| <b>3.2.4 Estadios de la enfermedad renal crónica</b> .....     | 21 |
| <b>3.2.5 Tratamiento sustitutivo de la función renal</b> ..... | 22 |
| <b>3.3 Diálisis peritoneal</b> .....                           | 23 |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| 3.3.1  | Modalidades de diálisis peritoneal .....                                  | 23        |
| 3.3.2  | Indicaciones y contraindicaciones de la diálisis peritoneal .....         | 27        |
| 3.3.3  | Complicaciones de la diálisis peritoneal .....                            | 28        |
| 3.4  | La teoría déficit de autocuidado .....                                    | 30        |
| 3.4.1  | Aportaciones de Dorothea Elizabeth Orem .....                             | 30        |
| 3.4.2  | Teoría de Déficit de autocuidado .....                                    | 30        |
| 3.5  | Rol de enfermería en el autocuidado en pacientes en diálisis peritoneal.. | 33        |
| 3.6  | Marco referencial: estudios previos .....                                 | 34        |
| <b>CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b> |   | <b>42</b> |
| 4.1  | Tipo y diseño .....   | 42        |
| 4.2  | Población .....   | 42        |
| 4.3  | Muestra .....   | 42        |
| 4.4  | Muestreo .....  | 42        |
| 4.5  | Criterios de selección.....   | 43        |
| 4.5.1  | Inclusión. ....   | 43        |
| 4.5.2  | Exclusión.....  | 43        |
| 4.5.3  | Eliminación.....  | 43        |
| 4.6  | Operacionalización general de variables .....                             | 44        |
| 4.7  | Instrumento de recolección de datos .....                                 | 46        |
| 4.8  | Método .....  | 47        |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.9 Análisis de datos.....                           | 48        |
| 4.10 Consideraciones éticas .....                    | 48        |
| <b>CAPITULO V. RESULTADOS .....</b>                  | <b>50</b> |
| <b>CAPITULO VI. DISCUSIÓN .....</b>                  | <b>60</b> |
| <b>CAPITULO VII. CONCLUSIÓN .....</b>                | <b>63</b> |
| <b>CAPITULO VIII. PROPUESTA DE MEJORA. ....</b>      | <b>65</b> |
| <b>CAPITULO IX. ANEXOS.....</b>                      | <b>76</b> |
| <b>9.1 Cronograma de actividades .....</b>           | <b>76</b> |
| <b>9.2 Consentimiento informado.....</b>             | <b>77</b> |
| <b>9.3. Instrumento de recolección de datos.....</b> | <b>79</b> |
| <b>9 .4 Financiamiento .....</b>                     | <b>81</b> |
| <b>CAPITULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>82</b> |



## RESUMEN

**Introducción:** La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una enfermedad irreversible en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar sustancias tóxicas de la sangre. Existen diferentes modalidades del tratamiento para la ERC entre ellas se encuentra la diálisis peritoneal (DP), esta es de alto costo con un impacto en la calidad de vida del paciente, la familia y en los servicios de salud, el impacto negativo se podría disminuir fortaleciendo el autocuidado de los pacientes con esta patología. **Objetivo:** Analizar la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes con diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel. **Metodología:** Es un estudio, cuantitativo, observacional, transversal, analítico y prospectivo, muestra n=90 pacientes seleccionados por conveniencia, se incluyeron a pacientes mayores de 18 años sin distinción de sexo, quienes tenían catéter peritoneal con un mínimo de seis meses. Los datos fueron recolectados con la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado validada con 5 dimensiones. Se realizó descripción estadística simple, proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas, medidas de tendencia central, de dispersión, así como pruebas de correlación, considerando una significancia estadística de  $p < 0.05$ . El análisis de los datos se realizó en el programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 21. **Resultados:** Predominó el sexo femenino, con un rango de edad de 18 a 76 años; el 56.6% de los pacientes son casados y/o viven en unión libre; de acuerdo al total de personas que se incluyeron en el estudio el 56.7% no tienen actividad laboral. La Capacidad de Autocuidado (CAC) de los pacientes en tratamiento de DP va de media (63.2%) a alta (36.7%). Esta se correlaciona con todas sus dimensiones, especialmente con la de interacción personal ( $r = 0.938$ ,  $p = 0.000$ ) y en la

de promoción del funcionamiento y desarrollo personal ( $r=0.803$ ,  $p=0.000$ ), no obstante, no hay relación significativa con las características demográficas de los pacientes, inclusive, es semejante entre quienes trabajan ( $\chi^2=0.32$ ,  $gl= 2$ ,  $p=0.566$ ) y tienen pareja ( $\chi^2=0.22$ ,  $gl= 2$ ,  $p=0.883$ ) o no respectivamente. **Conclusión:** 9 de cada 10 pacientes, presentan una CAC de media a alta debido principalmente a la interacción personal y la promoción del funcionamiento y desarrollo. Cabe destacar que las mujeres tienen mayor CAC que los hombres; independientemente de que la mayoría eran mujeres adultas, con pareja, con actividad laboral y viviendo en el último año con la enfermedad, pero por lo menos con seis meses o más tratados con DP.

**Palabras claves:** Autocuidado, diálisis peritoneal e intervención educativa.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic Kidney Disease (CKD) is an irreversible disease in which the body loses the ability to filter toxic substances from the blood. There are different modalities of treatment for CKD, among them is peritoneal dialysis, this is of high cost so it has an impact on the quality of life of the patient, the family and the health services, this impact could be reduced by strengthening self-care of patients with this pathology.

**Objective:** To analyze the self-care capacity of peritoneal dialysis patients in a tertiary care hospital. **Metodología:** It is a quantitative, observational, cross-sectional, analytical and prospective study, it shows n=90 patients selected for convenience, patients over 18 years of age without distinction of sex, who had lived at least six months with the peritoneal catheter were included. Data were collected with the validated 5-dimensional Self-Care Agency Rating Scale. Simple statistical description, proportions and ratios were performed for qualitative variables and for quantitative variables measured by central tendency, dispersion, as well as correlation tests, considering a statistical significance of  $p < 0.05$ . The analysis of the data was carried out in the statistical program for the social sciences in its version 21. **Results:** The female sex predominated, with an age range of 18 to 76 years; 56.6% with a partner, 56.7% without work activity. The Self-Care Capacity (CAC) of PD patients ranging from medium (63.2) to high (36.7). This is correlated with all its dimensions, mainly with the dimension of personal interaction ( $r = 0.938$ ,  $p = 0.000$ ) and the promotion of personal functioning and development ( $r = 0.803$ ,  $p = 0.000$ ), however, it does not have a significant relationship with the demographic characteristics of the patients, inclusive, is similar between those who work ( $\chi^2 = 0.32$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.566$ ) and have a partner ( $\chi^2 = 0.22$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.883$ ) or not, respectively.

Conclusion: 9 out of 10 patients have a medium to high self-care capacity, mainly due to personal interaction and the promotion of functioning and development. It should be noted that women have higher CAC than men; regardless of the fact that most were women, adults, with a partner, with work activity and living in the last year with the disease, but with at least six months or more treated with PD.

**Keywords:** Self-care, peritoneal dialysis and educational intervention

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC), es un problema de salud pública que ha cobrado la vida de miles de persona a nivel mundial, pero además impacta en su calidad de vida, incrementa los días de hospitalización y los costos para las Instituciones de Salud. Generalmente el diagnóstico de la ERC es tardío ya que, al comienzo de esta las personas no presentan signos y síntomas, y es hasta que hay un deterioro significativo en la tasa de filtrado glomerular (FG) cuando se sospecha y confirma la enfermedad.

Afortunadamente los avances científicos y tecnológicos han permitido ofrecerles una opción de tratamiento, tales como las terapias de sustitución renal; una de estas es la diálisis peritoneal, donde su éxito depende de diversos factores, pero en el caso del paciente es el autocuidado, punto clave para tener éxito en dicha modalidad de tratamiento.

En el presente trabajo de tesis se abordan nueve capítulos donde el lector encontrará en el primero, la descripción y justificación del problema de investigación. En el segundo capítulo se menciona el objetivo general y los específicos del tema de interés, posteriormente en el tercer capítulo se expone la anatomía, fisiopatología, diagnóstico y modalidades de tratamiento de la ERC, así como también la definición y tipos de diálisis peritoneal (DP); por último, la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea y el marco referencial relacionado con la capacidad de autocuidado de los pacientes en DP.

Para conocer los detalles del estudio en el capítulo cuarto, se encuentra la metodología y diseño de la investigación, las características de la población, recolección de datos, selección de análisis estadístico, las consideraciones éticas y operacionalización de variables.

En el quinto capítulo, se exponen los resultados y análisis obtenidos en la investigación mediante cuadros y gráficas, mientras que en el capítulo sexto se desarrolla una discusión de los resultados de la presente investigación con los resultados previos de estudios encontrados en la literatura referente al mismo tópico de investigación.

Por otra parte, en el capítulo séptimo se presentan las conclusiones. Finalmente, en el capítulo octavo y noveno se podrá verificar el instrumento utilizado, el consentimiento informado y las referencias bibliográficas consultadas para la realización de la presente investigación respectivamente.

## **CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Problema de investigación**

La enfermedad renal crónica (ERC), es un problema de Salud Pública, ya que de acuerdo con la Sociedad Internacional de Nefrología (INS), alrededor de 850 millones de personas a nivel global son afectadas por la enfermedad, debido a ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) la posiciona como la décimo primera causa de mortalidad mundial, ocasionando el fallecimiento prematuro entre 2.3 y 7.1 personas<sup>1</sup>. La etapa final de la ERC da como resultado la insuficiencia renal, la cual requiere de terapias de tratamiento como: diálisis peritoneal, hemodiálisis y el trasplante renal; la combinación adecuada de estas técnicas hace posible que las personas puedan llegar a vivir más de 30 años.

La diálisis peritoneal (DP), es una alternativa de gran demanda como tratamiento de la ERC, porque mejora la calidad de vida del paciente y representa costos más bajos para el paciente como para el Sector Salud. Sin duda la DP, es una modalidad que requiere del autocuidado por parte del paciente ya que él puede controlar su tratamiento de diálisis, cuidar de su alimentación, su catéter, observar datos de infección, entre otros aspectos.<sup>2,3,4</sup> En este mismo sentido, de acuerdo a la OMS el empoderamiento es un factor clave, y el profesional de enfermería es un pilar importante para incrementarlo con el propósito de que las personas adquieran un mayor control sobre las acciones y decisiones que afectan su salud, teniendo así un impacto positivo en su capacidad de autocuidado y mejorar su calidad de vida<sup>5</sup>.

La esencia de enfermería es el cuidado del ser humano, de tal manera que debe existir una interacción enfermera – paciente, en función de aplicar estrategias para promover

la educación para la salud como método para transmitir y solidificar conocimientos, que motive y ayude al paciente a una adecuación en su estilo de vida y mantener o mejorar su salud. La promoción de la salud permite que las personas desarrollen habilidades y la capacidad de participar en su autocuidado.<sup>6,7</sup>

El modelo de autocuidado es un sistema de acción que debe aprenderse y aplicarse de forma intencionada, con el fin de mantener la función reguladora del hombre, siempre en correspondencia con las necesidades del individuo en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo. Dorothea Orem contempla el concepto de “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto de “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él, para que esto se cumpla la persona debe realizar actividades de autocuidado donde debe cumplir con ciertos requisitos categorizados como: universales, del desarrollo y de desviación de la salud. El primero se centra en cubrir las necesidades básicas para promover el desarrollo. El segundo está orientado al compromiso que deben tener las personas para su crecimiento propio, la prevención de condiciones humanas y situaciones de vida que afecten su desarrollo. Ambos requisitos, dan como resultado la promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas. Por último, los requisitos de desviación de la salud, los cuales se enfocan en las personas que están enfermas o con alguna lesión. Estos conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad.<sup>8</sup>

Cuando la capacidad de acción de una persona no es suficiente para generar su autocuidado, surge el déficit de este. De acuerdo a Orem, la intervención del personal



de enfermería ante esta situación solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado de la persona exceden sus habilidades para cubrirlas, en este sentido la enfermera proporciona cuidados que se orientan a sistemas específicos que van desde totalmente compensatorios, parcialmente compensatorios y el educativo, en donde los dos primeros la enfermera y el paciente realizan en conjunto el cuidado, mientras que en el educativo, el rol de enfermería es ayudar al paciente en adquirir conocimientos o habilidades relacionados a la fomentación de su autocuidado.<sup>9</sup>

Por otra parte, en México son pocos los estudios que abordan la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes en tratamiento de DP,<sup>5,10</sup> debido a que la evidencia publicada es de países latinoamericanos en pacientes, en donde predomina el sexo masculino con un 41% a 70%, mientras que el sexo femenino va de un 20% a 78%, con una media de edad de 50 a 56.6 años, sometidos a diálisis peritoneal por 12 a 24 meses, con o sin seguimiento; han mostrado que el fenómeno se ha estudiado tanto de forma cuantitativa como cualitativa relacionándose con las dificultades para llevar a cabo el tratamiento; no obstante, no han descrito en los últimos 5 años la capacidad de autocuidado cuando reciben terapia de remplazo renal de tipo diálisis peritoneal automatizada<sup>11,12</sup>, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes con diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.

## **CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **2.1 Objetivo general**

- Analizar la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes con diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Describir los datos sociodemográficos de los pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal.
- Medir la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes con diálisis peritoneal.
- Determinar la relación que hay entre la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes en diálisis peritoneal y sus características sociodemográficas.

### **2.3 Hipótesis de trabajo**

Con base en los estudios previos se espera que la capacidad de autocuidado de los pacientes con diálisis peritoneal, sea de mediana a alta y a su vez esté relacionada con sus características sociodemográficas.

## **CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO**

La enfermedad renal es un problema de salud pública y una de las principales enfermedades que afecta la salud de las personas a nivel mundial. En México no existe un registro nacional de enfermos renales, es por ello que se desconoce con exactitud la prevalencia de pacientes en terapia renal, sin embargo, se estima que hay una incidencia de ERC de 1,142 casos por millón de habitantes, una prevalencia del 12.2% y una tasa de 51 defunciones por cada 100 mil habitantes.<sup>13,14</sup>

### **3.1 Anatomía del aparato urinario**

El sistema urinario se le conoce con el nombre de aparato excretor, está formado por diversas estructuras cuya función es almacenar y eliminar sustancias de desecho resultantes de las reacciones bioquímicas que se llevan a cabo en el organismo.

El órgano principal de este sistema son los riñones; estos tienen la forma de una judía, se encuentran afuera de la cavidad peritoneal en la parte posterior del abdomen superior. En una persona adulta mide 10-12 cm de largo, 5-7 cm de ancho y 3 cm de espesor, pesa de 135-150 gramos. Cada riñón está cubierto por una capsula fibrosa externa y rodeado por una masa de tejido conectivo graso, este último protege al riñón contra traumatismos y ayuda a mantener la forma del riñón.<sup>15</sup>

En un corte frontal del riñón, se pueden diferenciar dos estructuras: la corteza renal, esta es de color pardo rojizo, que se extiende desde la cápsula hasta la base de las pirámides renales y hacia los espacios entre estas. La segunda estructura es la médula renal, que consta de secciones llamadas pirámides renales, donde se encuentran las nefronas, que son las unidades funcionales del riñón, ya que se encargan de filtrar la sangre y formar la orina, la punta de cada pirámide renal se llama papila, la cual se

proyecta hacia un cáliz menor donde el conjunto de estos constituye un cáliz mayor que son las estructuras que forman la pelvis renal, parte inicial de los uréteres, los cuales transportan la orina hacia la vejiga urinaria donde se almacena hasta el momento de la micción.<sup>13</sup>

### **3.1.1 Funciones de los riñones**

Cada riñón contiene numerosos túbulos que reciben un filtrado de la sangre desde un lecho capilar llamado glomérulo, este filtrado se modifica al paso de las diferentes regiones del túbulo y de esta forma se convierte en orina. De tal manera, la función de los riñones es la regulación del líquido extracelular, ya que este es esencial para transportar y mantener un equilibrio de electrolitos, gases, nutrientes y productos de desecho por todo el cuerpo.<sup>16</sup>

Asimismo, tiene la capacidad de sintetizar hormonas, una de ellas es la eritropoyetina que estimula la producción de eritrocitos por parte de la médula ósea, de igual forma produce la enzima renina considerada necesaria para la producción de angiotensina II, hormona que ayuda a la regulación del equilibrio de agua y sodio para el control de la presión arterial, así también la transformación de sustancias como la vitamina D, para la regulación del fósforo y calcio, además ayuda en la regulación de la concentración de glucosa sanguínea, debido al proceso de gluconeogénesis.<sup>14</sup>

Por tal motivo, el cuerpo forma constantemente productos terminales de los procesos metabólicos que el organismo no puede utilizar y deben ser excretados, como el amoníaco, la urea, la bilirrubina, la creatinina y el ácido úrico.<sup>14</sup>

La formación de la orina pasa por tres etapas fundamentales: la primera de ellas es la filtración glomerular, este es un flujo de plasma que es ultrafiltrado desde los capilares glomerulares hacia la capsula de Bowman, para llegar a este, el volumen de plasma debe pasar por una barrera de filtración compuesta por tres capas, donde está dispuesta por: a) células endoteliales capilares, que gracias a sus fenestraciones no permiten el paso de células y plaquetas, b) membrana basal capilar, ayuda a filtrar grandes cantidades de agua y de solutos, c) células epiteliales, estas previenen el paso excesivo de proteínas plasmáticas como la albumina. El filtrado glomerular, está compuesto por poca proteína total, iones y solutos orgánicos de bajo peso molecular.<sup>17,18</sup>

La segunda etapa es la reabsorción y secreción tubular, el primero, se refiere al movimiento de solutos filtrados y agua desde la luz de los túbulos al plasma. La mayoría de los solutos son reabsorbidos en los túbulos contorneados proximales y distales, donde se reabsorben la glucosa, aminoácidos, lactato, vitaminas solubles en agua, electrolitos como  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$  y  $\text{HCO}_3^-$ . Por otro lado, se lleva a cabo la secreción de iones de potasio o hidrógeno, productos de desecho como la colina y la creatinina, estos se mueven del plasma de los capilares peritubulares a los túbulos renales para formar parte del filtrado por medio de dos mecanismos, el transporte activo y pasivo.<sup>15,16</sup> El primero de estos, requiere energía para mover una molécula contra su gradiente de concentración. La energía puede venir directamente del ATP o creado a expensas de este. Un ejemplo de transportador activo, es la bomba dependiente de energía de  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ -trifosfato de adenosina, este se encuentra en el lado basolateral de las células renales tubulares y su función es conservar una concentración baja de sodio intracelular

que facilita el movimiento abajo, es decir, de una concentración más alta a una más baja, del sodio que procede del filtrado de la membrana luminal.<sup>19,20</sup>

El transporte pasivo se basa en las diferencias de osmolaridad de los solutos, donde la reabsorción de estos se lleva a cabo mediante difusión a favor de su gradiente de concentración. Por ejemplo, el agua y los solutos X, Y; cuando estos últimos se reabsorben de forma activa, incrementan la osmolaridad del plasma, mientras que disminuyen la osmolaridad del líquido tubular, por consiguiente, el agua difunde a favor de su gradiente de concentración hacia una zona de mayor osmolaridad.<sup>19,20</sup>

La última etapa es la excreción, en donde se lleva a cabo el aclaramiento del plasma, este es el volumen por minuto de plasma que se depura por completo de cualquier sustancia ya sea solutos, productos de desecho o agua, en forma de orina. Lo cual está determinado por la capacidad de la sustancia para ser filtrada en los glomérulos y la de los túbulos renales para ser reabsorbida o secretada.<sup>15, 16</sup>

Cuando existe alguna alteración en la estructura renal o en el proceso de la formación de la orina, pueden desarrollarse síndromes y diversas patologías, por ejemplo, la enfermedad renal crónica.

### **3.2 Enfermedad renal crónica**

La ERC, es el deterioro progresivo e irreversible de las funciones renales, que conlleva a una incapacidad para remover productos de desecho, para mantener el equilibrio acido-básico, de agua y electrolitos en el organismo, cuyo grado de afección se manifiesta por medio de la tasa de filtración glomerular (TFG)  $<60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$  de superficie corporal por un lapso  $\geq 3$  meses y/o presencia de lesión renal, que se puede apreciar a través de alteraciones histológicas en la biopsia renal y cambios en el

sedimento urinario por ejemplo: el aumento de albumina >30mg/dL o proteinuria >150mg/dL.<sup>21</sup>

### **3.2.1 Fisiopatología**

En la ERC, hay una reducción de la función renal debido a una pérdida irreversible de nefronas, la disminución de estas ocasiona una sobrecarga funcional dando como resultado un aumento de la presión de filtración glomerular e hiperfiltración compensadora, que esta mediada por sustancias vasoactivas, citocinas y a factores de crecimiento, por otra parte a esta hiperfiltración se le considera una forma de hipertensión que predispone a fibrosis y esclerosis glomerular, que trae como consecuencia el incremento del índice de destrucción y pérdida de nefronas, progresando a síndrome urémico.<sup>22,23</sup>

### **3.2.2 Factores de riesgo**

Existen diversos factores de riesgo para el inicio y progresión de la enfermedad renal, por ejemplo, la edad avanzada<sup>24</sup>, que favorece al deterioro funcional del riñón y esto lleva a un descenso de la filtración glomerular. La pobreza, debido a esto, las personas tienen mayor dificultad para desarrollar conductas saludables, no tienen acceso a cuidados de la salud de manera oportuna, se encuentran expuestas a agentes nefrotóxicos como el plomo, cadmio y arsénico. En este mismo sentido se dio a conocer en un estudio, que las persona con bajo estrato económico pueden presentar mayor depresión, ansiedad y mayor exposición a adicciones, lo que estimula al sistema nervioso simpático a liberar un incremento de citosinas que pueden inducir directamente en la patogénesis de daño renal.<sup>25</sup> El bajo peso al nacer, se ha asociado

a una reducción en el número de nefronas dando como resultado la hipertensión glomerular e hiperfiltración, que ocasiona ERC.<sup>26</sup>

Otro factor puede ser la raza negra, se atribuye que las personas de esta raza presentan mayor prevalencia de hipertensión arterial sistémica, peores circunstancias socioculturales y posibles factores genéticos que ayudan al desenlace de la ERC.<sup>22</sup>

También se ha descrito que la presencia de anemia puede ser precursor para el inicio de la ERC, debido al déficit en la producción de eritropoyetina, que trae como consecuencias adversas, la disminución de aporte de oxígeno a los tejidos, dilatación ventricular e hipertrofia, mayor gasto cardiaco, este último afectando a la función del riñón en especial contribuye a la hiperfiltración adaptativa que el glomérulo debe resistir.<sup>27</sup>

La exposición crónica a fármacos nefrotóxicos puede iniciar daño renal, como es el caso de los antiinflamatorios no esteroideos, ya que estos producen granulomas, atrofia tubular, fibrosis intersticial, dando lugar a una lesión renal severa. Los aminoglucósidos pueden acumularse en el segmento apical de las células tubulares proximales que provoca toxicidad en este sitio.<sup>28</sup>

Por otro lado, se encuentra la presencia de enfermedades crónicas degenerativas mal controladas, como la hipertensión arterial sistémica, que ocasiona un aumento de la presión a nivel del glomérulo que afecta a la arteriola aferente dando como resultado el fenómeno de hiperfiltración adaptativa<sup>29</sup>. En la diabetes mellitus, debido al aumento de glucosa en sangre, ocasiona que en el túbulo proximal renal haya reabsorba el sodio, lo que genera un incremento en la presión arterial sistémica. Así también la presencia de dislipidemias, esto se da a razón de la aparición de proteinuria, lo cual da lugar a una disminución de la presión oncótica del plasma y como consecuencia un aumento de la



síntesis hepática de lipoproteínas, aumento de colesterol total, VLDL, IDL, LDL y lipoproteína A. Este aumento de partículas de LDL oxidadas, son atrapadas por las células mesangiales induciendo su proliferación y promoviendo esclerosis glomerular. Por otro lado, los ácidos grasos libres, lesiona directamente los podocitos y cuando se filtran inducen lesiones túbulo intersticiales.<sup>30</sup>

### **3.2.3 Manifestaciones clínicas**

Cuando la función renal se ve afectada debido a la destrucción progresiva de las nefronas, disminuye la tasa de filtración glomerular, el cual en una persona sana es de 125ml/min. Esta disminución provoca diversas alteraciones en el organismo que trae como resultado la aparición de diversos síntomas, que van surgiendo de acuerdo con el declive de este. Cuando la TFG se ha reducido de 30 a 50%, los pacientes son asintomáticos, sin embargo, cuando cae por debajo de 30ml/min aparecen los síntomas del síndrome urémico. Esto conlleva a la aparición de las siguientes manifestaciones clínicas y bioquímicas en los aparatos y sistemas: <sup>22,31</sup>

- Trastornos cardiovasculares: los más característicos son la presencia de arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva, lo cual se debe a la retención del sodio y líquidos en el organismo.
- Trastornos gastrointestinales: los más concretos son vómito, náuseas y uremia, debido a la retención de desechos nitrogenados (urea y creatinina).
- Trastornos hematológicos: comúnmente existe la anemia, resultado de un déficit de eritropoyetina, seguido del sangrado prolongado en heridas o estómago debido a un déficit de hierro y alteraciones en las plaquetas.

- Trastornos neuromusculares: la neuropatía periférica es uno de estos trastornos, donde el responsable es la presencia de uremia, ya que esta afecta el sistema nervioso central, esta afección se ve reflejada en cambios en el ciclo del sueño, la conducta, signos de irritabilidad y espasmos musculares. Por otra parte, los nervios sensoriales son afectados por lo que se presentan calambres y parestesias.
- Trastornos urinarios como la poliuria y nicturia, se hacen presentes debido a la destrucción progresiva de las nefronas por lo que disminuye la capacidad de concentración del riñón y aumenta la diuresis para eliminar la carga de solutos.

### **3.2.4 Estadios de la enfermedad renal crónica**

Las guías KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), tienen como objetivo proporcionar información sobre la definición, evaluación, clasificación, manejo y tratamiento de la ERC; estas guías describen el grado de daño renal según la tasa de filtración glomerular, de acuerdo a la edad, sexo, y tamaño corporal y los clasifica en 5 estadios mostrados en la tabla 1.<sup>32</sup>

En cada estadio de la ERC, se presentan diferencias en los periodos iniciales y finales de la misma.<sup>33</sup>

- a) Estadio 1 y 2: la función renal global es suficiente para conservar la normalidad química y generalmente los pacientes son asintomáticos, debido a la función adaptativa de las nefronas.
- b) Estadio 3: suele haber alteraciones de los productos de desecho como la urea y creatinina en sangre, así como cambios en el metabolismo fosforo-calcio. De

igual forma aparecen los primeros síntomas clínicos poliuria y nicturia, que demuestran la vulnerabilidad renal.

- c) Estadio 4: se presentan una intensificación de las alteraciones clínicas como anemia, trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos, por lo cual es indispensable la valoración para empezar un tratamiento de sustitución renal.
- d) Estadio 5: se intensifican los síntomas, el paciente desarrolla síndrome urémico irreversible que puede conducir a la muerte si no recibe alguna terapia renal sustitutiva.

Tabla 1. Clasificación de los estadios en la enfermedad renal.

| <b>Estadio</b> | <b>Descripción</b>                         | <b>TFGe (mL/min/1.73m<sup>2</sup>)</b> | <b>Tratamiento</b> |
|----------------|--|--|--------------------|
| 1              | Daño renal con TFGe normal o elevada       | ≥ 90                                   | T                  |
| 2              | Daño renal con disminución leve de la TFGe | 60-89                                  | T                  |
| 3              | Disminución moderada de la TFGe            | 30-59                                  | T                  |
| 4              | Disminución grave de la TFGe               | 15-29                                  | T                  |
| 5              | Falla renal                                | < 15 (o diálisis)                      | D                  |

*TFGe = Tasa de filtración glomerular estimada mediante la fórmula de MDRD; T = Trasplante renal; D = Tratamiento dialítico; KDIGO = Kidney Disease: Improving Global Outcome*

**Fuente:** Dehesa E. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. Medigraphic.[Internet]. 2008;3(3):73-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>

### 3.2.5 Tratamiento sustitutivo de la función renal

La enfermedad renal es un proceso multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal, en el cual la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada como para ocasionar la muerte del paciente o bien para requerir de terapias de sustitución renal. En México de manera histórica ha

predominado el uso de diálisis peritoneal, aunque recientemente se ha dado impulso a la hemodiálisis. Por otra parte, se ha establecido que todo paciente que se encuentre en estadio 5 de la ERC está indicado que reciba alguna de las modalidades de terapia sustitutiva renal, excepto cuando existe alguna contraindicación para la misma. Antes de elegir la modalidad de tratamiento es importante considerar algunos factores como: la educación del paciente, evolución y síntomas urémicos, velocidad de declinación de TFG, entre otros, para que esta sea exitosa.<sup>34,35</sup> La terapia de sustitución renal incluye la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal.

### **3.3 Diálisis peritoneal**

De acuerdo al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENTEC), la DP permite depurar toxinas; la urea, creatinina, electrolitos, así como eliminar agua en exceso del organismo, esto se lleva a cabo al infundir una solución dializante por medio de un catéter alojado en la cavidad peritoneal, en un determinado tiempo, durante el cual, por medio de mecanismos de transporte de osmosis y difusión se lleva a cabo un intercambio de las sustancias antes mencionadas desde la sangre al líquido infundido, que posteriormente serán eliminados al exterior a través del mismo catéter.<sup>36,37</sup>

#### **3.3.1 Modalidades de diálisis peritoneal**

Las modalidades de DP, han permitido ampliar las opciones de tratamiento ante la ERC, para la elección de una modalidad u otra, se debe tomar en cuenta las preferencias del paciente, su peso, el tipo de transporte peritoneal que tiene, las características de la pared abdominal, así como la persistencia de la función renal

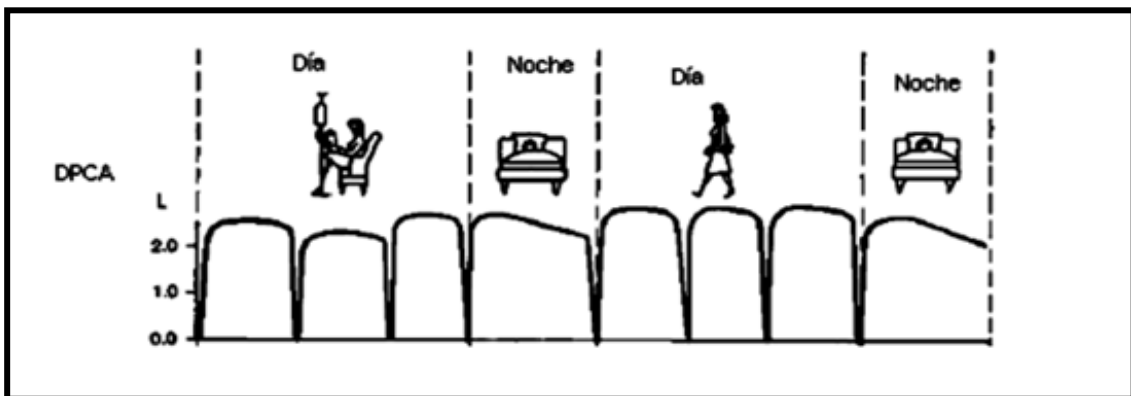
residual. El uso de las modalidades de DP, ha permitido que los pacientes tengan la oportunidad de continuar inmersos en el entorno familiar, social y económico que se encontraban antes de enfermarse.

Existen dos modalidades de DP: la DP continua ambulatoria (DPCA) que se realiza de forma manual y DP automatizada (DPA) que requiere de una cicladora para llevarse a cabo.

### a) Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)

En esta modalidad, el paciente es quien ingresa la solución de diálisis a su cavidad peritoneal por medio de su catéter permanente, llevando el líquido de diálisis durante las 24 horas del día y lo recambia de forma manual de 3 a 4 veces, es por ello que el paciente se halla con el denominado “peritoneo húmedo”. El tiempo de permanencia entre cada intercambio es de 4 a 6 horas durante el día, mientras que de noche es de 8 a 10 horas. Se recomienda esta modalidad en pacientes que tienen bajos transportadores peritoneales debido a que los intercambios de la solución son en periodos más largo de tiempo.<sup>38</sup> (figura 1).

**Figura 1.** Diálisis peritoneal continua ambulatoria



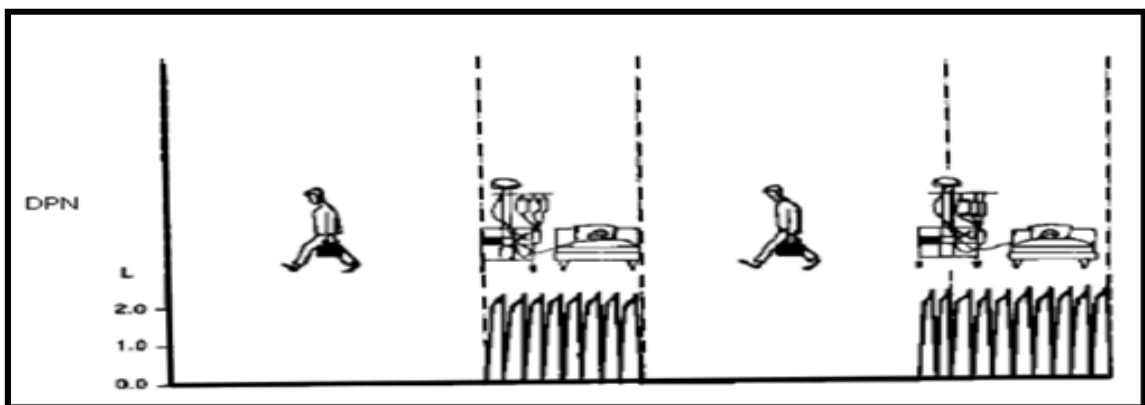
**Fuente:** Adaptado de Guía clínica diálisis peritoneal [Fotografía], por Ministerio de Salud, 2010.  
Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/250>

## b) Diálisis peritoneal automatizada (DPA)

A esta modalidad se le conoce como diálisis continúa ciclada, donde se utiliza un dispositivo médico llamado “cicladora”, la cual se programa para la realización de los intercambios de soluciones de diálisis, adoptando el número de ciclos de intercambios, el volumen intraperitoneal o la permanencia de la solución de diálisis en la cavidad peritoneal de acuerdo a las necesidades clínicas del paciente. Con esta modalidad de tratamiento se busca que el paciente continúe en lo posible con su estilo de vida que llevaba antes de iniciar con la terapia sustitutiva renal. Hay diversas variantes para la optimización del tratamiento de la DPA, las cuales son: <sup>17</sup>

- **Diálisis peritoneal nocturna intermitente (DPNI).** Es una prescripción que se lleva a cabo en un horario nocturno, mientras el paciente duerme, se programa la cicladora para realizar múltiples intercambios, según características de transporte de la membrana peritoneal y requerimiento del paciente. El tiempo total de diálisis es de 8 a 10 horas. Con lo cual el paciente se halla con el peritoneo húmedo durante la noche y peritoneo seco durante el día. (figura 2).

**Figura 2.** Diálisis peritoneal nocturna intermitente



Fuente: Adaptado de Guía clínica diálisis peritoneal [Fotografía], por Ministerio de Salud, 2010.  
Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/250>

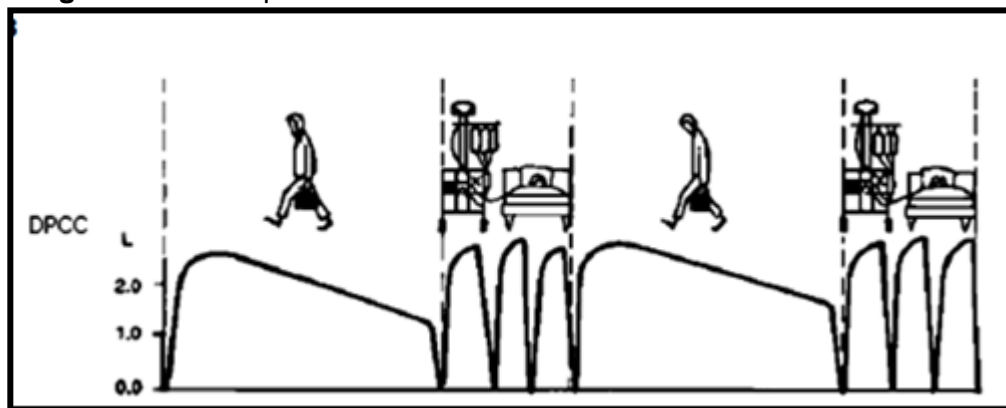
- **Diálisis peritoneal continúa cíclica (DPCC).**

Esta modalidad es parecida a la DPNI, solo que, al finalizar el tratamiento nocturno, se programa la cicladora para que ingrese un último volumen de solución de diálisis en la cavidad peritoneal del paciente, permaneciendo ahí hasta que se conecte nuevamente en la noche, por consiguiente, el paciente se halla con el peritoneo húmedo las 24 horas del día (figura 3).

- **Diálisis peritoneal tidal (DPT).**

También llamada “marea”, se realiza programando en la cicladora una infusión inicial de solución de diálisis aproximadamente 2 a 2.5 litros, a la cavidad peritoneal del paciente, así como múltiples ciclos de infusión que se van drenando, cuando sucede esto último, se queda una porción del líquido infundido en la cavidad peritoneal del paciente y el resto se drena, el cual es remplazado por un nuevo volumen de líquido de diálisis, esto se realiza en un periodo de 8 a 10 horas.

**Figura 3.** Diálisis peritoneal continua cíclica

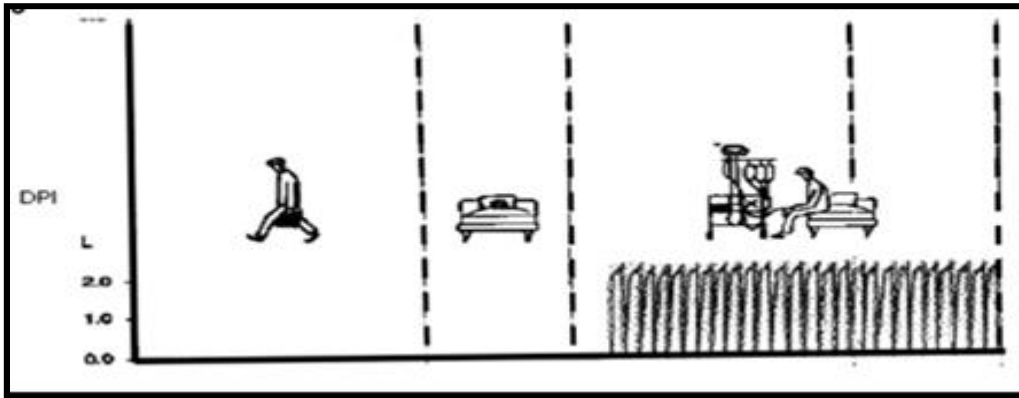


**Fuente:** Adaptado de Guía clínica diálisis peritoneal [Fotografía], por Ministerio de Salud, 2010. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/250>

- **Diálisis peritoneal intermitente (DPI).**

Esta prescripción consiste en efectuar múltiples intercambios de acuerdo a los requerimientos del paciente en sesiones de diálisis de dos a cuatro veces por semana (figura 4).

**Figura 4.** Diálisis Peritoneal Intermitente



**Fuente:** Adaptado de Guía clínica diálisis peritoneal [Fotografía], por Ministerio de Salud, 2010.  
Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/250>

### 3.3.2 Indicaciones y contraindicaciones de la diálisis peritoneal

Existen varias indicaciones para que un paciente pueda someterse a DP, estas se relacionan con factores sociales o presencia de comorbilidades, entre las más comunes se encuentran:<sup>17,39,40</sup>

- Enfermedades crónicas como: la hepatitis, VIH, enfermedad vascular periférica y coagulopatía; enfermedades crónico degenerativas ya sea la diabetes mellitus y/o insuficiencia cardiaca. Enfermedades cardiovasculares manifestadas como: angina, enfermedad valvular, arritmias y prótesis valvular.
- Relacionadas con el paciente: principalmente se debe a que la persona lleve una vida activa, es decir, que cuente con alguna actividad laboral, necesidad de



viajar, que tenga horarios irregulares o variables o bien por preferencia de la modalidad de DP y distancia de la casa del paciente al hospital.

Mientras que las contraindicaciones de la DP, se relacionan principalmente al adecuado funcionamiento de la membrana peritoneal y algunas comorbilidades del paciente, entre ellas se encuentran:<sup>17, 19,20</sup>

- Patología abdominal severa: esclerosis peritoneal, abscesos abdominales, isquemia activa, recesión intestinal extensas/ ostomías, presencia de hernias, enfermedad inflamatoria intestinal activa y fallo de la función de la membrana peritoneal.
- Psicosociales: Psicosis o depresión grave, demencia mental, drogodependencia, poca adhesión al tratamiento y falta de una red de apoyo.

### **3.3.3 Complicaciones de la diálisis peritoneal**

El paciente que se encuentra en tratamiento de DP debe cumplir con una serie de cuidados con el fin de evitar problemas relacionados con el uso de la misma y originar complicaciones, estas se clasifican en dos grupos: las de origen no infeccioso e infecciosas las cuales representan el 77.3%, siendo la peritonitis la más frecuente y la más grave en este grupo. En la tabla 2, se enlistan las diferentes complicaciones relacionadas con la modalidad de tratamiento de DP.<sup>41,42</sup>

Tabla.2 Complicaciones infecciosas y no infecciosas de la diálisis peritoneal (DP)

| <b>Complicaciones no infecciosas</b>  | <b>Complicaciones infecciosas</b>   |
|---|---|
| <p><b>Complicaciones hidroelectrolíticas y metabólicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del agua</li> <li>▪ Trastornos del equilibrio ácido-base</li> <li>▪ Trastornos del Na y del K</li> <li>▪ Enfermedad óseo metabólica</li> <li>▪ Hiperglicemia, aparición de diabetes mellitus de novo</li> <li>▪ Dislipemia</li> <li>▪ Malnutrición proteico energética</li> <li>▪ Complicaciones cardiovasculares</li> </ul>                 | <p>Peritonitis</p> <p>Contaminación en la cavidad peritoneal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intraluminal<br/>Se da a través de las conexiones.</li> <li>2. Peri luminal<br/>Relacionada con el catéter.</li> </ol> |
| <p><b>Complicaciones relacionadas con el catéter de DP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mala función</li> <li>▪ Obstrucción</li> <li>▪ Migración</li> <li>▪ Atrapamiento</li> </ul>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Translocación Bacteriana por patologías intra - abdominales.</li> </ol>   |
| <p><b>Complicaciones intrabdominales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemoperitoneo</li> <li>▪ Quiloperitoneo</li> <li>▪ Líquido peritoneal turbio acelular asociado a bloqueantes de los canales del calcio</li> <li>▪ Pneumoperitoneo</li> <li>▪ Estreñimiento</li> </ul>   |   |
| <p><b>Complicaciones relacionadas con la presión intraperitoneal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor abdominal</li> <li>▪ Hernias</li> <li>▪ Fugas abdominales</li> <li>▪ Fuga pleural o hidrotórax</li> <li>▪ Trastornos de la función peritoneal</li> <li>▪ Alteraciones hemodinámicas</li> <li>▪ Alteraciones de la función respiratoria</li> <li>▪ Otras: dolor lumbar, reflujo gastroesofágico, hemorroides, prolapsos, etc.</li> </ul> |   |

### **3.4 La teoría déficit de autocuidado**

#### **3.4.1 Aportaciones de Dorothea Elizabeth Orem**

Orem nació en Baltimore, Maryland en 1914. Es una teórica de la escuela de las necesidades, principalmente se centró en la enseñanza, investigación y administración. Dio a conocer la teoría de déficit de autocuidado como una modelo general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: la de autocuidado, déficit autocuidado y los sistemas de enfermería, que han sido referencia para la práctica, la educación y gestión de enfermería.<sup>43,44</sup>

Las aportaciones de Orem pueden contribuir en mejorar las condiciones de vida de la población en especial en las personas que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa ya que requieren de cambios en su estilo de vida para disminuir las complicaciones derivados de la misma enfermedad. Esto sería posible si el personal de enfermería implementara programas y estrategias tanto en el ámbito asistencial como el educativo, con énfasis en este último.<sup>45</sup>

#### **3.4.2 Teoría de Déficit de autocuidado**

##### **Teoría de autocuidado**

En 1960, Dorothea E Orem, definió autocuidado como “una actividad y una conducta que es aprendida por las personas orientada hacia un objetivo, que se presenta en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.”<sup>46</sup>

Orem establece que deben existir requisitos del autocuidado, los cuales son un componente principal para valorar al paciente con el objeto promover las condiciones necesarias para la vida, la maduración, así como prevenir la aparición de condiciones adversas en las distintas etapas de la vida (niñez, adolescencia, adultez y vejez).

Los requisitos de autocuidado universal, son aquellos que necesitan todas las personas para preservar y mantener su función físico-biológica en las diversas etapas del ciclo vital. Mientras que los requisitos de autocuidado del desarrollo, tiene que ver con las condiciones más específicas y particulares que garanticen el crecimiento y desarrollo de la persona desde la concepción hasta la vejez. Por último, los requisitos derivados de la salud, que tienen que ver con los trastornos de salud, con alguna lesión o discapacidad que pueden presentar las personas. Se desarrollan dichos requisitos en la siguiente tabla 3.<sup>47</sup>

Tabla 3. Requisitos de Autocuidado

| <b>Universales</b>  | <b>De desarrollo</b>   | <b>Desviación de la salud</b>   |
|---|--|---|
| -Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos.   | A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta.                         | -Asistencia médica segura cuando este expuesto a patología.                   |
| -Mantenimiento del equilibrio entre reposo y la actividad entre la soledad e interacción social.          | B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, cambios de ambiente, condiciones de vida y enfermedad terminal. | -Atención a los resultados del estado patológico.                             |
| -Proporcionar cuidados asociados a la eliminación.  |  | -Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología.           |
| -Prevención de peligros.  |  | -Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. |
| -Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. |  | -Aprender a vivir con la patología.   |

## **Teoría del déficit de autocuidado**

Esta teoría es el núcleo de todo el modelo de Orem. El déficit de autocuidado se presenta cuando una persona requiere de un número mayor de cuidados y su capacidad no es suficiente para cubrirlos, ya sea porque no cuenta con las habilidades necesarias, o bien, no desea aprender como satisfacer las necesidades de cuidado.<sup>2</sup>

En esta misma teoría, menciona que las personas que se ayudan a sí mismas para adaptarse a estos cambios se les llama agente de cuidado y a la capacidad que tienen los individuos para participar en su propio cuidado se llama la agencia de cuidado, en la cual se retoman tres conceptos que se relacionan uno con el otro, los cuales son<sup>2</sup>:

**El cuidar de uno mismo**, que inicia con la toma de autoconciencia del propio estado de salud, con el fin de tomar adecuadas decisiones sobre su estado de salud y mejorarlo.

**Limitaciones del autocuidado**, son las barreras que presenta la persona para que el autocuidado se lleve a cabo como carecer de conocimientos, o no sabe a dónde acudir para recibir información.

**El aprendizaje del autocuidado**, donde se integran el autocuidado interno (pensamientos, sentimientos, orientación) con los externos.

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

Cuando existe un déficit de autocuidado en la persona, el profesional de enfermería puede compensarlo a través de los sistemas de enfermería. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el

cuidado terapéutico. Una persona puede estar al mismo tiempo en más de uno de estos sistemas, a continuación se describe cada uno de ellos.

- **Sistema totalmente compensador:** En este tipo de sistema la enfermera y la persona tienen una interacción constante, ya que la enfermera realiza algunas necesidades de autocuidado que requiere el paciente debido a que este presenta limitaciones físicas o psicológicas o no tiene la capacidad para llevarlas a cabo, por ejemplo; el paciente puede cepillarse los dientes o alimentarse, pero necesita ayuda para bañarse, desplazarse de un lugar a otro o para vestirse.
- **Sistema parcialmente compensador:** es cuando la enfermera realiza todas las actividades de autocuidado, debido a que la persona no puede llevarlas a cabo, aquí se encuentran los pacientes que están intubados o requieren reposo absoluto.
- **Sistema de apoyo educativo:** Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede adaptarse a las nuevas situaciones que se le presenten, en este sentido el papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones, a comunicar tanto conocimientos y habilidades.<sup>2</sup>

### **3.5 Rol de enfermería en el autocuidado en pacientes en diálisis peritoneal**

Partiendo del supuesto: “el sistema de apoyo educativo” de la teoría de autocuidado de Orem, el rol del personal de enfermería en el autocuidado de los pacientes de DP, va dirigido en cubrir aquellas necesidades alteradas que van acorde a la evolución de la ERC, potencializar sus habilidades e incrementar sus conocimientos referentes a cómo

enfrentar tanto los cambios en su organismo derivados de la enfermedad como aspectos relacionados con la modalidad de DP. En este mismo sentido, ante una intervención efectiva referente al autocuidado en estos pacientes, el profesional de enfermería debe contemplar los siguientes aspectos: seguimiento con el régimen estricto, apego a la terapia farmacológica, cumplimiento del tiempo y periodicidad del tratamiento de sustitución renal, cumplimiento con el régimen nutricional acorde a las necesidades del paciente, mantenimiento, cuidado y seguimiento del catéter peritoneal y control, manejo y complicaciones derivadas de la enfermedad.<sup>4,48, 49</sup>

### **3.6 Marco referencial: estudios previos**

De acuerdo con la literatura revisada (tabla 4), se encontró que uno de los objetivos que tienen las modalidades de DP es que los pacientes con ERC puedan seguir en la dinámica familiar, social y laboral que estaban inmersos antes de la enfermedad. Sin embargo, hay que tener presente que estos pacientes presentan un deterioro progresivo en su organismo y en las capacidades para efectuar su autocuidado aun recibiendo la terapia sustitutiva renal, por lo cual requiere apoyo por parte del profesional de enfermería para que le brinde información o le ayude a desarrollar estrategias para afrontar dichos cambios en su cuerpo y en las adversidades que se le presenten en la ejecución de la terapia de DP, de esta manera el paciente puede seguir ejerciendo su autonomía y fomentar actividades para mejorar su capacidad de autocuidado dando como resultado que este tenga una mejor calidad de vida.<sup>4,30,31</sup>

Por otra parte, se realizó una investigación previa en las bases científicas SciELO, LILACS, CUIDEN y PudMed, como resultado se encontró un vacío de información

acerca de la capacidad de autocuidado de los pacientes con DP. Los artículos encontrados fueron de los siguientes países: Colombia, Brasil, Perú y Turquía, en ellos se abordan temáticas como: conocimiento que tiene los pacientes relacionados con la ERC, cuál es su calidad de vida ante la enfermedad, nivel de empoderamiento de los pacientes, así como las dificultades y las experiencias que han enfrentado los pacientes al dializarse, cuyos resultados se muestran en la tabla 7 <sup>5,6,50,51,52,53,54,55</sup>

En relación a los estudios que hablan acerca de la capacidad de autocuidado que tienen las personas en tratamiento de DP, son pocos, a continuación, se mencionan aspectos relevantes de ellos.

En el estudio realizado por Cantillo-Medina y cols.<sup>3</sup>, llamado “Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis, determina la capacidad de autocuidado de las personas, así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas. Esta investigación fue de enfoque, cuantitativo descriptivo de corte transversal, tomando como muestra a 111 pacientes dializados en una unidad renal de Florencia (Colombia). Para obtener los datos para su estudio. Se aplicaron los instrumentos: caracterización sociodemográfica y clínica, y capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso. Teniendo como resultados; que el género que predominó fue el masculino (55.9%) con capacidad de autocuidado (CAC) de alta (80.2%) a media (19.8%), se encontró que una significancia entre la variable CAC y edad, que indica que, a mayor edad, disminuye la capacidad de autocuidado ( $p=0.024$ ,  $p<0.05$ ). En este mismo sentido, es importante que el profesional de enfermería junto con el equipo interdisciplinario lleve a cabo intervenciones que estén basadas en las necesidades individuales de los pacientes para que haya un efecto positivo en su autocuidado.



Carrillo AJ<sup>8</sup>, realizó la investigación titulada “Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal”, que tenía como objetivo: medir la operatividad de la capacidad de autocuidado y establecer su relación con características sociodemográficas y clínicas en pacientes del programa de diálisis peritoneal en unidades renales de Bogotá, es un estudio cuantitativo descriptivo transversal, en donde realizaron muestreo probabilístico estratificado, tomando como muestra a 105 pacientes en diálisis automatizada y 174 en manual, para la recolección de los datos utilizaron la Escala de Actividades de autocuidado, Test de Morinski Green y formulario para caracterización sociodemográfica y clínica. Como resultados, encontraron que la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes de su investigación va de alta (77.42%) a baja 13.98%) y debido a esto, es necesario que el personal de enfermería diseñe estrategias e intervenciones para fortalecer dicha capacidad.

Finalmente, Chinchay MD y Arévalo MI <sup>4</sup>, realizaron una tesis denominada “Capacidad de autocuidado en pacientes que asistieron al Programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria del Hospital II Es salud Tarapoto, cuyo objetivo fue determinar el nivel de capacidad de autocuidado que tenían estos pacientes. Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, transversal y prospectivo, constituido por 32 pacientes en tratamiento de DPA. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta desarrollada por las autoras que contenía preguntas relacionadas con la capacidad de autocuidado en personas que reciben tratamiento de DPA. Como resultados obtuvieron: que el sexo que predominó en el estudio fue el femenino (59.9%), que venían de lugares rurales, presentando un nivel medio (43.8%) de habilidades para el autocuidado, por otra parte, contaban con un nivel medio (53.1%) a bajo (31.1%) sobre conocimientos de las acciones relacionadas con el autocuidado. Principalmente este déficit de conocimientos fue referente al

cuidado y limpieza del orificio del catéter peritoneal, la importancia del apego tanto a la terapia farmacológica como a la de diálisis peritoneal.

Tabla 4. Síntesis el marco referencial: estudios previos

| <b>Autor</b>   | <b>Metodología</b>                                     | <b>Muestra</b>   | <b>Patología</b> | <b>Variables</b>         | <b>Resultados</b>  |
|--|--|--|------------------|--------------------------|--|
| Branco JMA, et al. <sup>2</sup><br>Brasil<br>Portugués | Descriptivo y cualitativo                              | 21 pacientes   | ERC              | Dificultades enfrentadas | Los pacientes sienten mayor seguridad, confianza y estabilidad emocional para realizar el autocuidado en casa, sin embargo, se sienten solos, desanimados e incluso desamparados, debido a no pueden comprender las razones de la falta de participación de parte de su familia.             |
| Cantillo-Medina CP et al. <sup>3</sup>                 | Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. | 111 personas dializadas en una unidad renal de Florencia | ERC              | Autocuidado              | La capacidad de autocuidado de los participantes fue alta y media (80.2% y 19.8%) respectivamente.<br>Se encontró que hay significancia entre la variable de capacidad de autocuidado y edad, donde se menciona que, a mayor edad, disminuye la capacidad de autocuidado ( $p=0,024<0,05$ ). |
| Hernández MM, et al. <sup>5</sup><br>México<br>Español | Estudio analítico, transversal                         | 174 pacientes con diálisis peritoneal                    | ERC              | Empoderamiento           | El 57.7% de los pacientes tuvo un nivel medio de empoderamiento, de acuerdo a las dimensiones que tiene de este, se encontró que los pacientes tuvieron 85.1% en conocimientos, 88.1% en autocuidado, 83% en toma de decisiones y 81.9% en obtención de información.                         |
| Burgos E, et al. <sup>10</sup><br>México<br>Español    | Diseño pre experimental (antes-después)                | 64 pacientes en estadio 5 de insuficiencia renal         | ERC              | Conocimiento             | Antes de la intervención era de 60.76.<br>Después de la intervención el promedio del conocimiento se incrementó a 95.84 de puntos  |

|   |   |  |     |   |  |
|---|---|--|-----|---|--|
|   |   |  |     |   | El 93.80 % de los pacientes aceptaron iniciar tratamiento posterior a la intervención.   |
| Leone <sup>11</sup><br>Brasil,<br>Inglés                        | Transversal,<br>descriptivo y<br>exploratorio.                                    | 34 pacientes en<br>DP de un hospital<br>universitario<br>público.                                | ERC | Autocuidado   | El 59% tenían capacidad para el autocuidado operacionalizado.  |
| Carrillo AJ <sup>12</sup><br>Colombia<br>Español                | Cuantitativo y<br>utiliza un<br>diseño<br>descriptivo de<br>corte<br>transversal. | 290 pacientes del<br>programa de DP<br>en las unidades<br>renales de Bogotá.                     | ERC | Autocuidado<br>Características<br>sociodemográficas | El 77.42% de los participantes se clasificó en el rango de operatividad de la capacidad de agencia de autocuidado alta, el 9.32% media y el 13.98% baja.   |
| Constantino<br>F <sup>50</sup><br>Perú<br>Español               | Cualitativo,<br>descriptivo   | 10 pacientes en<br>tratamiento de<br>diálisis peritoneal<br>del hospital<br>Almanzor<br>Aguinaga | ERC | Autocuidado   | Los resultados son evidenciados en las siguientes categorías: diálisis peritoneal: tratamiento que brinda tranquilidad y una esperanza de vida, el autocuidado un compromiso de por vida para el paciente, apoyo familiar: eje principal en el tratamiento de diálisis peritoneal.   |
| Morales-<br>Viana LC <sup>25</sup> .<br><br>Colombia<br>Español | Búsqueda<br>sistemática   | 84 artículos   | ERC | Autocuidado   | El autocuidado de los adolescentes con IRCT en diálisis, ha sido abordado principalmente desde un enfoque cuantitativo; múltiples factores interfieren en la adherencia al tratamiento, por tanto, se evidencia la necesidad de nuevos abordajes para hacer frente al desafío del autocuidado tanto en la práctica como en la investigación. |

|   |  |   |     |                        |  |
|---|--|---|-----|------------------------|--|
| Karadag E <sup>27</sup><br>Turquía<br>Inglés                  | Se utilizó el diseño pretest-postest sin un grupo de control.                    | 30 pacientes que estaban recibiendo diálisis peritoneal | ERC | Autocuidado            | En este estudio, se encontró que el programa de autocuidado basado en la teoría de autoeficacia de Bandura provocó un cambio positivo en los comportamientos de lavado de manos / uso de mascarillas de los pacientes y que mejoró el nivel de autoeficacia. |
| Licht - Ardila M, et al. <sup>52</sup><br>Colombia<br>Español | Búsqueda sistemática   | 31 artículos  | ERC | Rol de Enfermería      | El rol predominante en el personal de enfermería en el manejo de diálisis peritoneal está enfocado en orientar e informar al paciente y a su cuidador sobre cómo prevenir complicaciones relacionados con la enfermedad.                                     |
| De Carvalho M, et al. <sup>53</sup><br>Brasil<br>Português    | Descritiva, exploratoria y observacional.  |   | ERC | Autocuidado            | La cartilla fue compuesta por 7 tópicos: higiene de manos, importancia del cubrebocas durante el procedimiento, limpieza de la máquina, cierre de puertas y ventanas, material utilizado, manejo de la basura y almacenamiento de las cajas de diálisis.     |
| Patat CL, et al. <sup>54</sup><br>Brasil<br>Español           | Investigación multicéntrica, cuantitativa, analítica, descriptiva y transversal. | 77 pacientes en terapia de hemodiálisis.                | ERC | Calidad de vida        | 48.8% de los pacientes evaluaron su calidad de vida como regular y el 44.2% como buena.  |
| Mendes VS, et al. <sup>32</sup><br>Brasil                     | Cualitativo, descriptivo y exploratorio.   | 12 artículos  | ERC | Acciones de enfermería | Las acciones de enfermería realizadas con los pacientes fueron: dirigidas hacia la formación de los familiares y usuarios en diálisis peritoneal, dificultades de los  |

|           |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|
| Portugués |  |  |  |  | usuarios para aprender el proceso de formación, aportes de las enfermeras tanto a los usuarios en diálisis peritoneal como a sus familiares. |
|-----------|--|--|--|--|--|

Fuente: Elaboración propia

## **CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo y diseño**

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico y prospectivo, acerca de la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes de la clínica de diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.

Para fines de este estudio se considera como autocuidado a la conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.<sup>3</sup>

### **4.2 Población**

Todos los pacientes que tienen catéter peritoneal con un mínimo de seis meses durante el periodo de estudio (de abril a julio del presente año) en la clínica de diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.

### **4.3 Muestra**

El tamaño de la muestra a conveniencia es de n=90 pacientes que tienen catéter para DPA como tratamiento sustitutivo renal en un hospital de tercer nivel.

### **4.4 Muestreo**

La selección de los participantes para el presente estudio, se realizó por muestreo no probabilístico (por conveniencia), considerando el censo de pacientes con DPA en un hospital de tercer nivel.

## **4.5 Criterios de selección.**

### **4.5.1 Inclusión.**

- Pacientes con diálisis peritoneal que siguen su tratamiento en un hospital de tercer nivel.
- Pacientes mayores de 18 años sin distinción de sexo.
- Pacientes que tengan catéter peritoneal con un mínimo de seis meses.

### **4.5.2 Exclusión.**

- Pacientes que hablen otro idioma diferente al español o que no lo entiendan.
- Pacientes que tenga una enfermedad mental.

### **4.5.3 Eliminación.**

- Pacientes que no completen el llenado del instrumento mínimo en un 95%
- Pacientes que deseen abandonar el estudio de investigación.



#### 4.6 Operacionalización general de variables

| Variable     | Definición conceptual  | Definición operacional  | Tipo de variable      | Propiedades | Nivel de medición                                       | Código o valor  |
|--------------|--|---|-----------------------|-------------|---|---|
| Edad         | Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte de una persona.   | Años que tiene la persona viviendo desde su nacimiento.                             | Cuantitativa discreta | >, <, =, ≠  | Años  | Dato duro   |
| Sexo         | Es un conjunto de características biológicas, que definen a los seres humanos como hombres y mujeres.  | Características biológicas que determinan si es hombre o mujer.                     | Cualitativa nominal   | >, <, =, ≠  | Hombre<br>Mujer   | 1=Hombre<br>2=Mujer   |
| Ocupación    | Se define como “aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura”.  | Trabajo, actividad u oficio que realiza la persona.                                 | Cualitativa nominal   | >, <, =, ≠  | Ocupación actual  | 1.Desempleado/<br>ninguno<br>2.Hogar<br>3.Comerciantes<br>4.Profesionales y<br>técnicos<br>5.Estudiante |
| Estado civil | Se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos | Vínculo legal que tiene una persona con otra, poder ser del mismo sexo y diferente. | Cualitativa nominal   | >, <, =, ≠  | Soltero<br>Unión libre<br>Casado<br>Divorciado<br>Viudo | 1=Soltero<br>2=Unión libre<br>3=Casado<br>4=Divorciado<br>5=Viudo                                       |

|                     |  |  |                     |         |  |   |
|---------------------|--|--|---------------------|---------|--|---|
|                     | jurídicamente, aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.  |  |                     |         |  |   |
| Lugar de residencia | Lugar en que la persona vive en el momento del censo, y en el que, además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo.  | Lugar donde vive el paciente.                      | Cualitativa nominal | >,<=, ≠ | Residencia en el último mes  | Dato blando   |
| Escolaridad         | Último grado aprobado en el ciclo de instrucción avanzado que declare haber cursado la persona en el Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero al momento de registrar el hecho vital. | Último grado de estudios cursados por el paciente. | Cualitativa ordinal | >,<=, ≠ | Sin escolaridad<br>Educación básica<br>Educación medio superior<br>Educación superior<br>Posgrado<br>Maestría<br>Doctorado | 1=Sin escolaridad.<br>2=Primaria completa.<br>3=Primaria incompleta<br>4=Secundaria completa<br>5=Secundaria incompleta<br>6=Preparatoria incompleta<br>7.Preparatoria completa |

Fuente: Elaboración propia

## Operacionalización del instrumento de recolección de datos

| Variable           | Definición conceptual   | Definición operacional  | Dimensiones   | Indicadores  | medición   | Código o valor  |
|--------------------|---|---|---|--|--|---|
| <b>Autocuidado</b> | Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. <sup>2</sup> | Conducta de las personas en sí mismas, hacia los demás y hacia el entorno para modificar los factores que afecten su vida, salud y bienestar. | <b>Interacción social</b>                                 | Ítems 12, 22)                                      | 1=Totalmente en desacuerdo<br>2=En desacuerdo<br>3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo<br>4=De acuerdo<br>5=Totalmente de acuerdo | Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos.<br><br>97 a 120 puntos =alta capacidad de autocuidado.<br><br>49 a 96 puntos=media capacidad de autocuidado<br><br>1 a 48 puntos=baja capacidad de autocuidado |
|                    |   |   | <b>Interacción personal</b>                               | Ítems (2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23) |  |   |
|                    |   |   | <b>Actividad y reposo</b>                                 | Ítems (3, 6, 11, 13, 20)                           |  |   |
|                    |   |   | <b>Consumo de alimentos</b>                               | Ítem 9   |  |   |
|                    |   |   | <b>Promoción del funcionamiento y desarrollo personal</b> | Ítems (1, 10, 18, 24)                              |  |   |

Fuente: Elaboración propia

### 4.7 Instrumento de recolección de datos

El instrumento de medición utilizado para la recolección de datos para esta investigación será la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale), esta fue desarrollada por G. Evers Van Gorcum y traducida al español en el año 1998.<sup>2</sup>

La escala, se compone de 24 ítems con respuesta tipo Likert (que va del 1 al 5, siendo: 1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: de acuerdo y 5: totalmente de acuerdo), donde se puede obtener un puntaje de 24 a 120 puntos: de 97-120= alta capacidad de autocuidado; de 49-96 media capacidad de autocuidado y de 1-48=baja capacidad de autocuidado. Dicha escala está conformada

por 5 categorías, cada una de ellas está constituida por un número particular de preguntas, las cuales son: interacción social (preguntas 12, 22), interacción personal (preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23), actividad y reposo (preguntas 3, 6, 11, 13, 20), consumo de alimentos (pregunta 9) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (preguntas 1, 10, 18, 24). Finalmente, la escala a ocupar tiene una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.77 para su uso en la población mexicana<sup>56</sup>.

#### **4.8 Método**

Con la finalidad de mantener la estandarización en la recolección de datos y limitar el riesgo de sesgo se aplicó el instrumento personalmente a cada paciente. El protocolo de recolección se realizó de la siguiente manera:

Como primer punto, se identificó a los posibles participantes de acuerdo a la programación de la clínica de diálisis peritoneal, posteriormente se les realizó una invitación personalizada, aquellos que aceptaron se les dio a leer y firmar un consentimiento informado y se aclararon sus posibles dudas.

Como segundo punto, se aplicó el instrumento de recolección de datos a los pacientes de la clínica de diálisis peritoneal, al finalizar dicho instrumento se le aclararon las dudas al paciente en caso de existir y se le agradeció su participación.

Finalmente se procedió a la captura de los datos obtenidos en el instrumento y se llevó a cabo su análisis.

#### **4.9 Análisis de datos**

El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 21, Startical Product and Service Solutions (SPSS por sus siglas en ingles), con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (sexo, estado civil, grado académico, ocupación, lugar de residencia) y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (edad y autocuidado), así mismo pruebas de correlación (autocuidado con las características sociodemográficas del paciente en diálisis peritoneal) de Pearson, Spearman, Prueba T de Student y Chi cuadrada, considerando una significancia estadística de  $p < 0.05$ .

#### **4.10 Consideraciones éticas**

La presente investigación es considerada sin riesgo, ya que no se realizan intervenciones en el sujeto de estudio con base en la Ley General en Materia de Investigación para la Salud.<sup>57</sup> También cumple con lo contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012<sup>58</sup>, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, menciona en sus apartados que no se expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios.

Conforme a lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética en lo que refiere a la Declaración de Helsinki<sup>59</sup>, el estudio se sujeta a normas éticas que sirven para respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, respetar su intimidad, la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en la investigación, reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física-mental y su personalidad, así mismo se le otorga consentimiento informado al sujeto de estudio, donde se establece los objetivos, métodos, beneficios y

posibles riesgos previstos que el estudio pueda acarrear, logrando que el sujeto de estudio lo comprenda y firme. En conformidad a su vez con el Código de Núremberg<sup>60</sup>, reafirmo que es esencial contar con el consentimiento voluntario del sujeto de estudio y que tiene toda libertad de poder finalizar su participación en dicha investigación en el momento que así lo considere necesario.

Por último, se toman en cuenta los principios éticos mencionados en el Informe de Belmont<sup>61</sup>, como la autonomía del paciente, la beneficencia en cuanto a la relación enfermera- paciente, al no hacer daño, aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños, no maleficencia por parte del personal de enfermería y la justicia aplicando la formulación para distribuir las cargas y beneficios de la investigación, que menciona: “A cada persona de acuerdo al esfuerzo individual”.

## CAPITULO V. RESULTADOS

La población de estudio tenía un rango de edad entre 18 y 76 años, con una media de 39 años; predominó el género femenino con el 56.7%, el 55.6% tenía pareja, 43.3% tenían empleo; 49.9% contaba con algún grado académico en donde 31% fue educación básica, 12.2% educación media superior y 6.7% educación superior, el 51.1% no terminó algún grado académico o no tuvo la oportunidad de ingresar a él; 58.9 % tenía hijos, la mediana de hijos que tenía fue de 1. Finalmente, la mediana del tiempo con la enfermedad fue de 48 meses y el tiempo en diálisis peritoneal de 17.5 meses. Dichos datos se encuentran especificados en las tablas 5 y 6.

Tabla 5. Datos sociodemográficos de los pacientes con diálisis peritoneal.

| Variable                | n=90<br>Fr (%) |
|-------------------------|----------------|
| <b>Sexo</b>             |                |
| Hombre                  | 39(43.3)       |
| Mujer                   | 51(56.7)       |
| <b>Escolaridad</b>      |                |
| Analfabeta              | 4(4.4)         |
| Primaria incompleta     | 7(7.8)         |
| Primaria completa       | 11(12.2)       |
| Secundaria incompleta   | 14(16.7)       |
| Secundaria completa     | 17(18.9)       |
| Preparatoria incompleta | 15(16.7)       |
| Preparatoria completa   | 9(10.0)        |
| Carrera técnica         | 2(2.2)         |
| Licenciatura incompleta | 4(4.4)         |
| Licenciatura completa   | 6(6.7)         |

Tabla 5. Continuación.

| Variable                   | n=90<br>Fr (%) |
|----------------------------|----------------|
| <b>Estado civil</b>        |                |
| Sin pareja                 | 40(44.4)       |
| Con pareja                 | 50(55.6)       |
| <b>Actividad económica</b> |                |
| Sin trabajo                | 51(56.7)       |
| Con trabajo                | 39(43.3)       |
| <b>Hijos</b>               |                |
| Sí                         | 53(58.9)       |
| No                         | 37(41.1)       |

Fr: Frecuencia.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Datos de medidas de tendencia central y dispersión de datos sociodemográficos de los pacientes con diálisis peritoneal.

| Variable                         | Mínimo | Máximo | Media | DE    | Q <sub>25</sub> | Q <sub>50</sub> | Q <sub>75</sub> |
|----------------------------------|--------|--------|-------|-------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Edad                             | 18     | 76     | 39.19 | 15.0  | 26.7            | 37.5            | 49.2            |
| Número de hijos                  | 0      | 6      | 1.42  | 1.56  | 0               | 1               | 3               |
| Tiempo con la enfermedad (meses) | 12     | 588    | 82.10 | 98.8  | 24              | 48              | 99              |
| Tiempo con la diálisis (meses)   | 6      | 204    | 31.12 | 35.98 | 7.5             | 17.50           | 43.5            |

Q= cuartil. DE: Desviación estándar.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la **dimensión de interacción social** del instrumento ASA, el 36.7% de los pacientes en diálisis peritoneal está de acuerdo que, cuando necesitan ayuda pueden recurrir a sus amigos, mientras que 6.7% está totalmente en desacuerdo en recurrir con



ellos. Por otro lado, 58.9% está de acuerdo, de que, cuando ellos no pueden cuidarse buscan ayuda, 2.2% está totalmente en desacuerdo con esto; mostrado en la tabla 7.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de la dimensión interacción social.

| Variable   | Fr (%)                   |               |                                |            |                       | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|-----------------------|
|  | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |                       |
| Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos. | 6(6.7)                   | 22(24.4)      | 9(10.0)                        | 33(36.7)   | 20(22.2)              |                       |
| Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.        | 2(2.2)                   | 4(4.4)        | 3(3.3)                         | 53(58.9)   | 28(31.1)              |                       |

Fr: Frecuencia. Fuente: Elaboración propia

En la **dimensión de interacción personal**, 63.3% de los pacientes está de acuerdo, de que revisa, si las formas que practica habitualmente son buenas para mantener su salud y 33.3% está totalmente de acuerdo. El 47.8% está de acuerdo, de que puede hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive, el 46.7% está totalmente de acuerdo de lo antes mencionado.

El 56.7% de los pacientes refiere estar de acuerdo en hacer lo que sea necesario para mantenerse con salud, mientras que el 37.8% está totalmente de acuerdo de llevarlo a cabo; el 30% menciona estar de acuerdo que, cuando tiene que tomar una nueva medicina cuentan con una persona que les brinda información sobre los efectos secundarios, en cambio el 28.9% de los pacientes no cuentan con una persona que los oriente. En la tabla 8, se reflejan los resultados obtenidos de esta dimensión.

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de la dimensión interacción personal.

| Variable  | n=90                     |               |                                |            |                       |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
|   | Fr (%)                   |               |                                |            |                       |
|   | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas    | 1.1(1.1)                 | 1.1(1.1)      | 1.1(1.1)                       | 57(63.3)   | 30(33.3)              |
| Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.                | 1.1(1.1)                 | 3(3.3)        | 1.1(1.1)                       | 43(47.8)   | 42(46.7)              |
| Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.                    | 2(2.2)                   | 3(3.3)        | -                              | 51(56.7)   | 34(37.8)              |
| Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.            | 2(2.2)                   | 8(8.9)        | 11(12.2)                       | 45(50.0)   | 24(26.7)              |
| Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.                            | 4(4.4)                   | 3(3.3)        | 4(4.4)                         | 46(51.1)   | 33(36.7)              |
| Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo. | 3(3.3)                   | 3(3.3)        | 1(1.1)                         | 39(43.3)   | 44(48.9)              |
| Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.                                      | 1(1.1)                   | 3(3.3)        | 2(2.2)                         | 39(43.3)   | 45(50.0)              |
| He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.  | 3(3.3)                   | 3(3.3)        | -                              | 42(46.7)   | 42(46.7)              |

Tabla 8. Continuación.

| Variable  | n=90<br>Fr (%)           |               |                                |            |                       |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
|   | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios. | 9(10.0)                  | 26(28.9)      | 4(4.4)                         | 27(30.0)   | 24(26.7)              |
| Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.  | 1(1.1)                   | 8(8.9)        | 5(5.6)                         | 47(52.2)   | 29(32.2)              |
| Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.                                   | 4(4.4)                   | 4(4.4)        | 3(3.3)                         | 53(58.9)   | 28(31.1)              |
| Puedo sacar tiempo para mí  | 2(2.2)                   | 5(5.6)        | 2(2.2)                         | 47(52.2)   | 34(37.8)              |

Fr: Frecuencia

Fuente: Elaboración propia

En lo que concierne, en la **dimensión de actividad y reposo**, 56.7% de los pacientes están de acuerdo que cuando tienen problemas para moverse o desplazarse, se las arreglan para conseguir ayuda y el 34.4% está totalmente de acuerdo de lo antes mencionado. Por otra parte, el 42.2% está de acuerdo, en que puede dormir lo suficiente como para sentirse descansado; 28.9% está totalmente de acuerdo de ello. Finalmente, el 42.2% está en desacuerdo, de que debido a sus ocupaciones diarias no

les resulta difícil sacar tiempo para cuidarse; sin embargo, 23.3% está totalmente en desacuerdo. Dichos resultados se exponen en la tabla 9.

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de la dimensión actividad y reposo.

| Variable   | n=90                     |               |                                |            |                       |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
|  | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.     | 7(7.8)                   | 1(1.1)        | -                              | 51(56.7)   | 31(34.4)              |
| Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.                              | 19(21.1)                 | 39(43.3)      | 3(3.3)                         | 22(24.4)   | 7(7.8)                |
| Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo. | 3(3.3)                   | 28(31.1)      | 11(12.2)                       | 32(35.6)   | 16(17.8)              |
| Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.                              | 3(3.3)                   | 18(20.0)      | 5(5.6)                         | 38(42.2)   | 26(28.9)              |
| Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.        | 21(23.3)                 | 38(42.2)      | 5(5.6)                         | 15(16.7)   | 11(12.2)              |

Fr: Frecuencia

Fuente: Elaboración propia

En tanto a la **dimensión de consumo de alimentos**, 52.2% de los pacientes están de acuerdo que, para mantener el peso que les corresponde, han hecho cambios en sus hábitos alimenticios, mientras que el 31.1% están totalmente de acuerdo de llevarlo a cabo. Los resultados de esta dimensión se señalan en la tabla 10.

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de la dimensión consumo de alimentos.

| Variable  | n=90                     |               |                                |            |                       |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
|   | Fr (%)                   |               |                                |            |                       |
|   | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios | 2(2.2)                   | 10(11.1)      | 3(3.3)                         | 47(52.2)   | 28(31.1)              |

Fr: Frecuencia

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, la **dimensión de interacción promoción del funcionamiento y desarrollo personal**, 60% de los pacientes están de acuerdo, a medida que cambian las circunstancias ellos van haciendo ajustes para mantener su salud y el 34.4% está totalmente de acuerdo.

El 51.1% de los pacientes está de acuerdo de ser capaz de tomar medidas para garantizar que su familia y ellos no corran peligro; mientras que el 24.4% están totalmente de acuerdo. El 58.9% refiere estar de acuerdo que a pesar de sus limitaciones para movilizarse son capaz de cuidarse como a ellos les gusta; el 35.6% está totalmente de acuerdo con esto, lo cual se puede apreciar en la tabla 11.

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

| Variable   | n=90                     |               |                                |            |                       |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
|  | Fr (%)                   |               |                                |            |                       |
|  | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.          | 3(3.3)                   | 1(1.1)        | 1(1.1)                         | 54(60.0)   | 31(34.4)              |
| Cuando hay situaciones que me afectan yo me manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser. | 1(1.1)                   | 7(7.8)        | 5(5.6)                         | 44(48.9)   | 33(36.7)              |
| Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.              | 4(4.4)                   | 4(4.4)        | 14(15.6)                       | 46(51.1)   | 22(24.4)              |
| A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.           | 1(1.1)                   | 1(1.1)        | 3(3.3)                         | 53(58.9)   | 32(35.6)              |

Fr: Frecuencia

Fuente Elaboración propia

En relación a la CAC que tienen los pacientes en DP, de acuerdo a los resultados de la escala ASA, va de media (63.2%) a alta (36.7%) (figura 5).

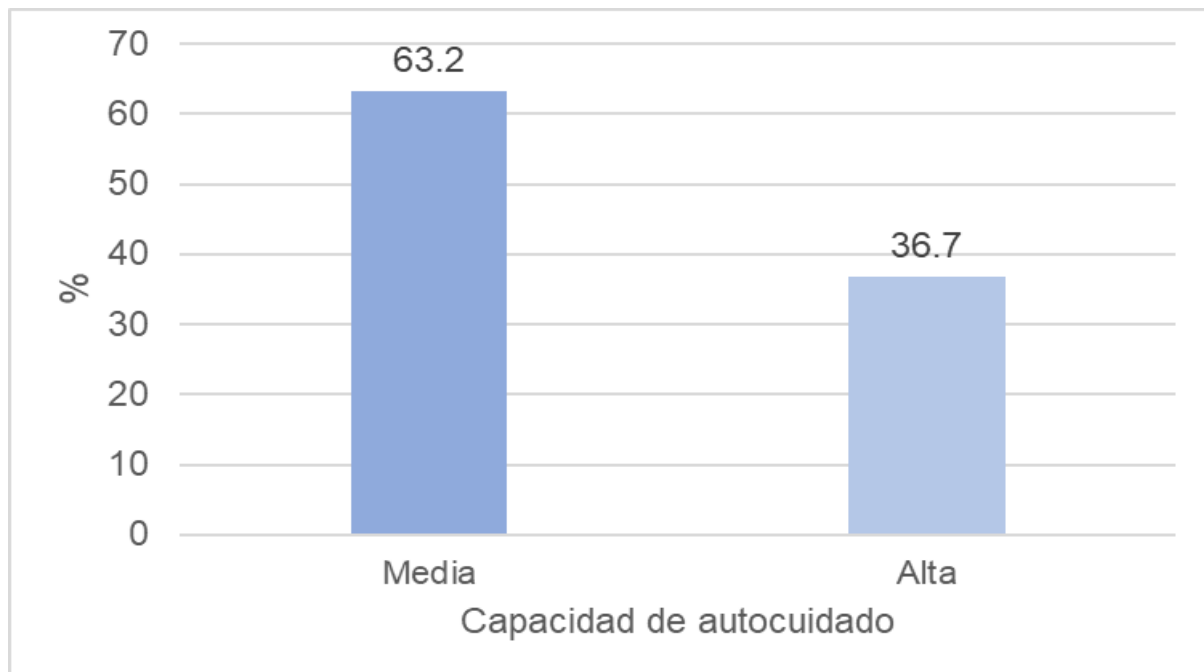


Figura 5. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal.

La CAC, según el coeficiente de correlación de Pearson, se correlaciona con todas sus dimensiones, principalmente con la dimensión de interacción personal ( $r= 0.938$ ,  $p=0.000$ ) y la promoción del funcionamiento y desarrollo personal ( $r=0.803$ ,  $p=0.000$ ). No obstante, no tiene una relación significativa con las características sociodemográficas como la edad, escolaridad, tiempo con la enfermedad y la terapia de sustitución renal ( $p>0.05$ ) (tabla 12); inclusive, es semejante entre quienes trabajan o no ( $\chi^2=0.32$ ,  $gl= 2$ ,  $p=.566$ ) o quienes tienen una pareja o no ( $\chi^2=0.22$ ,  $gl= 2$ ,  $p=0.883$ ). La proporción de pacientes con diálisis peritoneal que tienen autocuidado de media a alta es diferente entre hombres y mujeres, siendo estas quienes tienen mejor CAC (43.3% vs 56.7%;  $\chi^2=0.547$ ,  $gl= 2$ ,  $p=0.19$ ).

Tabla 12. Matriz de correlación entre autocuidado y datos sociodemográficos

|  | Autocuidado | Interacción social | Interacción personal | Interacción de actividad y reposo | Consumo de alimentos | Promoción del funcionamiento y desarrollo personal | Edad   | Número de hijos | Tiempo con la enfermedad | Tiempo con diálisis peritoneal |
|--|-------------|--------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|--|--------|-----------------|--------------------------|--------------------------------|
| Autocuidado  | 1           | <b>0.611**</b>     | <b>0.938**</b>       | <b>0.467**</b>                    | <b>0.459**</b>       | <b>0.803**</b>                                     | -0.010 | 0.025           | 0.024                    | -0.085                         |
| Interacción social                                 |             |                    | 0.515**              | 0.101                             | 0.149                | 0.460**  | -0.009 | -0.072          | 0.120                    | -0.129                         |
| Interacción personal                               |             |                    | 1                    | 0.223*                            | 0.332**              | 0.746**  | -0.056 | 0.002           | 0.013                    | -0.100                         |
| Interacción de actividad y reposo                  |             |                    |                      | 1                                 | 0.299**              | 0.165  | 0.070  | 0.025           | -0.071                   | 0.107                          |
| Consumo de alimentos                               |             |                    |                      |                                   | 1                    | 0.297**  | -0.042 | 0.125           | -0.099                   | 0.113                          |
| Promoción del funcionamiento y desarrollo personal |             |                    |                      |                                   |                      | 1  | 0.064  | 0.088           | 0.119                    | -0.201                         |
| Edad   |             |                    |                      |                                   |                      |  | 1      | 0.534**         | 0.176                    | 0.142                          |
| Número de hijos                                    |             |                    |                      |                                   |                      |  |        | 1               | -0.072                   | -0.049                         |
| Tiempo con la enfermedad                           |             |                    |                      |                                   |                      |  |        |                 | 1                        | 0.354**                        |
| Tiempo con diálisis peritoneal                     |             |                    |                      |                                   |                      |  |        |                 |                          | 1                              |

Prueba de Pearson, \*p<0.05. \*\*p<0.01

Fuente: Elaboración propia



## **CAPITULO VI. DISCUSIÓN**

El rango de edad de la población de estudio es similar a los estudios reportados en la literatura: Carrillo AJ, Cantillo-Medina CP y los resultados cohorte de un estudio epidemiológico de IRC en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del seguro Social<sup>62</sup>, puesto que, mencionan que el rango de edad de los pacientes con ERC de dichos estudios va desde los 18 a 83 años. Por otra parte, se encontró una discrepancia en cuando al sexo que predomina en los estudios publicados referente al tópico de la investigación, ya que el sexo que prevalece en estos es el masculino, mientras que en la presente investigación es el femenino. Es importante considerar tanto el factor de la edad como el del sexo en los pacientes en tratamiento en DP, debido a que estos son factores condicionantes básicos que afectan la capacidad de las personas para ocuparse de su autocuidado en momentos y circunstancias concretas de la vida<sup>63</sup>.

De acuerdo con Martínez<sup>64</sup>, la edad es un factor independiente para el desarrollo de la ERC, la cual concuerda con los resultados del presente estudio, sin embargo, hay que tomar en cuenta que, si bien la edad no se relaciona con la ERC, esta sí se relaciona con la declinación fisiológica de la función renal, puesto que, esta se presenta a partir de la tercera década de la vida y este deterioro se incrementa con la presencia de factores de riesgo asociados a los estilos de vida inadecuados.

Por otra parte, se ha considerado que las personas que se encuentran recibiendo terapia de diálisis peritoneal es importante que se mantengan en alguna actividad laboral, ya que es uno de los puntos clave para que conserven su independencia, se apaguen al régimen terapéutico y tengan una vida más satisfactoria. Sin embargo, en un estudio que realizó Julián-Mauro<sup>65</sup>, describe en sus resultados, que uno de los

factores para que las personas puedan mantener o conseguir un trabajo es el que se encuentren recibiendo alguna terapia renal sustitutiva, debido a las diversas circunstancias relacionadas con el progreso de la misma enfermedad hasta los problemas que enfrentan los pacientes al recibir la terapia. Lo antes mencionado coincide con la cifra de pacientes en DP reportada en el presente estudio, en vista de que, más del 50% de la población no cuenta con alguna actividad laboral.

En cuanto a la capacidad de autocuidado en la población de estudio, no corresponde a lo reportado en el estudio de Carrillo, donde menciona que la CAC de los pacientes en DP de alta a baja, mientras que los resultados de la presente investigación van de media a alta CAC.

En relación con el análisis por Ítems, se encontró una discrepancia en relación de cómo es que perciben los pacientes en DP de tener una red de apoyo, puesto que, el 59.8% de los pacientes DP del presente refiere tener una buena percepción ante esta situación, mientras que el 95% de los pacientes en DP del estudio que realizó Sánchez,<sup>66</sup> refiere una buena percepción de que cuentan con una red de apoyo. La importancia de que los pacientes en DP cuenten con una red de apoyo (familia, pareja, amigos, vecinos entre otros), recae en una mejor adherencia a esta terapia sustitutiva, a la medicación o bien a llevar un adecuado régimen alimentario entre otros.

Por otra parte, González,<sup>67</sup> menciona que alrededor del 50-70% de los pacientes nefrópatas sujetos a DP, pueden estar desnutridos lo cual trae como consecuencia un incremento de la carga de comorbilidades del paciente y puede afectar su respuesta a la terapia dialítica. Así pues, los pacientes nefrópatas en diálisis crónica con un IMC > 25kg/m<sup>2</sup> pueden exhibir una mayor supervivencia. Aspecto que no es coherente con el resultado de Ítem de la escala ASA “para mantener el peso que me corresponde hago

cambios en mis hábitos alimenticios” puesto que, un gran porcentaje de la población de estudio puede realizar cambios en sus hábitos alimenticios (disminución de agua, consumo de frutas y verduras, alimentos ricos en proteínas, fibra y carbohidratos, evitar o disminuir alimentos procesados, ricos en fosforo y potasio) para prevenir la desnutrición y mantener el peso que les corresponde, lo cual ayuda a que puedan mantenerse en DP.

En una revisión sistemática realizada por Serrano-Navarro y cols.<sup>68</sup> reportaron que 90% de los pacientes en DP presentan alta prevalencia de alteraciones de sueño, cifra que no se asemeja en los pacientes estudiados. La privatización del sueño o la mala calidad de este tienen efectos negativos en el rendimiento motor y cognitivo, sobre el estado de ánimo, el metabolismo y variables hormonales, lo cual trae como consecuencia una inestabilidad en su salud, mala calidad de vida y un desapego en la terapia de DP<sup>69</sup>.

Cabe mencionar que, Villamil y cols.<sup>70</sup>, refieren en su estudio, que los pacientes en DP de un Hospital Militar Central, el 71.2% de estos presentaron un nivel bajo de actividad física, cifra que se asemeja a la población de estudio. Las personas con ERC, tiene un bajo nivel de actividad física, lo que trae como consecuencia el aumento de comorbilidades metabólicas, cardíacas y osteomusculares<sup>71</sup>.

## **CAPITULO VII. CONCLUSIÓN**

Considerando los datos recabados en la muestra de pacientes con DP atendidos en un hospital de tercer nivel de atención ubicado en la Ciudad de México, se encontró que 9 de cada 10 presentan una CAC de mediana a alta, debido principalmente en las categorías de la interacción personal y la promoción del funcionamiento y desarrollo. Cabe señalar que las mujeres tienen mayor CAC que los hombres; independientemente de que la mayoría eran mujeres adultas, con pareja, cuatro de cada diez con una actividad laboral, contaban con una red de apoyo social (pareja e hijos), viviendo en el último año con la enfermedad, pero por lo menos con seis meses o más tratados con DP.

Por otra parte, la población de pacientes que se encuentran en terapia de DP, tiene un constante cambio en su estilo de vida como resultado de la misma enfermedad o debidos factores eternos, lo cual hace que estas personas tengan la necesidad de desarrollar nuevos conocimientos y habilidades para poder enfrentarse a los cambios, sin embargo, necesitan que otras personas puedan adquirirlos. Por lo que, el personal de enfermería es un agente que puede apoyar en fomentar y fortalecer las capacidades de autocuidado en los pacientes que se encuentra en DP, ya que cuenta con conocimientos y competencias para contribuir en el logro de esto, de modo que, el profesional de enfermería debe estar en constante capacitación, trabajar de manera interdisciplinaria y estar a la vanguardia de nuevos saberes. De esta manera los pacientes podrán transitar en su proceso-salud de una manera digna teniendo como resultado una mejor calidad de vida.

Es importante que los resultados de este estudio se consideren con mucha cautela para la toma de decisiones, debido a que las principales limitaciones se relacionaron con: la

utilización de una muestra pequeña, por conveniencia, grupo etario o cautivo, situación que no hace posible la generalización de los resultados de la investigación, por otra parte, el tiempo fue otra limitación para la recolección de los datos ya que los pacientes son citados una vez por mes para llevar su seguimiento y en su defecto de dos o más veces cuando tienen una complicación, así mismo solo son citados 3 a 4 pacientes por día, por ello para obtención de la muestra se requirió más del tiempo del programado. Finalmente, otra limitación fue la dinámica de la consulta de los pacientes en DP debido a que, dentro de la clínica de DP se atienden pacientes que no son parte de la población atendida dentro de esta, sino que son diferidos de otra unidad de salud o solo vienen a una interconsulta, después de ello regresan a su unidad que les corresponde, por lo que no se puede dar seguimiento a su terapia de tratamiento.

## **CAPITULO VIII. PROPUESTA DE MEJORA.**

Después de analizar la capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal se sugiere desarrollar e impartir un curso-taller sobre el autocuidado que deben tener los pacientes de la clínica de diálisis peritoneal en el servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

La propuesta a seguir el curso-taller consta de 5 sesiones donde se abordarán los temas de; cuidados del catéter peritoneal, alimentación saludable y ejercicio que pueden realizar las personas que se encuentran en DP. El taller está elaborado por autoría propia.

Se propone impartir el curso-taller de la siguiente manera: formar 4 grupos de 12 pacientes de la clínica de DP, el cual se llevará a cabo los días lunes, martes, jueves y viernes en un horario de 9 a 10 am. Al finalizar cada sesión se les otorgara a los pacientes un tríptico para fortalecer los temas vistos.

Las cartas descriptivas del curso-taller antes mencionado, se muestran a continuación:

## Carta Descriptiva

|   |                     |
|---|---------------------|
| Nombre del taller: Autocuidado  | Número de sesión: 1 |
| Lugar y fecha de la capacitación: Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología            |                     |
| Nombre del facilitador: Gonzalez Hernandez Miguel Angel   |                     |
| Tema de la sesión: Bienvenida   |                     |
| Objetivo general: Conocer a los participantes del taller, así como establecer los acuerdos de convivencia |                     |

| Resultados de aprendizaje   | Temas                      | Estrategias de aprendizaje o actividades a desarrollar  | Material didáctico   | Tiempo (minutos) |
|---|----------------------------|---|--|------------------|
| Generar integración grupal y dar a conocer a los/as participantes los temas que se trabajarán en el taller. | 1. Bienvenida              | <b>Apertura</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bola de estambre</li> <li>-Etiquetas blancas</li> <li>-Plumones de colores</li> <li>-Hojas blancas</li> <li>-Cinta adhesiva</li> </ul> | <b>5min</b>      |
|   | 2. Acuerdo de convivencia  | <b>Bienvenida</b><br>El facilitador se presentará ante el grupo de trabajo y les dará la bienvenida. Posteriormente les proporcionará a los pacientes etiquetas blancas y les pedirá que escriban en ellas su nombre.   |  | <b>10min</b>     |
|   | 3. Dinámica de integración | <b>Desarrollo</b>   |  |                  |
|   | 4. Estructura del taller   | <b>Acuerdos de convivencia</b><br><br>-El facilitador mencionará la importancia de construir los acuerdos de convivencia que tendrá el grupo.<br>-Después, el facilitador proporcionará una hoja blanca a cada paciente y les pedirá de manera individual que escriban en ella cuales acuerdos consideran que deben tener el grupo. Posteriormente se hará una plenaria para acordar dichos acuerdos. |  |                  |

|  |  |  |  |                      |
|--|--|--|--|----------------------|
|  |  | <p><b>Dinámica de integración</b></p> <p>El facilitador invitará a las pacientes a realizar la dinámica llamada “telaraña de recursos”. El facilitador mencionará las indicaciones para dicha dinámica:</p> <p>→-Les pedirá a los pacientes que se pongan cómodos para que se presenten. La primera persona que se presente tendrá una bola de estambre, tomará un parte del estambre y empezará con la frase: “mi nombre es----- y voy a regalarles-----“(ejemplos: confianza, respeto, discreción, risas, tiempo, amistad, entre otros), después lanzará la bola de estambre a otro paciente, pero sin soltar la parte del estambre que tomó. El siguiente paciente realizará la misma dinámica, hasta terminar la presentación del último integrante del grupo.</p> |  | <p><b>10 min</b></p> |
|  |  | <p><b>Estructura del taller</b></p> <p>El facilitador mencionará la dinámica de cómo se llevarán a cabo las sesiones y que temas se van a bordan. Así mismo preguntará si tienen alguna duda.</p> <p>Se llevará la aplicación del instrumento de recolección de datos (Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA).</p>  |  | <p><b>20 min</b></p> |
|  |  | <p><b>Cierre</b></p> <p>Antes de despedirse el facilitador preguntará nuevamente si alguien tiene dudas, así como agradecerles por el tiempo brindado y su participación.</p>  |  | <p><b>5 min</b></p>  |



## Carta Descriptiva

|  |                     |
|--|---------------------|
| Nombre del taller: Autocuidado   | Número de sesión: 2 |
| Lugar y fecha de la capacitación: Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología |                     |
| Nombre del facilitador: Gonzalez Hernandez Miguel Angel  |                     |
| Tema de la sesión: Alimentación saludable  |                     |
| Objetivo general: Identificar los componentes de un alimenta saludable                         |                     |

| Resultados de aprendizaje  | Temas  | Estrategias de aprendizaje o actividades a desarrollar  | Material didáctico  | Tiempo (minutos) |
|--|--|---|---|------------------|
| Conocer que es una alimentación saludable, que alimentos deben evitar y las cantidades de los alimentos que son recomendables para consumir. | -Plato del buen comer.   | <b>Apertura</b><br><br>El facilitador dará la bienvenida y mencionará el tema que se abordará en la sección y la manera en cómo se trabajará.   | -Imágenes de alimentos con protector tamaño 1/1 de hoja.  | <b>5min</b>      |
|  | -Alimentación adecuada.<br><br>-Consecuencias que consumir una alimentación no adecuada.<br><br>-Alimentos que deben consumir los pacientes en diálisis peritoneal y las cantidades. | <b>Desarrollo</b><br><br>-El facilitador dará un kit de tarjetas sobre alimentos a cada paciente y les pedirá que las separen en 3 grupos: alimentos que puedo consumir, alimentos que puedo consumir moderadamente y alimentos que debo evitar consumir, se les pedirá que conserven dicha clasificación ya que al final de la sesión se retomara. | -Un modelo del plato del buen comer.<br><br>-Un cartel sobre una alimentación saludable<br><br>-Imágenes de las complicaciones de llevar una inadecuada alimentación. | <b>5min</b>      |

|  |  |  |  |                     |
|--|--|--|--|---------------------|
|  |  | <p><b>Exposición sobre: La alimentación</b></p> <p>-El facilitador dará un platica sobre el pato del buen comer, acerca de las posibles consecuencias que consumir una alimentación no adecuada, sobre que es una alimentación adecuada y sobre los alimentos que deben consumir los pacientes en diálisis peritoneal y las cantidades. Para lo cual el facilitador se apoyará con un modelo del plato del buen comer y un cartel sobre los temas antes mencionados, imágenes de las complicaciones de llevar una inadecuada alimentación, así como de recipientes de las medidas de los alimentos que son recomendable consumir. Posteriormente abrirá una ronda para preguntas o dudas que tengan los pacientes de los temas vistos.</p> | <p>-Recipientes de las medidas de los alimentos que es recomendable consumir.</p> <p>-Tríptico</p> | <p><b>25min</b></p> |
|  |  | <p><b>Plenaria</b></p> <p>-Se abrirá una plenaria para que los pacientes expongan los grupos que crearon con las imágenes de los alimentos proporcionados el inicio de la sesión comentando que podrían cambiar de ello.</p>   |  | <p><b>10min</b></p> |
|  |  | <p><b>Cierre</b></p> <p>El facilitador agradecerá la participación de los pacientes y pedirá que comente que se llevan de esta sesión. Finalmente, se hará entrega de un tríptico al paciente sobre el tema visto: Una alimentación adecuada.</p>  |  | <p><b>5min</b></p>  |

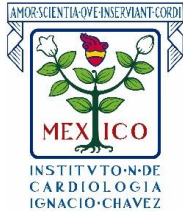


## Carta Descriptiva

|  |                     |
|--|---------------------|
| Nombre del taller: Autocuidado   | Número de sesión: 3 |
| Lugar y fecha de la capacitación: Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología |                     |
| Nombre del facilitador: Gonzalez Hernandez Miguel Angel  |                     |
| Tema de la sesión: Cuidados del catéter peritoneal y signos de infección                       |                     |
| Objetivo general: Dar a conocer los cuidados del catéter peritoneal y los signos de infección  |                     |

| Resultados de aprendizaje  | Temas   | Estrategias de aprendizaje o actividades a desarrollar  | Material didáctico   | Tiempo (minutos) |
|--|---|---|--|------------------|
| Conocer los cuidados y los signos de infección del catéter peritoneal. | -Cuidados del catéter peritoneal.   | <b>Apertura</b><br>El facilitador dará la bienvenida y pedirá que alguien de los pacientes haga un breve resumen de lo visto en la sesión anterior y como lo ha podido integrar.  | -Hojas de colores  | <b>5min</b>      |
|  | -Signos de infección relacionados al catéter peritoneal y que hacer en caso que se presenten. | <b>Desarrollo</b><br>-El Facilitador proporcionará una hoja de color cada paciente y les pedirá que escriban como ellos cuidan su catéter peritoneal, se les pedirá que lo guarden ya que al final de la sesión lo van a retomar.   | -Imágenes tamaño carta de los cuidados y signos de infección del catéter peritoneal. | <b>5min</b>      |
|  |   | <b>Exposición sobre los cuidados del catéter peritoneal</b><br>El facilitador dará una plática de los cuidados del catéter peritoneal, sobre los signos de infección en la inserción del catéter y que hacer en caso que se presenten. Se apoyará con imágenes tamaño carta, las cuales se irán mostrando a | -Tríptico  | <b>20min</b>     |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  | <p>los pacientes. Posteriormente se abrirá una ronda para preguntas o dudas que tengan los pacientes en relación al tema.</p> <p><b>Plenaria</b></p> <p>-Se abrirá una plenaria en donde los pacientes compartan lo escrito en las hojas de colores dadas al inicio de la sesión. Con esto se pretende hacer una reflexión de cómo los pacientes han llevado el cuidado el catéter.</p> <p><b>Cierre.</b></p> <p>El facilitador agradecerá la participación de los pacientes y pedirá que comente que se llevan de esta sesión. El facilitador hará entrega de un tríptico sobre el tema visto: Cuidados del catéter peritoneal, sobre los signos de infección en la inserción del catéter y que hacer en caso que se presenten.</p> |  | <p><b>10min</b></p><br><p><b>5min</b></p> |
|--|--|--|--|---|



## Carta Descriptiva

|  |                     |
|--|---------------------|
| Nombre del taller: Autocuidado   | Número de sesión: 4 |
| Lugar y fecha de la capacitación: Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología   |                     |
| Nombre del facilitador: Gonzalez Hernandez Miguel Angel  |                     |
| Tema de la sesión: Ejercicios que pueden realizar los pacientes con catéter peritoneal           |                     |
| Objetivo general: Enseñar lo ejercicios que pueden realizar los pacientes con catéter peritoneal |                     |

| Resultados de aprendizaje   | Temas  | Estrategias de aprendizaje o actividades a desarrollar  | Material didáctico                                     | Tiempo (minutos) |
|---|--|---|--|------------------|
| Que los pacientes puedan conocer la importancia y los beneficios de realizar ejercicio, así como cuales pueden llevar a cabo. | Ejercicios que pueden realizar los pacientes con catéter peritoneal. | <p><b>Apertura</b></p> <p>El facilitador dará la bienvenida y pedirá que alguien de los pacientes que haga un breve resumen de lo visto en la sesión anterior y como lo ha podido integrar.</p>   | <p>-Mapa mental</p> <p>-Celular</p> <p>-infografía</p> | <b>5min</b>      |
|   |  | <p><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Exposición sobre los beneficios e importancia de hacer ejercicio</b></p> <p>El facilitador dará una charla sobre cuáles son los beneficios y la importancia de realizar ejercicio. Se ayudará con un mapa mental tamaño media carta.</p> |  | <b>10min</b>     |





## Carta Descriptiva

|   |                     |
|---|---------------------|
| Nombre del taller: Autocuidado  | Número de sesión: 5 |
| Lugar y fecha de la capacitación: Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología                    |                     |
| Nombre del facilitador: Gonzalez Hernandez Miguel Angel   |                     |
| Tema de la sesión: Cierre del taller  |                     |
| Objetivo general: Conocer cómo se sienten y que aprendizaje obtuvieron los pacientes al término del curso- taller |                     |

| Resultados de aprendizaje                                 | Temas | Estrategias de aprendizaje o actividades a desarrollar   | Material didáctico | Tiempo (minutos) |
|---|-------|--|--------------------|------------------|
| Reflexión acerca de tomar el curso taller de autocuidado. |       | <p><b>Apertura</b></p> <p>El facilitador dará la bienvenida.</p>   |                    | <b>5min</b>      |
|   |       | <p><b>Desarrollo</b></p> <p><b>Exposición sobre: terminando ando</b></p> <p>-El facilitador enfatizará y agradecerá el que se haya llegado juntos al final del del curso-taller.</p> <p><b>Dinámica: La fiesta</b></p> <p>-El facilitador mencionará las indicciones de la dinámica:<br/>           “Habrá una fiesta y para ir hay que llevar dos cosas, yo comienzo” mencionar su nombre y apellido, y un objeto que empiece con la letra de su nombre y otro con su apellido. Por ejemplo: Me llamo Miguel González y voy a llevar a la fiesta <b>mangos y gomitas.</b></p> |                    | <b>10min</b>     |
|   |       |  |                    | <b>10min</b>     |

|  |  |  |  |              |
|--|--|--|--|--------------|
|  |  | <p><b>Comentarios generales de los pacientes</b></p> <p>-El facilitador invitará a los pacientes a comentar como se sintieron a lo largo del taller.</p> |  | <b>10min</b> |
|  |  | <p><b>Recomendaciones finales</b></p> <p>-El facilitador dará unas palabras de motivación.</p>   |  | <b>5min</b>  |
|  |  | <p><b>Cierre.</b></p> <p>El facilitador agradecerá la participación de los pacientes.</p>  |  | <b>5min</b>  |



## CAPITULO IX. ANEXOS

### 9.1 Cronograma de actividades

#### INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE TESIS

| ACTIVIDAD   | 2021 |               |     |     | 2022 |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|---|------|---------------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
|   | Sep  | Oct           | Nov | Dic | Ene  | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Oct |  |
| Revisión y cambios del proyecto                                 | ■    |               |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| Revisión y dictamen del proyecto por un comité                  | ■    | ■             |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| Prueba piloto (octubre o noviembre)                             |      |               |     | ■   |      |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| Difusión del proyecto 2 foros                                   |      | 13,14<br>Y 15 | ■   |     |      |     | 10  |     |     |     |     |     |     |  |
| Presentación del proyecto ante la escuela (noviembre-diciembre) |      |               | ■   |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| Pre test noviembre  |      |               |     | ■   | ■    |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| Impartir el curso-taller sobre el autocuidado (12 sesiones)     |      |               |     |     | ■    | ■   | ■   |     |     |     |     |     |     |  |
| Pos test  |      |               |     |     |      |     | ■   |     |     |     |     |     |     |  |
| Presentación de resultados preliminares (marzo)                 |      |               |     |     |      |     | ■   | ■   |     |     |     |     |     |  |
| Análisis de datos   |      |               |     |     |      |     |     | ■   |     |     |     |     |     |  |
| Presentación de resultados en sesión clínica                    |      |               |     |     |      |     |     |     | ■   |     |     |     |     |  |
| Preparación del informe junio                                   |      |               |     |     |      |     |     |     |     | ■   |     |     |     |  |
| Revisión de sinodales julio-agosto                              |      |               |     |     |      |     |     |     |     |     | ■   | ■   |     |  |
| Examen profesional  |      |               |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     | ■   |  |



## 9.2 Consentimiento informado

### INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

#### Consentimiento Informado

Lea la siguiente información para estar seguro(a) de que comprende perfectamente el objetivo de la investigación que se realizará, y firme en caso de que esté de acuerdo en participar en el estudio.

*Título del estudio:*

***Capacidad de autocuidado de los pacientes con diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.***

---

*Investigador (es):*

***E.L.E.O Gonzalez Hernandez Miguel Angel***

---

El autor de esta investigación es una enfermera profesional que estudia

***Capacidad de autocuidado de los pacientes con diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.***  
***(propósito de la investigación).***

---

El estudio ofrecerá información que puede permitir a los enfermeros

***Conocer cuál es la capacidad de autocuidado de los pacientes con diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.***  
***(beneficios potenciales).***

---

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas competentes y los consejos de revisión de este instituto. El estudio no implica daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye:

***La realización de una encuesta en donde se le pedirá proporcione algunos datos Personales.***

---

La participación en el estudio va a ocuparles, aproximadamente, 45min  
***(Tiempo).***

Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación a la (el) investigador **Gonzalez Hernandez Miguel Angel** o **Mtro. Cadena Estrada Julio César**, llamando al número 0155 55732911, ext. 23300.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera, el cuidado de su familiar y la relación con el personal de salud no se verán afectados. La información del estudio

será totalmente confidencial, su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado.

Toda la información del estudio será recopilada por la (el) **E.L.E.O Gonzalez Hernandez Miguel Angel**, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído y me han explicado el consentimiento y voluntariamente consiento participar en este estudio.

---

Firma del participante

---

Firma del investigado



### 9.3. Instrumento de recolección de datos

## INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Reciba un cordial saludo, agradezco de antemano su colaboración para contestar la siguiente encuesta. La información obtenida es totalmente confidencial y tiene por objetivo evaluar el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes con diálisis peritoneal.

#### I. Datos generales.

Lea las siguientes preguntas y responda según sea la opción marque con una X o responda sobre la línea. Le pido no deje ninguna casilla sin responder, ya que todas las preguntas son muy importantes.

|                               |                                     |                              |                 |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1. Edad: _____                | 2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) | 3. Estado civil: Soltero ( ) |                 |
|                               |                                     |                              | Unión libre ( ) |
| 4. Ocupación: _____           | 5. Escolaridad: _____               |                              | Casado ( )      |
|                               |                                     |                              | Divorciado ( )  |
| 6. Lugar de residencia: _____ |                                     |                              | Viudo ( )       |

#### II. Marque con una X en el recuadro que considere corresponda a su respuesta

#### Escala de apreciación de Capacidad de Agencia de Autocuidado (A.S.A)

| Ítem afirmación  | Respuestas               |               |                                |            |                       |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------------|------------|-----------------------|
|  | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud. |                          |               |                                |            |                       |
| 2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.   |                          |               |                                |            |                       |
| 3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.      |                          |               |                                |            |                       |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.   |  |  |  |  |  |
| 5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.   |  |  |  |  |  |
| 6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.  |  |  |  |  |  |
| 7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.   |  |  |  |  |  |
| 8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.   |  |  |  |  |  |
| 9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.   |  |  |  |  |  |
| 10. Cuando hay situaciones que me afectan yo el manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.                          |  |  |  |  |  |
| 11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.                                    |  |  |  |  |  |
| 12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos.  |  |  |  |  |  |
| 13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.   |  |  |  |  |  |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.                                   |  |  |  |  |  |
| 15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.  |  |  |  |  |  |
| 16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.                                    |  |  |  |  |  |
| 17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios. |  |  |  |  |  |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.                                       |  |  |  |  |  |
| 19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.  |  |  |  |  |  |
| 20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.   |  |  |  |  |  |
| 21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.                                   |  |  |  |  |  |
| 22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.   |  |  |  |  |  |
| 23. Puedo sacar tiempo para mí.   |  |  |  |  |  |
| 24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.                                    |  |  |  |  |  |

**¡MUCHAS GRACIAS!**

#### 9.4 Financiamiento

| <b>Partida</b>                                      | <b>Cantidad</b> | <b>Costo<br/>unitario</b> | <b>Costo total</b> |
|---|-----------------|---------------------------|--------------------|
| <b>1.Material</b>                                   |                 |                           |                    |
| <b>Computadora Lap Top HP</b>                       | 1               | \$14,199.00               | \$14,199.00        |
| <b>Impresora HP link Tank315<br/>(z4b04A)</b>       | 1               | \$3,123.00                | \$3,123.00         |
| <b>Cartucho para tinta</b>                          | 8               | \$250.00                  | \$2,000.00         |
| <b>Paquete de hojas blancas</b>                     | 4               | \$70.00                   | \$280.00           |
| <b>Paquete de plumones de color</b>                 | 1               | \$80.00                   | \$80.00            |
| <b>Caja de plumas (12pz)</b>                        | 1               | \$45.00                   | \$45.00            |
| <b>Sanitizante (Britesun) en aerosol<br/>40ml</b>   | 1               | \$99.99                   | \$99.99            |
| <b>Bola de estambre</b>                             | 1               | \$20.00                   | \$20.00            |
| <b>Rollo Papel Kraft 12" / 30 Cm X 8<br/>Metros</b> | 1               | \$50.00                   | \$50.00            |
| <b>Palos de bandera</b>                             | 10              | \$3.00                    | \$30.00            |
| <b>Resistol adhesivo (Pritt)</b>                    | 10              | \$15.00                   | \$150.00           |
| <b>Papel Cascaron 1/2 56x71cm</b>                   | 3               | \$45.00                   | \$135.00           |
| <b>Papel Contact Autoadherible (1<br/>rollo)</b>    | 1               | \$199.00                  | \$199.00           |
|   |                 | <b>Subtotal</b>           | <b>\$20,410.99</b> |

## CAPITULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

<sup>1</sup> CODIGOF: Código F. La revista de la CANIFARMA. [Internet].2020[ citado el 06 de octubre 2020]. Disponible en: <https://codigof.mx/dia-mundial-del-rinon-2020-salud-renal-para-todos-en-todos-lados/>

<sup>2</sup> Branco JMA, Luz MT. Tratamento com diálise peritoneal: a prática no contexto familiar. Ev enferm UERJ [Internet].2015[Citado el 22 de noviembre 2020]; 23(3):344-349.Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5132>

<sup>3</sup> Cantillo-Medina CP, Blanco-Ochoa JJ. Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 [citado del 23 de noviembre 2020];20(4):330-341.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842017000400007>

<sup>4</sup> Chinchay MD y Arévalo MI B. Tesis: Capacidad de autocuidado en pacientes que asisten al programa de diálisis peritoneal ambulatoria periódica del Hospital II Es salud Tarapoto. UNSM. [Internet].2018 [citado el 25 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2993/ENFERMERIA%20%20Diana%20Mariela%20Chinchay%20%26%20Merelly%20Isuky%20Arevalo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>5</sup> Hernández MM, Romero-Quechol G M, Cruz-Ojeda GA. Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel. Rev Enferm Inst MexSeguro Soc[Internet].2019[Citado el 23 de noviembre2020];27(3):146-153.Disponible en: <https://goo.su/kDko>

<sup>6</sup> Giraldo A, Toro MY, Macias AM, Valencia CA, Palacio S. La Promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la

---

Salud. [Internet].2010 [Citado el 14 de octubre 2022];15(1):128-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>

<sup>7</sup> Herrera AS, Machado PM, Tierra VR, Coro EM, Remache KA. El profesional de enfermería en la promoción de la salud en el segundo nivel de atención. Revista Eugenia Espejo. [Internet].2022 [Citado el 14 de octubre 2022];16(1):98-106. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.04.13.11>

<sup>8</sup> Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit. [Internet]. 2017 [citado 31 agosto 2020];19(3): 89-100. Disponible en: <https://goo.su/5rlnA>

<sup>9</sup> Vega OM, González DS. Teoría del Déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado [Internet].2007[Citado el 24 de noviembre 2020];4(4):28-35. Disponible en: <https://goo.su/jivEz>

<sup>10</sup> Burgos E, Meléndez MA, Meza E, Agramón KA, Pereyra MC, Martinez NL. Impacto de una intervención dirigida a incrementar el conocimiento de la enfermedad renal sobre el inicio oportuno de la terapia sustitutiva. Rev Soc Esp Enferm Nefrol.[Internet].2011.[citado el 13 de septiembre 2021];14 (4): 236-241. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752011000400005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000400005)

<sup>11</sup> Leone DRR, Neves ACOJ, Prado RT, Castro EAB. Nursing assistance in peritoneal dialysis: applicability of orem theory –mixed method study. Esc Anna Nery. [internet].2021[citado el 13 de septiembre 2021];25(3):1-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bhNNF3NKfRkdPrKLXz3pMVD/?lang=pt>



- 
- <sup>12</sup> Carrillo AJ. Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2015[citado el 23 de noviembre 2020];18(1): 31-40. Disponible en: <https://goo.su/JEd3jrh>
- <sup>13</sup> Secretaria de Salud. Enfermedad renal en México: prevención, promoción, atención y seguimiento. [Citado el 15 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/119-enfermedad-renal-en-mexico-prevencion-promocion-atencion-y-seguimiento?idiom=es>
- <sup>14</sup> Treviño A. Protección renal. *Revista Oficial del Colegio de Nefrólogos de México AC*. [Internet].2020.[Citado el 08 de octubre 2022];41(1). Disponible en: <https://cnm.org.mx/proteccion-renal/>
- <sup>15</sup> Tortora GJ, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología humana. 11ª ed. Barcelona: Editorial Panamericana;2016.
- <sup>16</sup> Guyton AC, Hall J. Tratado de fisiología médica. 13ª ed. Editorial Elsevier.2007.
- <sup>17</sup> Grossman S, Porth CM. Fisiopatología, alteraciones de la salud y conceptos básicos. 9ª ed. Editoreal Lippincott Williams & Wilkins.2014.
- <sup>18</sup> Gutiérrez I. La fisiopatología como base fundamental del diagnostico clínico. Editorial Medica Panamericana. 2012.
- <sup>19</sup> Raff H, Levitzky M. Fisiología medica un enfoque por apartados y sistemas. Editorial Mc Graw Hill. México.
- <sup>20</sup> Stanfield CL. Principios de fisiología humana. 4ª edición. Editorial Pearson. Madrid.
- <sup>21</sup> Chávez-Gómez NL, Cabello-López A, Gopar-Nieto R, Aguilar-Madrid G, Marín-López KS, et al. Enfermedad renal crónica en México y su relación con los metales pesados.

---

Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet].2017[Citado el 08 de octubre 2020];55(6):725-

34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im176i.pdf>

<sup>22</sup> Stephen J, Hammer GD. Fisiopatología de la enfermedad, una introducción a la medicina clínica. 6ª edición. Editorial Mc Graw Hill.

<sup>23</sup> Beatriz G, Zayas R, Fragoso R, Cuairán V, Hernández A. Manejo estomatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica: presentación de caso. Revista Odontológica Mexicana. Nefrología [ Internet]. 2009 [Citado el 16 de octubre 2022];13(3):171-176.Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2009/uo093h.pdf>

<sup>24</sup> Martínez-Castelao A, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Esmatjes E, Gamarra J, et al. Documento de censo para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología [ Internet]. 2014 [Citado el 08 de octubre 2020];34(2):243-262.Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n2/documento\\_consensio.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n2/documento_consensio.pdf)

<sup>25</sup> Martín-Gómez MA. Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica. Nefrología. [Internet]. 2016[citado el 08 de octubre 2022];36(5):556-581.Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v36n5/0211-6995-nefrologia-36-05-00577.pdf>

<sup>26</sup> Lorenzo V, Rodríguez DL. Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día. Enfermedad Renal Crónica [Internet]. 2020[citado el 08 de octubre 2020].Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>

<sup>27</sup> Concepción-Zavaleta M, Cortegona-Aranda J, Ocampo-Rujel N, Gutiérrez-Portillo W. Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Rev Soc Peru Med Interna. [Internet]. 2015 [citado el 16 de octubre 2022];28(2):72-78. Disponible en:

---

[http://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2015/revista\\_28\\_2\\_2015/articulo\\_origina2.pdf](http://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2015/revista_28_2_2015/articulo_origina2.pdf)

<sup>28</sup> Morales J. Drogas nefrotóxicas. Nefrología. [Internet]. 2010 [citado el 16 de octubre 2022];21(4):623-628.Disponible en: DOI: 10.1016/S0716-8640(10)70578-2

<sup>29</sup> Achiardi RD, Vargas JG, Echeverria JE, Moreno M, Quiroz G. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Rev fac. med. [Internet]. 2011 [citado el 16 de octubre 2022];19(2):226-231.Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n2/v19n2a09.pdf>

<sup>30</sup> Quiroga B, Álvarez V, De Sequera P. Alteraciones lipídicas en la ERC. Nefrología del día. [Internet]. 2020[citado el 08 de octubre 2020]. Disponible en:  
<https://www.nefrologiaaldia.org/275>

<sup>31</sup> García AV. Tesis: Proceso enfermero aplicado a una persona adulta con insuficiencia renal crónica. UNAM.2014. [citado el 07 de septiembre 2022].

<sup>32</sup> Dehesa E. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. Medigraphic [Internet]. 2008 [citado el 16 de octubre 2020];3(3):73-78.Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>

<sup>33</sup> Gómez A, Arias E, Jimenez C. Insuficiencia Renal Crónica. Tratado de Geriátria para residentes. [Internet]. [citado el 10 de octubre 2022]. Disponible en:  
[https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2062\\_iii.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2062_iii.pdf)

<sup>34</sup> Canela JC. Tesis: Técnicas Lúdicas Y Constructivistas En La Enseñanza De autocuidado A Pacientes De Diálisis Peritoneal En Domicilio. UNAM [Internet].2016 [

---

citado el 25 de noviembre 2020]. Disponible en:  
132.248.9.195/ptd2016/marzo/0741859/Index.html

<sup>35</sup> Guía de práctica clínica: Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de atención. Disponible en:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/727GRR.pdf>

<sup>36</sup> CENETEC. Guía Tecnológica numero 16: Sistema de Diálisis Peritoneal. 2004. Disponible en: <https://goo.su/MFLZ>

<sup>37</sup> Pereira-Rodríguez J, Boada-Morales L, Peñaranda-Flórez DG, Torrado-Navarro Y. Diálisis y hemodiálisis. Una revisión actual según la evidencia. [Internet]. [ citado el 19 de octubre 2020]. Disponible en: <https://goo.su/HUsC6T>

<sup>38</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Diálisis Peritoneal. [Internet].2010[citado el 19 de octubre 2020]. Disponible en: <https://goo.su/nqYFxLo>

<sup>39</sup> Mejia P, Prats M, Borrás M. Indicaciones y modalidades de la diálisis peritoneal. Nefrología del día. [Internet].2019[citado el 23 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://static.elsevier.es/nefro/monografias/pdfs/nefrologia-dia-229.pdf>

<sup>40</sup> Sánchez A, Muley R. Diálisis Peritoneal Crónica. Protoc diagn ter pediater. [Internet].2014.[Citado el 23 de noviembre 2020];1:421-434. Disponible en: <https://goo.su/fC8ev>

<sup>41</sup> Ponz E, Betancourt Complicaciones no infecciosas en el paciente en diálisis peritoneal. Nefrología del día.[Internet].2019[citado el 23 de noviembre 2020].

---

Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-complicaciones-no-infecciosas-el-paciente-226>

<sup>42</sup> Barrera P, Zambrano P, Contreras A, Dreves P, Salgado, et al. Complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal crónica. Rev Chil Pediatr [Internet].2008 [Citado el 23 de noviembre 2020];79(5):522-536.Disponible en: <https://goo.su/jScJVG>

<sup>43</sup> Marriner A, Taylor S. Teoría del déficit de autocuidado, en: Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. España: Elsevier-Mosby; 2007.

<sup>44</sup> Chile-Solidario. Ministerio de planificación. Manual de orientación para la flexibilidad y el autocuidado. Chile: Ministerio de planificación; 2012. Disponible en: [http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc\\_doc/12471430384ba8c2343ecf9.pdf](http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc_doc/12471430384ba8c2343ecf9.pdf)

<sup>45</sup> Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol Mex. Internet].2011[citado el 14 octubre 2022];10(3):163-167.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

<sup>46</sup> Solar L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron [Internet].2014 [citado el 24 noviembre 2020];36(6):835-845.Disponible en: <https://goo.su/DppTkR>

<sup>47</sup> Vega OM, González DS. Teoría del Déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado [Internet].2007[Citado el 24 de noviembre 2020];4(4):28-35.Disponible en: <https://goo.su/jivEz>

<sup>48</sup> Zapata KA. Tesis: Capacidad de autocuidado en pacientes del programa de diálisis peritoneal de un Hospital Essalud-Callao. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Internet].2019[citado el 06 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://goo.su/UMS1>

---

<sup>49</sup> Ramirez B, Marisgot O. Tesis: Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la Microred Chavín-Ancash. Universidad INCA Garcilaso de la Vega. [Internet].2019[citado el 06 de septiembre 2022]. Disponible en:[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3916/TESIS\\_RAMIREZ\\_OWENS.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3916/TESIS_RAMIREZ_OWENS.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

<sup>50</sup> Constantino F, Romero AY. Autocuidado en el hogar del paciente en tratamiento de diálisis peritoneal. Paraninfo Digital [Internet].2018[Citado el 23de noviembre 2020]; XII (28):1-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e161.pdf>

<sup>51</sup> Gomes HLM, Monteiro IOP, Pina RMP, Toledo NN, de Almeida GS. Enfrentamento, Dificuldades e Práticas de Autocuidado de Pacientes com Doença Renal Crônica Submetidos à Diálise Peritoneal. Rev Paul Enferm [Internet]. 2019.[Citado el 13 de septiembre 2021];30:1-12.Disponible en: doi:10.33159/25959484.repen.2019v30a1

<sup>52</sup> Licht-Ardila M,Almeida-Arias J, Bolívar-Salazar F, Galván-Mármol Y, García-Rujillo S. Rol del profesional de Enfermería en terapias de reemplazo renal, diálisis peritoneal. Med UNAB.[Internet].2014.[Citado el 13 de septiembre 2021];17(2):103-113.Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2088>

<sup>53</sup> De Carvalho M, Lisboa M, Nicácio F, Freire A. Material Educativo Para Pacientes Em Diálise Peritoneal: Instrumento De Auxílio No Autocuidado. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.[internet]. 2018.[Citado el 13 de septiembre 2021];8(3):19-27 .Disponible en <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/283/materiales-educativos-para-los-pacientes-en-dialisis-peritoneal-instrumento-de-ayuda-en-el-autocuidado/>

---

<sup>54</sup> Patat CL, Stumm EMF, Kincher RM, Guido LA, Barbosa DA. Analisis de la calidad de vida de los usuarios de hemodiálisis. Enfermería global. [Internet].2012. [Citado el 13 de septiembre 2021];11(27):54-65. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S169561412012000300004>.

<sup>55</sup> Pedroso VSM; Andrade GB; Weykamp JM, Cecagno D, Medeiros AC, Siqueira HH. Nurse actions on user and family training in peritoneal dialysis. Rev Fund Care Online. [Internet]. 2018. [Citado el 13 de septiembre 2021];10(2):572-576.Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018v10i2.572-57>

<sup>56</sup> Samaniego-Lomelia WE, Joaquín-Zamudioa S, Muñoz-Maldonadoa JS, Muñoz-Livas JF. Autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Salud y Administración. [Internet].2018. [Citado el 13 de septiembre 2021];5(3):15-22.Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/2>

<sup>57</sup> Secretaria General [Internet]. Ley General de Salud. 7 de febrero de 1984. [Actualizada 20-agosto-2009]; Diario Oficial de la Federación. [Citada el 01 diciembre 2020]. Disponible en: <https://goo.su/d0Hq>

<sup>58</sup> Secretaría de Gobernación [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 5 de noviembre de 2009; Diario Oficial de la Federación. [Citada el 05 octubre 2020]. Disponible: <https://goo.su/JLapdHJ>

<sup>59</sup> CONAMED Declaración de Helsisky [Internet]. México: Comisión Nacional de Bioética; [Citada el 05 octubre 2020]. Disponible: <https://goo.su/Aimj>

---

<sup>60</sup> Comité de Bioética de México [Internet]. Código de Núremberg; [Citada el 05 octubre 2020]. Disponible: <http://uis.com.mx/assets/numberg.pdf>

<sup>61</sup> Comité de Bioética de México [Internet]. Informe de Belmont; [Citada el 05 octubre 2020]. Disponible: <https://goo.su/2cS1XC>

<sup>62</sup> Méndez-Durán A, Pérez-Aguilar G, Ayala-Ayala F, Ruíz-Rosas RA, González-Izquierdo JJ, Dávila-Torres J. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. Dial Traspl.[Internet].2014.[Citado el 06 de julio 2022];35(4):148-156.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2014.08.001>

<sup>63</sup> Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Arch Med Camagüey. [Internet].2019. [Citado el 12 de julio 2022];23(6):815-825. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-2476-1731>

<sup>64</sup> Martínez ME, Plazas M, Barajas GP, Bravo AM, González C, Rodríguez A. Factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna. Acta Médica Colombiana. [Internet].2013 [Citado el 06 de julio 2022];38(4):228-232.Disponible en: <https://goo.su/nToJHi>

<sup>65</sup> Julián- Mauro JC, Muñoz-Carrasquilla S, Rosado-Lázaro I. Factores asociados a la integración laboral de las personas en tratamiento renal sustitutivo en España. Enferm Nefrol.[Internet]. 2020.[ citado el 06 de julio 2022];23(2).176-83. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020017>

<sup>66</sup> Sánchez E, García O, Segura M, Álvarez AS. Percepción de redes de apoyo del paciente con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. Med



---

Gen Fam. [Internet]. 2020.[Citado el 12 de julio 2022];9(4): 173-177.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.038>.

<sup>67</sup> González YA, Bohorques R, Rodas A, Noa L. Estado nutricional de los pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria. Rev Cubana Aliment Nutr. [Internet].2016[Citado el 12 de julio 2022];26(1):21-36. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929 .Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2016/can161c.pdf>.

<sup>68</sup> Serrano-Navarro I, Mesa-Abad P, Tovar-Muñoz L, Crespo-Montero R. Trastornos del sueño en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Enferem Nefrol. [Internet].2019. [Citado el 12 de julio 2022];22(4):361-378.Disponible en: <https://goo.su/Ucr2AT5>

<sup>69</sup> Carrillo-Mora P, Barajas-Martínez Kg, Sánchez-Vázquez I, Rangel-Caballero MF. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. [Internet].2018. [Citado el 12 de julio 2022]; 61(1): 6-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n1/2448-4865-facmed-61-01-6.pdf>

<sup>70</sup> Villamil WA, Debray E. Nivel de actividad física de pacientes con falla renal pertenecientes en un programa de diálisis peritoneal. Rev Nefrol Dial Traspl. [Internet]. 2018. [Citado el 13 de julio 2022];38(1):28-34. Disponible en: <https://goo.su/RfF6a>

<sup>71</sup> Becerra J, Martinetti Leymar, Mogollón M, Vargas E. Calidad del sueño en pacientes con hemodiálisis, unidad de diálisis. Lara. Venezuela. Salud, Arte y Cuidado. [Internet].2018. [Citado el 13 de julio 2022];11(2):9-106.Disponible en: <https://goo.su/Um1mq4S>