



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

RELACION NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES EN HEMODIALISIS DE LA CLINICA RENAL PLUS, LIMA, 2025

Línea de investigación:
Salud pública

Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

Autora

Loaiza Alfaro, Rosa Angela

Asesor

Aquino Aquino, Ronal Hamilton

ORCID: 0000-0001-8135-6081

Jurado

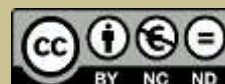
Caffo Marruffo, Marlene Esperanza

Astocondor Fuertes, Ana María

Zelada Loyola, Ledda Clementina

Lima - Perú

2025



RELACION NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES EN HEMODIALISIS DE LA CLINICA RENAL PLUS, LIMA, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

5%

2

investigacion.unirioja.es

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

core.ac.uk

Fuente de Internet

1%

5

dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

www.coursehero.com

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

1%

9

www.grafiati.com

Fuente de Internet

1%

10

repositorioinstitucional.uaslp.mx

Fuente de Internet

<1%

11

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1%

Submitted to unsaac



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

**RELACION NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES EN HEMODIALISIS DE LA CLINICA RENAL PLUS, LIMA, 2025**

Línea de Investigación:

Salud Pública

**Tesis para optar por el Título Profesional de Segunda Especialidad de Enfermería en
Nefrología**

Autora:

Loaiza Alfaro, Rosa Angela

Asesor:

Aquino Aquino, Ronal Hamilton

ORCID: 0000-0001-8135-6081

Jurado:

Caffo Marruffo, Marlene Esperanza

Astocondor Fuertes, Ana María

Zelada Loyola, Ledda Clementina

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

A Yahvé sea la Gloria del día a día. A mi familia por su apoyo incondicional, a los docentes que dedicaron tiempo y guía, para concretar este proyecto en la búsqueda continua del bienestar de nuestros pacientes.

Y a los pacientes que motivan nuestra labor y nos enseñan el esfuerzo constante que conlleva la enfermedad.

Agradecimiento

A Dios quien me permite retomar el camino que tenía planeado y verlo concretado, pese al reto y dificultades que implicaron, abrió puertas y me sostuvo en pie, pese a las dificultades del camino.

ÍNDICE

RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	X
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Descripción y formulación del problema	2
1.2 Antecedentes	6
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 Justificación.....	12
1.5 Hipótesis.....	14
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1 Bases teóricas relacionadas al tema de investigación	16
III. MÉTODO	43
3.1 Tipo de investigación	43
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	43
3.3 Variables.....	43
3.4. Población y muestra	44
3.5 Instrumentos	46
3.6 Procedimientos	48
3.7 Análisis de datos.....	49
3.8 Consideraciones éticas	49
IV. RESULTADOS	51
V. DISCUSION DE RESULTADOS.....	63
VI. CONCLUSIONES.....	74
VII. RECOMENDACIONES.....	76
VIII. REFERENCIAS.....	78
IX. ANEXOS	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de datos Sociodemograficos	51
Tabla 2. Variable 1: Nivel de conocimiento sobre la ERCT	52
Tabla 3. Dimensiones de la variable 1: Nivel de Conocimiento sobre la ERCT	53
Tabla 4. Variable 2: Práctica de autocuidado	54
Tabla 5. Dimensiones de la variable 2: Práctica de autocuidado	55
Tabla 6. Pruebas de normalidad de ambas variables	56
Tabla 7. Estadística de correlación entre variables	57
Tabla 8. Resultado de la hipótesis específica 1	58
Tabla 9. Resultado de la hipótesis específica 2	59
Tabla 10. Resultado de la hipótesis específica 3	60
Tabla 11. Resultado de la hipótesis específica 4	61
Tabla 12. Resultado de la hipótesis específica 5	61

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. **Método:** El estudio es de tipo básico, con enfoque cuantitativo, de nivel correlacional, diseño no experimental y corte transversal. La recolección de datos utilizó 02 instrumentos: el “Cuestionario nivel de conocimiento sobre ERCT” (2025) compuesto por 26 preguntas y el “Cuestionario prácticas de autocuidado” (creado 1998 y validado 2021) compuesto de 27 preguntas, ambas evalúan dimensiones en base a la Teoría de Dorothea Orem. La muestra estuvo formada por 99 pacientes que acuden Unidad de Hemodiálisis de la Clínica Renal Plus. **Resultados:** Se encontró que el nivel de conocimiento sobre la ERCT es de nivel regular 66.7% y 18.2% deficiente. Esta insuficiencia se refleja en sus prácticas de autocuidado, donde el 60.6% manifiesta comportamientos regulares, el 23.2% deficientes, y apenas el 16.2% mantiene buenas prácticas. Obteniéndose un coeficiente de correlación r de Pearson = 0.366 y una significancia de $P = 0.001$, revelando una correlación positiva y significativa entre ambas variables. **Conclusión:** Se determinó que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la clínica Renal Plus. Es decir, ambas variables actúan de forma directamente proporcional, datos que generan la oportunidad de desarrollar diferentes roles de la enfermería en el área de nefrología.

Palabras clave: Nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica terminal, práctica de autocuidado, hemodiálisis.

Abstract

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge and the practice of self-care in hemodialysis patients at Clínica Renal Plus, Lima, 2025. **Method:** The study is of a basic type, with a quantitative approach, correlational level, non-experimental and cross-sectional design. The data collection used two instruments: the “Questionnaire level of knowledge about TCRS” (2025) composed of 26 questions and the “Self-care practices questionnaire” (created 1998 and validated 2021) composed of 27 questions, both of which evaluate dimensions based on Dorothea Orem's theory. The sample consisted of 99 patients attending the Hemodialysis Unit of the Clínica Renal Plus. **Results:** It was found that the level of knowledge about ERCT is 66.7% regular and 18.2% deficient. This insufficiency is reflected in their self-care practices, where 60.6% show regular behaviors, 23.2% deficient, and only 16.2% maintain good practices. A Pearson's r correlation coefficient = 0.366 and a significance of $P= 0.001$ were obtained, revealing a positive and significant correlation between both variables. **Conclusion:** It was determined that there is a significant relationship between the level of knowledge about TCRS and the practice of self-care in hemodialysis patients at the Renal Plus clinic. That is to say, both variables act in a directly proportional way, data that generate the opportunity to develop different nursing roles in the nephrology area.

Key words: Level of knowledge about end-stage chronic kidney disease, self-care practice, hemodialysis.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. A nivel mundial, la prevalencia de la enfermedad renal crónica sigue en aumento, representando el 9.5%; a nivel regional, 10.5% y la población peruana presentaría una prevalencia del 12%. Contexto en el que la hemodiálisis representaría el 87.6% de todas las terapias para esta enfermedad (Ministerio de Salud [MINSA], 2024).

Enfermedad que genera cambios repentinos en todos los aspectos de la vida del paciente al ingresar a terapia de hemodiálisis. Es por ello que, al encontrarse una problemática constante en el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado inadecuadas en esta población, surge la necesidad de valorar si realmente ambas están relacionadas, siendo este el punto de partida para reorganizar las estrategias de intervención de enfermería basadas en la realidad del paciente.

Investigación que está compuesta por 9 capítulos. Iniciándose por el capítulo I, que aborda la introducción, descripción y la formulación del problema, antecedentes, objetivos, justificación e hipótesis, estableciendo un preámbulo para abordar la problemática encontrada. El capítulo II comprende el marco teórico, el cual respalda con fundamento científico la tesis. El capítulo III trata acerca de la metodología de la investigación, donde se detallan las características del tipo de estudio, ámbito a desarrollar, variables, instrumentos, la forma en que se procesarán y analizarán los datos. El capítulo IV aborda los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación. El capítulo V desarrolla la discusión de los resultados, contrastándolos con resultados de investigaciones nacionales e internacionales. El capítulo VI presenta las conclusiones en función a los objetivos establecidos. El capítulo VII presenta las recomendaciones dirigidas al personal de enfermería, así como al equipo multidisciplinario a

cargo de esta unidad de hemodiálisis. El capítulo VIII presenta las referencias bibliográficas que fundamentaron la investigación y culmina con el capítulo IX, anexos, donde están las tablas: matriz de consistencia, operacionalización de variables, instrumentos, validación y confiabilidad del instrumento de la V1, instrumentos de las variables, consentimiento informado y capturas de la base de datos en Excel de ambas variables.

1.1. Descripción y formulación del problema

A nivel global, la enfermedad renal crónica es una condición progresiva, crónica e irreversible que, debido a su relevancia epidemiológica, se consolida como un problema de salud pública, y América Latina no está exenta a ello; de hecho, según el Atlas Global de Salud Renal (2023), de la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN-GKHA), la prevalencia de ERC en la región es del 10,5%, superando al promedio global que estaría en 9,5%, en la mayoría de los países. Además, reafirma que la hemodiálisis representaría el 69% de todas las terapias de sustitución renal a nivel del orbe, pese a no ser la mejor opción en esta población (Obrador et al., 2024).

En este sentido, Perú refleja tendencias similares al ámbito global. Según datos del Ministerio de Salud (2024), la prevalencia de la ERC sigue en aumento y estima que alrededor del 12% de la población peruana podría estar afectada por esta patología. Actualmente, solo contamos con estimaciones hechas por EsSalud, donde refiere que aproximadamente 3,296,219 millones de peruanos mayores de 18 años podrían tener algún grado de ERC, y de ellos, 30,872 personas se encontrarían en el último estadio de la enfermedad, requiriendo alguna terapia sustitutiva renal. Donde la hemodiálisis representa el 87.6% de las terapias (Centro Nacional de Salud Renal, 2024).

Además, el Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL), ha financiado desde 2015 las terapias de sustitución

renal para la población peruana no afiliada al EsSalud, teniendo un impacto significativo en la accesibilidad a esta terapia de alto costo, llámese hemodiálisis, proporcionando atención en las unidades de hemodiálisis hospitalarias o servicios de salud tercerizados (MINSA, 2023).

Asimismo, diversas investigaciones a nivel mundial destacan que la inclusión al tratamiento de hemodiálisis conlleva grandes cambios en diversas esferas de la vida del paciente; por tanto, como ocurre con otras enfermedades crónicas, para optimizar al máximo el tratamiento de HD, se necesita que el paciente se involucre asumiendo su propio autocuidado. Situación que se ve influenciada por la falta de conocimiento en torno a su enfermedad y al manejo de la misma, acelerando la progresión de la enfermedad y empeorando la calidad de vida de los pacientes (Ocaña-Quero et al., 2023).

Respecto a ello, la OPS ha subrayado la importancia de fortalecer la educación y el empoderamiento del paciente como estrategias clave para mejorar el manejo de la ERC. Teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería son los que más tiempo comparten con el paciente en las unidades de diálisis, es imprescindible asumir que intervenir activamente en la educación sanitaria, dirigida a aumentar el conocimiento en torno a la enfermedad y el autocuidado, mejora las prácticas de los pacientes, logrando una mejor adherencia al tratamiento, previniendo complicaciones y mejorando su calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024).

En relación al tema de estudio, países asiáticos como Taiwán-China, enfrentan serios desafíos por la alta prevalencia de ERC. Estudios recientes del 2022 señalan que solo un 40% de los pacientes en hemodiálisis tienen un conocimiento satisfactorio sobre prácticas de autocuidado. Esta falta de conocimiento contribuye a una mayor tasa de complicaciones y hospitalizaciones, impactando tanto al paciente como al sistema de salud (Wu et al., 2022).

De igual forma, Latinoamérica enfrenta desafíos particulares debido a las desigualdades socioeconómicas y al acceso limitado a la atención médica de calidad. Un estudio en Chile revela que un porcentaje significativo de pacientes con ERC posee un conocimiento insuficiente sobre su condición y las prácticas de autocuidado necesarias, estimándose que solo un 35% de los pacientes tiene un nivel adecuado de conocimiento sobre el autocuidado, lo que se reflejó en una menor adherencia al tratamiento y peores resultados clínicos (Andrade-Santana et al., 2020).

En nuestra realidad, se observó que los pacientes que acuden a terapia sustitutiva renal de hemodiálisis en la Clínica Renal Plus ubicada en Ate - Lima, asisten con sobrecarga hídrica, hipertensión arterial, dificultad para respirar, debilidad muscular y accesos vasculares, llámese CVC con el orificio de salida expuesto, gasas mojadas al bañarse o con secreción purulenta. Así también, un aumento en el número de hospitalizaciones debido a complicaciones, ya sea por disfunción, obstrucción o infecciones asociadas al catéter venoso central. Sumándose a preguntas como: ¿cuánto tiempo debo estar en hemodiálisis? o ¿hasta cuándo voy a venir?, entre otras interrogantes.

Situación que resalta la necesidad de investigar y generar conocimientos para determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado, que permitan guiar al profesional de enfermería en el cuidado de esta población, la misma que será usada para planificar intervenciones, implementar programas educativos y aplicar instrumentos de valoración que tomen como fundamento teórico y científico los requisitos universales del autocuidado de Dorothea Orem, de acuerdo a la necesidad del paciente en hemodiálisis, brindando así un cuidado holístico, oportuno y de calidad. Buscando empoderar al paciente en la prevención de complicaciones y la promoción de la salud en su hogar. Por tanto, se formularon las siguientes preguntas de investigación.

Formulación del Problema General

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025?

Problemas Específicos

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Tsai et al. (2022), en Taiwán, su pesquisa tuvo como objetivo “Analizar las asociaciones de datos demográficos y de la enfermedad, fragilidad y el nivel de conocimientos en salud (HL) con las prácticas de autocuidado de la ERC (CKDSC) en pacientes con ERC”. Metodología: Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional causal en dos hospitales de Taiwán, con una muestra de 144 pacientes con ERC con una edad promedio de 66,8 años. Resultados: El 79,2% estaban en la etapa G3 de la ERC y el tiempo medio desde el diagnóstico fue de 86 meses. Donde el 62,5% de los pacientes fueron identificados como no frágiles. La media del nivel de conocimientos en salud fue de 11,76 y las prácticas de autocuidado de la ERC, 62,12. En el análisis de regresión lineal multivariante, se encontró que tener una edad ≥ 65 años, no fragilidad y poseer un mayor nivel de conocimiento eran factores asociados a mejores prácticas de autocuidado. Conclusión: Se encontró una correlación positiva y significativa entre el nivel de conocimientos en salud y las prácticas de autocuidado en pacientes con ERC.

Tsai et al. (2021), en Taiwán, tuvieron como objetivo: “Investigar cómo el conocimiento de la enfermedad y las prácticas de autocuidado se relacionan en los pacientes con ERC y cómo estas son influenciadas por la teleeducación (mHealth) en comparación con los que reciben educación tradicional”. Metodología: Estudio cuantitativo, cuasiexperimental, transversal y correlacional causal. Diseñaron una aplicación móvil de atención médica (iCKD) y de educación sobre la salud de la enfermedad, análisis nutricional, recordatorio de medicación, alarmas y un sistema de advertencia. Las enfermeras encuestaron a los pacientes con ERC utilizando cuestionarios estructurados de conocimiento de la enfermedad y prácticas de autocuidado. Resultados: Se analizaron 107 pacientes que utilizaron iCKD y 107 que

recibieron educación tradicional. Los pacientes que utilizaron iCKD tuvieron puntajes de conocimiento de la enfermedad más altos que aquellos que recibieron educación tradicional. En el análisis multivariado, iCKD se asoció significativa y positivamente con los puntajes de conocimiento de la enfermedad. Los pacientes con altos niveles de educación podrían tener un mayor conocimiento de la enfermedad mediante el uso de mHealth. No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones totales de prácticas de autocuidado entre los dos grupos. Conclusión: Si bien el conocimiento de la enfermedad mejora con la educación, esta no se correlaciona significativamente con las prácticas de autocuidado en pacientes con ERC.

Lee et al. (2021), en Taiwán, tuvieron como objetivo “Determinar cómo los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal sometidos a hemodiálisis mejoran con un programa de autogestión de la calidad de vida relacionada con la salud”. Metodología: Estudio cuasiexperimental, transversal y correlacional causal, con 32 participantes al grupo de control (programa convencional) y 32 participantes al grupo experimental (programa de autogestión). El cuestionario incluyó la Encuesta de salud de formato corto SF-36, un cuestionario de conocimiento y otro de prácticas diarias de autocuidado de la ERC. Resultados: Tres meses después de la intervención, el programa de autogestión había mejorado la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en los componentes de salud mental ($p < .001$), pero no en los componentes de salud física. El programa también promovió conocimientos de autocuidado de los pacientes ($p < .001$) y de las prácticas ($p < .05$). Conclusión: Se determinó que el conocimiento se relaciona con las prácticas de autocuidado de los pacientes con ERC y estas a su vez mejoran la CVRS en el componente de la salud mental.

Yu et al. (2021), en Taiwán, tuvieron como objetivo “Examinar las relaciones entre diferentes dominios de las prácticas de autocuidado y el conocimiento en salud en pacientes con ERC”. Metodología: Estudio cuantitativo, transversal y correlacional en 208 pacientes con

ERC en etapas 1 a 5 del Hospital Universitario Médico de Kaohsiung. El conocimiento en salud se midió con un cuestionario de alfabetización en salud de 5 dimensiones: acceso, comprensión, evaluación y aplicación de información de salud, y comunicación/interacción. La escala de prácticas de autocuidado de la ERC fue un cuestionario de 16 ítems con 5 dimensiones: adherencia a la medicación, control de la dieta, ejercicio, comportamiento de tabaquismo y monitoreo de la presión arterial en el hogar. Resultados: De los 208 pacientes, 97 tenían un nivel de conocimiento en salud suficiente o excelente y 111 tenían un nivel inadecuado o limitado/problemático. Una puntuación más alta en conocimiento en salud se correlacionó significativamente con una mayor práctica de autocuidado ($p < 0.001$). Entre las 5 dimensiones de las prácticas de autocuidado, los pacientes que tenían un nivel de conocimiento en salud suficiente o excelente tenían puntuaciones más altas en dieta, ejercicio y control de la presión arterial. Conclusión: Se estableció que el conocimiento en salud se relaciona significativamente con las prácticas de autocuidado en pacientes con ERC.

Chuang et al. (2021), en Taiwán, tuvieron como objetivo “Determinar la relación entre el conocimiento, las prácticas de autocuidado y la autogestión de los pacientes con enfermedad renal crónica en etapa temprana (ESCKD)”. Metodología: Estudio observacional, correlacional y transversal en 130 pacientes con ERC. Se usó una escala de conocimiento sobre el autocuidado de la enfermedad renal crónica, la escala de prácticas diarias de autocuidado y la escala de autogestión de la enfermedad renal crónica. Resultados: El conocimiento de los pacientes con ERC temprana fue moderado (55,10%), las prácticas de autocuidado fueron moderadas (54,44%) y la autogestión fue moderada (61,11%). El conocimiento de la enfermedad y las prácticas de autocuidado se correlacionaron significativamente de forma positiva ($r = .50$, $p < .01$); el efecto interventor de la autogestión sobre el autocuidado ($z = 4,58$, $p < .001$) alcanzó una diferencia estadísticamente significativa. Las prácticas de autocuidado fueron el predictor más significativo y explicaron el 49% de la varianza total. Conclusión: Se

confirma una correlación positiva y significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en los pacientes con ERC.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Vásquez (2024), en Trujillo, se propuso como objetivo “Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray (HVLE) durante el año 2022”. Metodología: Con un diseño descriptivo-correlacional y de corte transversal, la investigación incluyó a 40 pacientes. Se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de hemodiálisis y una lista de cotejo para observar las prácticas de autocuidado. Resultados: Los datos revelaron que el 55% de los pacientes tenían un nivel medio de conocimiento sobre su tratamiento, el 37.5% un nivel alto y solo el 7.5% un nivel bajo. En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 72.5% de los pacientes mostraron prácticas deficientes, el 27.5% regulares y ninguno buenas prácticas. Para analizar la relación entre ambas variables, se empleó la prueba Tau-b de Kendall, la cual arrojó un valor de -0.221 y un nivel de significancia de $p = 0.116$. Conclusión: Se determinó que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de hemodiálisis y las prácticas de autocuidado en los pacientes del HVLE.

Zamora (2023), en Cajamarca, se propuso como objetivo “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica que asisten a una unidad de hemodiálisis”. Metodología: Con un enfoque cuantitativo, correlacional y de corte transversal, se evaluó a 74 pacientes mediante dos instrumentos: uno para medir el nivel de conocimiento sobre la ERC y otro para evaluar las prácticas de autocuidado. Los datos fueron procesados con el SPSS 26. Resultados: Los hallazgos mostraron que el 43% de los pacientes poseían un nivel de conocimiento regular sobre su

enfermedad, mientras que el 55% reportaron prácticas de autocuidado regulares. El análisis estadístico reveló una relación directa y estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en estos pacientes. Conclusión: Se colige que, un mayor conocimiento sobre la enfermedad renal crónica se asocia a mejores prácticas de autocuidado en pacientes que reciben hemodiálisis.

Lucero (2023), en Huaraz, tuvo como objetivo “Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con hemodiálisis en el Nefrocentro de San Pedro”. Metodología: Con una muestra de 54 pacientes, la investigación empleó dos instrumentos: una escala para medir el conocimiento sobre el autocuidado y un cuestionario para evaluar las prácticas de autocuidado. Los datos fueron analizados con el SPSS 26, utilizando la prueba Tau-b de Kendall para determinar la correlación entre las variables. Resultados: Los datos mostraron que el 25.5% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento regular sobre el autocuidado, mientras que el 74.1% reportaron prácticas de autocuidado regulares. El análisis estadístico reveló una relación significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado. De hecho, la relación fue altamente significativa, con un valor de $p = 0.000$. Conclusión: Se demuestra que, existe una fuerte asociación entre el conocimiento sobre el autocuidado y la implementación de prácticas de autocuidado en pacientes con ERC que reciben hemodiálisis.

León (2023), en Trujillo, tuvo como objetivo “Establecer la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes con fístula arteriovenosa (FAV) en el servicio de hemodiálisis del Hospital Víctor Lazarte Echegaray”. Metodología: Con un diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, el estudio incluyó a 45 pacientes con IRC que recibían hemodiálisis a través de una FAV. Se utilizaron dos instrumentos para recopilar datos: uno para evaluar el conocimiento y otro para evaluar las prácticas de autocuidado. Los datos se procesaron con el SPSS 25. Resultados: Los datos mostraron que el

22.2% de los pacientes tenían un alto conocimiento sobre su FAV, el 57.8% un conocimiento medio y el 20% un conocimiento bajo. En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 31.1% de los pacientes mostraron buenas prácticas, el 53.3% prácticas regulares y el 15.6% prácticas deficientes. El análisis estadístico, utilizando la prueba Tau-b de Kendall, reveló una correlación significativa ($p=0.035$) entre el conocimiento sobre la FAV y las prácticas de autocuidado, con un valor de tau-b de 0.329. Conclusión: Se evidencia que existe una relación positiva entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado; es decir, a mayor conocimiento, mejores prácticas de autocuidado.

Tejeda y Ccosi (2022), en Lima, se propusieron como objetivo “Determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas de autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis en una clínica privada”. Metodología: Con un enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional y de corte transversal, el estudio incluyó a 45 pacientes con ERC en hemodiálisis. Para recopilar los datos, se utilizó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre autocuidado y una lista de chequeo para observar las prácticas de autocuidado. Resultados: Los datos mostraron que el 60% de los pacientes tenían un nivel regular de conocimientos sobre autocuidado, el 24.4% un nivel bueno y el 15.6% un nivel deficiente. En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 57.8% fueron adecuadas y el 42.2% inadecuadas. Además, se observó que el 35.6% de los pacientes tenían un nivel regular de conocimientos y prácticas adecuadas, el 13.3% un buen nivel de conocimientos y prácticas adecuadas, y el 8.9% un nivel deficiente de conocimientos, pero con prácticas adecuadas. Para analizar la relación entre las variables, se utilizó la prueba de correlación de Spearman, la cual reveló una correlación positiva y significativa ($Rho = 0.877$; $p = 0.012$) entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado. Conclusión: Se colige que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre autocuidado y la calidad de las prácticas de autocuidado en pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis; a mayor conocimiento, mejores prácticas de autocuidado.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

La presente investigación, desde el punto de vista teórico, producirá conocimiento científico actual respecto a las variables en estudio: nivel de conocimiento sobre la ERCT y la

práctica de autocuidado en los pacientes en hemodiálisis, así como la relación entre ambos, en aspectos claves para la adherencia y éxito del tratamiento, como son la alimentación, el control de líquidos, acceso vascular, tratamiento, higiene, descanso y relaciones interpersonales. Es decir, comprobar si realmente el conocimiento influye en las prácticas de su cuidado, conocimiento valioso para futuras investigaciones que aborden una problemática similar en el área de salud.

Así mismo, el estudio se sustenta en dos teorías de enfermería que respaldan la relación de las variables en estudio; la primera es la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, la cual postula que el autocuidado es una actividad aprendida, intencionada y deliberada, condicionada por el conocimiento y habilidades que las personas realizan para mantener su vida, salud y bienestar. Del mismo modo, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, sustenta que los comportamientos de salud, es decir, las prácticas de autocuidado, están influenciadas por factores individuales, como las experiencias pasadas, las características personales y los conocimientos adquiridos del usuario.

1.4.2. Práctica

El conocimiento generado en este estudio sobre la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis servirá como base para mejorar la gestión de enfermería en el área de nefrología y en específico para la unidad de estudio. Permitiendo planificar, organizar e implementar programas de educación continua, adaptados al paciente como al personal de salud, utilizando recursos disponibles y coordinando con otros profesionales de la salud.

De este modo, se empoderaría tanto al paciente como a su parentela en su propio cuidado, previniendo su morbimortalidad y contribuyendo así a reducir la carga física, psicológica y

económica que daña tanto a nuestra población, impactando positivamente en el sistema de salud.

1.4.3. Metodológica

La relevancia radica en la disposición de 2 instrumentos utilizados para medir tanto el nivel de conocimiento como prácticas de autocuidado, las cuales han pasado prueba de validez y confiabilidad con resultados óptimos para su aplicación, siendo herramientas de referencia para futuras investigaciones en el área de salud.

Con la creación del cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre la ERCT de pacientes en hemodiálisis, permitirá llenar un vacío en la valoración de estos pacientes, puesto que no se encontraron cuestionarios disponibles que evalúen el conocimiento de la persona orientados en requisitos universales del autocuidado planteados por Dorothea Orem.

1.5. Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la clínica Renal Plus, Lima, 2025

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la clínica Renal Plus, Lima, 2025

1.5.2 Hipótesis específicas

HiE1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

HiE2: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

HiE3: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

HiE4: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

HiE5: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Variable 1: Nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica terminal en pacientes en hemodiálisis

El conocimiento es la capacidad y habilidad utilizada para encontrar y razonar información, que resulta de la interacción del individuo con su entorno, en la cual primero hace uso de sus sentidos; por tanto, percibe la realidad. Segundo, el saber obtenido será procesado, analizado y almacenado en forma de representaciones abstractas, las cuales utilizará después para el mejor manejo de su realidad (Alan y Cortez, 2018).

Por otro lado, el conocimiento es el conjunto de información que posee una persona sobre sí misma y el entorno que la rodea, generalmente a través de la observación y la posterior reflexión sobre su realidad (Landeau, 2007). Además, aclaran que toda información que es interiorizada por la persona se transformará en conocimiento (Villasana-Arreguín et al., 2021).

El nivel de conocimientos es la generación de conocimiento, que permite al hombre un aumento en la complejidad del saber para percibir y entender la realidad; por tanto, se concluye que está en constante renovación y aumento. Para ello divide el conocimiento en 7 niveles; el primer nivel es el instrumental, donde primero emplea herramientas en la búsqueda de información sobre el objeto de estudio. El segundo nivel es el técnico, donde tiene normas establecidas para emplear las herramientas en la búsqueda del saber. El tercer nivel es el metodológico, donde hace uso crítico del método para interpretar la realidad en estudio. El cuarto nivel es el teórico, donde los saberes van formando el cuerpo de conocimientos. El quinto nivel es el epistemológico, donde encuentra el camino a seguir en la construcción del conocimiento. El sexto nivel es el gnoseológico, donde obtiene diversas formas de acercarse al

conocimiento de la realidad, y por último, el nivel filosófico representa la forma con la que comprende el hombre la realidad en estudio (Gonzales, 2014).

En relación al nivel de conocimiento sobre la ERCT en pacientes en hemodiálisis, Dorothea Orem plantea en su teoría del autocuidado abordar a la persona de manera integral, *reconociéndola como un ser biopsicosocial*. El cual tiene la capacidad de esforzarse en conocer, analizar y reflexionar sobre su condición de salud en las diferentes etapas de su vida y en un entorno cambiante, buscando llevar a cabo actividades de autocuidado que le permitan mantener y mejorar su calidad de vida.

Del mismo modo, en su teoría de los sistemas de enfermería, fomenta *el rol educador de enfermería como instrumento fundamental para lograr un cuidado holístico*, donde enseñe, motive y guíe cambios de comportamiento en la persona, en este caso, el paciente con enfermedad renal crónica terminal (Naranjo-Hernández et al., 2017).

En este contexto, *definimos el nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica terminal en el paciente que lleva hemodiálisis* como el conjunto de información que posee el paciente sobre la ERCT y el manejo de su condición actual de salud, las cuales le permitan tomar decisiones informadas, adherirse mejor al tratamiento y realizar cambios en su estilo de vida ralentizando la progresión de su enfermedad y mejorando su calidad de vida (Jocelyne y Fuentes, 2021).

La misma que incluye conocimientos sobre las necesidades básicas del paciente en torno a la ERCT respecto a la alimentación y control de líquidos, higiene y cuidado de la piel, acceso vascular, adherencia al tratamiento, manejo de urgencias dialíticas, actividad física y descanso, e interacción social.

2.1.1.1. Dimensión Conceptos Generales de la enfermedad renal crónica terminal

A. Bases anatómicas y fisiológicas de la Enfermedad renal crónica. El desarrollo embrionario del riñón en los mamíferos inicia en la 4.^a semana de gestación, pero es alrededor de la 5.^a semana que aparece el riñón definitivo llamado metanefro, siendo funcional recién a las 9 semanas. Los riñones son 2 órganos ovalados, situados a nivel retroperitoneal y a los lados de la columna vertebral, torácica 2 y lumbar 3. Sus dimensiones son de 10 a 12 centímetros de alto, de 5 a 8 centímetros de ancho y un espesor de 3 a 5 centímetros; con un peso aproximado de 120 a 140 gramos en la mujer y el hombre, respectivamente. La unidad funcional y estructural de este órgano es la nefrona (Guerrero y Daniels, 2022).

*La principal función de los riñones es la **excretora**; para esto, primero cumple la función de filtrar la sangre, regulando la cantidad de agua y sustancias solubles de bajo peso molecular, menores de 3nm de diámetro, como el agua, aminoácidos, glucosa y desechos metabólicos como la urea, creatinina, fósforo, entre otros. Reabsorbiendo solo lo necesario, como proteínas y ciertos oligoelementos (glucosa y aminoácidos). Lo demás será eliminado en forma de orina. También cumplen una **función reguladora del medio interno**, a través del equilibrio líquido-electrolítico mediante la regulación de la volemia, regulación de iones como sodio, potasio, calcio, cloruro y fosfato; regulación del equilibrio ácido-básico a través de la excreción de iones de hidrógeno hacia la orina y la conservación de iones de bicarbonato. Otra **función importante es la endocrina**, donde el riñón secreta 3 sustancias importantes: la **enzima renina**, activando el sistema renina -angiotensina que regula la presión arterial. Produce también **calcitriol** (forma activa de la vitamina D), que regula la homeostasis del calcio, y a su vez produce **eritropoyetina**, que estimula la producción de eritrocitos.*

El filtrado glomerular es el fluido producido por la filtración de la sangre a través de la membrana glomerular, compuesto principalmente por agua, glucosa, aminoácidos, cloruro sódico y urea. Y la orina es el líquido resultado del filtrado glomerular que pasó por los túbulos renales, donde se reabsorben sustancias esenciales para el organismo y se llena de sustancias

tóxicas o de desecho. En la persona adulta con dos riñones funcionales, la *tasa de filtrado glomerular (TFG)* se encuentra en $125 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. Cuando hay un deterioro del filtrado glomerular, ciertos productos de desecho como la urea o creatinina se acumulan en la sangre causando *uremia*; si a esto se suman alteraciones hídricas, electrolíticas y metabólicas, se llamará *síndrome urémico*, pudiendo causar un deterioro cognitivo, confusión o letargo, temblores, fotor urémico, náuseas, vómitos, edemas, hipertensión, anemia, dificultad para respirar, entre otras sintomatologías, desencadenando la enfermedad renal propiamente dicha (Molto, 2013).

B. Enfermedad renal crónica. La ERC es una patología que afecta la función renal de manera silenciosa, progresiva e irreversible, dando como resultado la aparición de uremia, acidosis metabólica, anemia, desequilibrios hidroelectrolíticos y trastornos endocrinos (Treviño, 2022).

Según la actual guía clínica basada en evidencia científica KDIGO (2024), define la enfermedad renal crónica como la presencia de anormalidades en la estructura o la función renal, que persiste durante más de 3 meses, con problemas para la salud. Guía que recomienda evaluar el *daño de la estructura renal* mediante el cociente albúmina/creatinina, anomalías microanatómicas por biopsia, imágenes o trasplante renal; y *la función renal* mediante el cálculo de la TFG. Además, el diagnóstico sea confirmado por dos mediciones realizadas durante tres meses consecutivos con TFG menor de $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. y/o con un cociente de albúmina/creatinina mayor o igual a 30 mg/g . independiente de la causa de la enfermedad.

Resaltando que los factores de riesgo potencialmente modificables y causantes de la ERC, continúan siendo la diabetes, la obesidad, la HTA, el tabaquismo y la dislipemia. Así como la importancia de incluir la educación sobre estilos de vida saludable, modificación de la dieta, ejercicios, abandono del tabaco, cumplimiento de la medicación cuando esté indicado,

todo ello para un manejo integral y multidisciplinario, que permita realmente enlentecer el avance de la ERC.

De acuerdo a la guía KDIGO (2024), dicha patología crónica se clasifica según estas categorías: la TFG y la albuminuria. Según lo mencionado, de acuerdo a la TFG, se estratifica en grado 1 si presenta una TFG > 90 ml/min. (con hiperfiltración), en grado 2 con una TFG entre 60 a 89 ml/min (subclínica); en grado 3 con una TFG entre 30 a 59 ml/min (con clínica), en grado 4 con una TFG entre 15 a 29 ml/min. (en prediálisis) y finalmente en grado 5 con una TFG menor de 15 ml/min.

Esta investigación abordará a pacientes con *enfermedad renal crónica terminal (ERCT)*, es decir, se encontrarán en el estadio final de la ERC grado 5 (ERC5) con una TFG inferior a 15 ml/min/1.73m², presentando signos y síntomas de uremia, mencionados en el tópico anterior, condición incompatible con la vida, por lo que se manifiesta la necesidad de iniciar tratamiento sustitutivo renal (TSR). Este tipo de tratamiento se debe acompañar de tratamiento farmacológico, para corregir distintos desequilibrios minerales y hormonales, así como cambios dietéticos de manera individualizada, ya que la diálisis (HD y DP) solo suple la función excretora y reguladora de los riñones.

C. Tipos de tratamiento para la ERCT. Las primeras dos técnicas de tratamiento sustitutivo renal son *la hemodiálisis (HD)* y *la diálisis peritoneal (DP)*. La HD consiste en extraer la sangre del cuerpo a través de un circuito continuo que conduce a un hemofiltro, donde, una vez depurada, se vuelve al cuerpo. La DP es la segunda técnica más utilizada, donde el peritoneo actúa como membrana semipermeable y depende de su capacidad, el permitir la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución dialítica, para ello necesita la implantación de un catéter peritoneal, el cual comunique la cavidad peritoneal con el exterior. *La tercera opción de tratamiento y la mejor en todo sentido es el trasplante renal;* sin embargo,

es la menos frecuente debido a la limitada disponibilidad de órganos a nivel global (Hernández, 2021).

D. Hemodiálisis. La HD es la técnica de depuración extrarrenal más extendida a nivel mundial; esta sustituye parcialmente las funciones del riñón, específicamente la excretora de agua y solutos, además de la reguladora referida al equilibrio ácido-básico y electrolítico. Mas no las funciones endocrinas y metabólicas, estas se suplen a través del tratamiento médico sintomático y específico acorde a la condición del paciente.

Técnica que consiste en extraer la sangre urémica de un vaso sanguíneo, pasarlo a través de un filtro sintético (riñón artificial), el cual contiene 2 compartimentos, uno para la sangre y el otro para el líquido de diálisis (compuesto de agua altamente purificada con sodio, potasio, magnesio, calcio, bicarbonato, cloruro y dextrosa) donde ambos circulan en sentido opuesto y se llevan a cabo 2 mecanismos físicos para cumplir su función. La *difusión* es el principal mecanismo de transporte de solutos por gradiente de concentración, donde las moléculas de pequeño y mediano peso molecular (PM) serán eliminadas, mas no proteínas o células sanguíneas; y el segundo mecanismo, *la ultrafiltración*, por gradiente de presión hidrostática, transportará agua básicamente y de forma secundaria, por arrastre, solutos de bajo PM también eliminados al líquido de diálisis (Lorenzo y López, 2021).

Las sesiones de hemodiálisis se realizan en su mayoría de forma intermitente, tres veces por semana y, dependiendo de las características individuales de cada paciente, pueden durar de 3 a 4 horas o asistir 1 día más por semana según lo requiera su condición de salud.

2.1.1.2. Dimensión alimentación y control de líquidos

A. Alimentación. La *nutrición* es un conjunto de procesos fisiológicos donde el organismo recibe, degrada y obtiene nutrientes contenidos en los alimentos, y no depende de la voluntad humana. A diferencia de la *alimentación*, que es un acto consciente, aprendido e

influenciado por la condición física, social, económica, psicológica y el ámbito geográfico de la persona, el cual debe cubrir las necesidades del organismo acorde a su situación de salud, por tanto, se puede modificar mediante la educación, es allí la importancia de obtener conocimiento al respecto, donde la enfermera desempeñe su rol educador propuesto por Dorothea Orem (Pereira-Feijoo et al., 2015).

El paciente en HD presenta altas demandas calórico-proteicas, así como hiperfosfatemia, hiperpotasemia, sobrehidratación y la desnutrición. La hemodiálisis implica un proceso catabólico que causa la pérdida de proteínas, y el contacto de la sangre con la membrana de dializador, la pérdida de ciertos nutrientes como vitaminas hidrosolubles, aminoácidos, glucosa, minerales y micronutrientes.

La última guía KDOQI recomienda la valoración integral del paciente con ERC en estadios 3 al 5, deberán ser evaluados por un profesional nutricionista, durante los primeros 90 días antes de iniciar la diálisis, luego cada 6 meses y las veces que su estado lo requiera, con un seguimiento de 4 a 6 veces al año y 1 a 2 veces a partir de los 2 años de la primera evaluación. Refiere la importancia de formar e informar al usuario con ERC acerca de los tipos y biodisponibilidad de diferentes nutrientes en los alimentos con el fin de lograr una mejoría en la adherencia a la dieta indicada (National Kidney Foundation [NFK], 2024).

En base a esto su dieta debe cubrir los siguientes requerimientos de:

a. Ingesta energética. El organismo necesita energía para realizar actividad física, además de mantener en equilibrio la temperatura corporal, nuestro peso y favorecer el crecimiento. Por lo que este desgaste en HD debe ser repuesto consumiendo aproximadamente de 25 a 35 Kcal/Kg/día, teniendo en cuenta la actividad física realizada, el género y las comorbilidades. *Los hidratos de carbono complejos*, son mejor recomendados para la obtención de energía, debido a que se descomponen lentamente, y dan mayor tiempo de

energía; estos *se encuentran en las pastas, el arroz y el pan integral*. Evitando los hidratos de carbono simples, dado que favorecen el aumento del colesterol, triglicéridos y obesidad; encontrándose en el azúcar, miel, caramelos, pasteles, chocolates, etc.

b. Ingesta proteica. Las proteínas son moléculas grandes, formadas por cadenas largas de aminoácidos, componen las células y tejidos del cuerpo como musculo y órganos, participando en la reparación y regeneración de tejidos. Durante la diálisis se pierden proteínas, es por ello que las guías actuales sugieren reponerlas. Según KDIGO – 2024, con una ingesta proteica de 0,8 g/kg/día en adultos con ERC en HD. En contraste, la guía KDOQI 2020, recomienda un aporte de 1,0-1,2 g/kg/día. Así como no restringir la ingesta proteica en los niños. Además de mantener objetivos proteínicos y calóricos altos en adultos mayores con afecciones subyacentes como fragilidad y sarcopenia (pérdida progresiva de masa y fuerza muscular).

Se recomienda el *consumo de proteínas de alto valor biológico* como las de origen animal: *carnes magras de aves, pescado, cerdo, huevos o una alternativa a la carne*, aproximándose a una ingesta de 8 a 10 onzas de alimentos ricos en proteínas diario (donde 3 onzas de pollo o carne, equivalen a una porción del tamaño de la palma de la mano y una porción de pescado equivaldría a la palma más el largo de los dedos aproximadamente) (Sánchez-Tocino et al., 2022).

c. Ingesta de fosforo. Los alimentos ricos en proteínas son fuentes de fósforo orgánico. Por tanto, una forma adecuada de controlar el fósforo es restringir el consumo de fósforo inorgánico, *evitando alimentos procesados en la medida que sea posible*, para mantener concentraciones séricas normales de Fosforo entre 2.5 y 4.5 mg/dl. Los síntomas que ocasionan su aumento en sangre son: *calambres musculares, escozor, erupciones cutáneas, debilidad, rigidez y dolor tanto en músculos, huesos como articulaciones o fracturas, debido a su*

acumulación en los huesos y órganos blandos. Además, el sobrepasar los 5 mg/dl se relaciona con un aumento en el riesgo de insuficiencia cardíaca, infarto, accidentes cerebrovasculares y mortalidad. Las guías recomiendan obtener el fosforo de alimentos de origen animal en un 60%, vegetal en un 30%, con aditivos y ultra procesados solo el 10% restante. Resulta importante tomar aguas saborizadas de forma natural. Se recomienda mantener un consumo menor de 800g/día.

d. Ingesta de sodio. La palabra “sodio” y “sal” son usadas como sinónimos. La sal común, que está compuesta por un 60% de cloruro y un 40% de sodio, es la principal fuente de sodio. La ingesta de sal ocasiona retención de líquidos en el organismo, estrechamiento de los vasos sanguíneos y, por tanto, una sobrecarga para el corazón, aumenta la PA y condiciona el edema agudo de pulmón. Para prevenir o reducir estos problemas, los pacientes con ERC deben restringir la ingesta de sodio en la dieta. Sugiriendo que la ingesta de sodio sea menos de 2 g /día (o <5 g de cloruro de sodio al día, equivalente a < ½ cucharita/día) en personas con ERC (García-García et al., 2014).

e. Ingesta de potasio. Es un mineral necesario para el funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Su exceso en el organismo produce: hormigueos, calambres, debilidad muscular, arritmias e incluso parada cardíaca, por lo que puede convertirse en el componente más peligroso de la alimentación. El potasio se encuentra en la mayoría de los alimentos, pero sobre todo en frutas, verduras, legumbres y frutos secos. La porción recomendada es media taza de alimentos con el más bajo contenido de potasio (es decir, menos de 200mg de K por porción).

Consumir con moderación arándanos, fresas, mora, sandía, manzana, pera, mandarina, lechuga, rabanito, pimentón, zapallo, alcachofa, repollo y *restringir el consumo de mango, naranja, papaya, palta, plátano, frutos secos, jugos de melón, kiwi, melocotón.* En verduras o

tubérculos, las acelgas, brócoli, champiñones, setas, calabaza, remolacha y patatas. En legumbres, los frijoles, garbanzos y lentejas. Frutos secos y semillas como almendras, pistachos y semillas de girasol. Siendo de suma importancia consumirlos desmineralizados o dializados (Hernández, 2021).

f. Importancia de dializar los alimentos. Los minerales hidrosolubles presentes en los alimentos ya mencionados, pueden ser consumidos en los pacientes con ERCT utilizando técnicas como *el remojar alimentos sólidos en agua* durante un periodo de 8 a 24 horas, cambiando el agua cada 8 horas, 2 veces como mínimo; así también 2 horas las frutas y verduras previamente peladas y trozadas, desechando el agua 2 veces. La otra técnica es *la doble cocción*, que consiste en llevar el alimento en una olla con agua al fuego; al iniciar este hervor, se elimina el agua escurriéndola en una coladera; la segunda vez, dejar cocer el alimento hasta su cocción total. Estas técnicas reducen en gran medida el contenido de potasio en un 75%.

g. Ingesta alta en fibras. Se les aconseja tomar más vegetales frescos y frutas ricas en vitaminas y fibras. Se recomienda aumentar la ingesta de fibra en pacientes con ERC, pues la ingesta de fibra en estos pacientes está asociada con una disminución de la respuesta inflamatoria y con una disminución de la mortalidad por todas las causas, incluidos el infarto de miocardio, la insuficiencia cardiaca congestiva, el ictus y el cáncer. Se recomienda consumir 2 piezas de fruta al día con bajo contenido de K (haciendo preferencia por la manzana, pera, arándanos o sandía) (Levin et al., 2024).

B. Control de líquidos. El consumo de líquidos del paciente en HD se individualiza teniendo en cuenta la cantidad de orina aún producida (diuresis residual) y el estado hídrico de cada paciente. Para pacientes en hemodiálisis, la recomendación es consumir 500 cc + diuresis residual y solo en el caso el paciente sea anúrico (producción de orina inferior a 100 ml) podrá tomar 500 cc de líquido al día. Las complicaciones por el incremento excesivo de líquidos son

edema, ascitis, disnea, incremento del peso interdialítico (ID), anasarca (edema generalizado), derrame pleural o edema agudo de pulmón, pudiendo convertirse en una urgencia dialítica (Rubiella-Rubio et al., 2024).

Cabe mencionar que la ganancia del peso interdiálisis recomendable es de 1,5 a 2,5 kg. Sin embargo, el máximo permitido es de 3 kg. Además, el peso seco o peso ideal del paciente en HD actualmente es definido como el peso más bajo logrado al finalizar la sesión, con signos y síntomas leves de hipervolemia o hipovolemia. Es importante que el paciente conozca y recuerde estos conceptos, pues su aumento repentino revelaría un exceso en la ingesta de líquidos interdialíticos desencadenando una serie de complicaciones ya mencionadas (Moltó, 2013).

2.1.1.3. Dimensión Acceso vascular (AV), Adherencia al tratamiento y Manejo de urgencias dialíticas

A. Acceso vascular para HD. El acceso vascular es uno de los elementos imprescindibles para realizar la hemodiálisis y factor importante que determina el éxito o fracaso de los programas de HD crónica. Se define como la creación de un acceso al torrente sanguíneo del paciente, el mismo que debe reunir al menos tres requisitos para aproximarse a un AV ideal: permitir el abordaje seguro y continuado del sistema vascular del paciente, proporcionar flujos suficientes para aportar la dosis de HD adecuada y, por último, carecer de complicaciones (Sociedad Española de Enfermería Nefrológica [SEDEN], 2019).

Pueden ser de 3 tipos: la fistula arteriovenosa nativa (FAVn), denominado acceso ideal por presentar menor índice de complicaciones y el buen flujo de acuerdo a la condición del paciente; se realiza mediante intervención quirúrgica la anastomosis de una vena y una arteria, de preferencia en las extremidades superiores, la cual produce el paso constante de sangre de

la arteria a la vena, engrosándola para posteriores canulaciones; el tiempo de maduración es de 7 semanas aproximadamente como mínimo.

Segundo, la fistula arteriovenosa protésica (FAVp) se realiza mediante intervención quirúrgica y consiste en la colocación de una prótesis de politetrafluoretileno a modo de puente entre una arteria y una vena; requiere menor tiempo de maduración que la FAV nativa. Se realiza cuando ha surgido una complicación con la FAV nativa o cuando los vasos sanguíneos no tienen el calibre adecuado para asegurar un flujo eficaz; sin embargo, suele estenosarse con mayor frecuencia que la FAVn.

Por último, el catéter venoso central (CVC) se realiza cuando las dos técnicas anteriores han fracasado o cuando el paciente presenta criterios dialíticos de emergencia. Se realiza mediante procedimiento invasivo ambulatorio donde se inserta un catéter plástico tunelizado o no, el cual posee dos ramas, una arterial y una venosa, realizando la canulación bajo guía ecográfica de preferencia. Siendo las venas más usadas la yugular, subclavia, lumbar o femoral. Es el AV menos recomendado, pero más usado a nivel mundial, pues no requiere de un tiempo de maduración y, como era de esperarse, este tipo de acceso vascular también resulta ser el más usado en el Perú (Sosa et al., 2023). Cabe destacar que el riesgo de presentar una bacteriemia es 10 veces más alto en pacientes con CVC comparado con una FAV nativa. Asimismo, la bacteriemia relacionada con catéter es de 2 a 3 veces más frecuente en los catéteres no tunelizados frente a los tunelizados (Stevenson et al., 2022).

La morbilidad y mortalidad del paciente en HD tiene relación directa con el tipo de AV, tanto al inicio como en el seguimiento durante el TSR. Además, afecta su calidad de vida limitando sus actividades para conservar la viabilidad del AV. Actualmente, las complicaciones del AV son la primera causa de hospitalización en pacientes sometidos a HD (Hernández, 2021).

B. Adherencia al tratamiento en HD. La HD se acompaña de tratamiento medicamentoso sintomático e individualizado para cada paciente, generalmente en el manejo de la hipertensión arterial, anemia y la alteración mineral ósea.

El manejo de la hipertensión en pacientes tratados con hemodiálisis es relevante debido a que se presenta de manera asintomática en el 80 % de esta población, no obstante, representa un factor de riesgo modificable, causa de mortalidad en ellos. Por lo cual, es importante la detección y manejo interdisciplinario oportuno según las nuevas guías KDIGO y la Asociación Americana del Corazón. Sabiendo que existen factores desencadenantes en HD como la ganancia excesiva del peso interdialítico, la rigidez arterial, el riesgo de aumentar la presión arterial por la administración de eritropoyetina y el hierro endovenoso. El manejo de la hipertensión arterial debe ser llevado por el médico cardiólogo, en coordinación con el médico nefrólogo y el equipo a su cargo, quienes orientan al paciente respecto a la restricción de sal en la dieta, aumento del consumo de fibras, mantener un peso saludable o bajar el peso seco, y cumplir con el consumo estricto de antihipertensivos prescritos (CardioTeca, 2023).

La anemia se presenta en el 90% de los pacientes con ERC en HD. Se inicia el tratamiento con valores inferiores a 10 mg/dl y con la indicación de suspender el tratamiento, si aumenta por encima de 13 mg/dl. La causa principal de anemia en la ERC es la producción inadecuada y el cese en la producción de eritropoyetina endógena, donde se reconoció una respuesta disminuida de la médula ósea a la eritropoyetina por el aumento de toxinas urémicas y el estado inflamatorio propio de la enfermedad, así como la disminución en la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis, extracciones sanguíneas mensuales y las pérdidas sanguíneas propias de la hemodiálisis.

El manejo de la anemia asociada a la ERC en hemodiálisis, se basa en la terapia con eritropoyetina y hierro endovenoso, ya que se considera improbable que alcancen el objetivo

con hierro oral, dados sus elevados requerimientos; solo en algunas ocasiones será necesaria la transfusión sanguínea. Tratamiento que alcanzará resultados máximos a las 8 a 12 semanas de iniciado y busca obtener valores de Hb entre 11 y 12 g/dl. No está indicada la corrección total de la anemia con $Hb \geq 13$ g/dl durante el tratamiento, debido a que se relaciona con hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, trombosis del AV de HD, progresión del cáncer, etcétera (Cases-Egocheaga et al., 2018).

La eritropoyetina (EPO) es una hormona que era producida por el riñón sano, cuando este órgano detectaba la disminución de glóbulos rojos en sangre, por ende, es indicada como base del manejo de la anemia en HD y es administrada por vía subcutánea en su mayoría. Estimulando de manera artificial la médula ósea para que produzca glóbulos rojos. Entre sus efectos secundarios están la trombosis, la hipertensión y la obstrucción de arterias coronarias (Pertuz-Pinzón et al., 2021).

La alteración del metabolismo mineral óseo en la ERC afecta a 1 de cada 7 pacientes en HD en Estados Unidos, por ello es importante informar y formar al paciente respecto a este tema. Esta condición afecta huesos, corazón y vasos sanguíneos debido a la falla en la función endocrina del riñón, que causa disminución en la concentración de vitamina D activa (calcitriol), causando hipocalcemia debido a la baja absorción intestinal de Ca (calcio). la glándula paratiroidea aumenta la producción de hormona paratiroidea (PTH) para equilibrar los niveles de Ca en sangre, causando mayor salida de Ca de los huesos. Al mismo tiempo, la incapacidad del riñón de excretar el fósforo causa hiperfosforemia y esto causa aún más salida de Ca en los huesos, desencadenando una serie de manifestaciones clínicas como fragilidad en los huesos, deformidades óseas, fracturas.

La alta concentración de fósforo causa el endurecimiento de vasos sanguíneos por calcificación, dolor en huesos y articulaciones, fetor urémico, prurito por su acumulación de

fósforo (xerosis), ocasionando el deterioro físico y psicológico del paciente (National Institutes of Health [NIH], 2021).

El manejo de estas alteraciones minerales y óseas debe ser manejado de forma interdisciplinaria, enfocándose en cambios en la dieta, restringiendo el consumo de fosforo y evitando exceder la ingesta proteica recomendada. Así como la prescripción de una variedad de medicamentos como el calcitriol sintético EV (para reducir las concentraciones de la PTH), suplementos de Ca y vitamina D oral; también podrían estar indicados captadores de fósforo de los alimentos como el carbonato de Ca (evitando su absorción intestinal) (Hernández, 2023).

C. Manejo de urgencias dialíticas. La urgencia dialítica fue definida como la necesidad de realizar alguna terapia de reemplazo renal en el menor tiempo posible, con el fin de prevenir complicaciones que lleven a la muerte a la persona con ERC. Y la mortalidad por esta causa representa el 20%. Los pacientes que llegan a emergencias con criterios de diálisis de urgencia requieren un manejo inicial para garantizar la vía aérea, respiración y circulación, para luego recién pasar al área de HD, permitiendo la sobrevida del paciente. En base a su frecuencia, mencionaremos las siguientes urgencias: hiperkalemia y edema agudo de pulmón (Bello y Nieto, 2019).

La hiperkalemia es la concentración de potasio sérico mayor a 6.5 mg/dl en el paciente en tratamiento de HD crónica y su manejo es iniciar la HD de urgencia con el fin de reducir arritmias letales y parada cardiaca. A su vez, la administración de sales de estabilizadores de la membrana con sales de Ca como gluconato de calcio o cloruro de calcio endovenoso. Esta complicación representa cerca del 50 % de las urgencias dialíticas.

El edema agudo pulmonar en HD deviene de la sobrecarga de líquidos progresiva, a causa de la pérdida progresiva de la función renal, que ocasiona oliguria, anuria, reducción de la tasa de eliminación de sodio, lo cual lleva a la expansión del volumen, con balances

frecuentes mayores a 10 litros. El edema agudo pulmonar en HD es definido como la presencia de líquido en el espacio intersticial y alveolar mayor a la cantidad fisiológica, causando el deterioro del intercambio gaseoso y la mecánica pulmonar, presentando hipoxemia, y al no ser controlado, produce falla multiorgánica. Por esto, su manejo debe ser inmediato a base de oxígeno, diuréticos, el manejo avanzado de la vía aérea si lo requiere y la diálisis de urgencia para mejorar la supervivencia de estos pacientes.

La no adherencia al tratamiento dialítico, como inasistencias a las sesiones de HD, las tardanzas continuas (causan reducción en el tiempo de las sesiones dialíticas), el desorden en control de líquidos, la alimentación inadecuada, resultan ser factores que condicionan estas urgencias, que resultan mortales. Por ello, la importancia de valorar y reforzar continuamente este tema en el paciente renal (Marroquín, 2023).

2.1.1.4. Dimensión Higiene y cuidado de la piel. La enfermedad renal crónica provoca cambios en la piel, como *resequedad*, debido a la reducción del tamaño de las glándulas sudoríparas y la atrofia de las glándulas sebáceas. También puede causar *escozor* por el aumento de fósforo en la sangre, lo que provoca una mayor pérdida de calcio en los huesos, depositándose no solo en los vasos sanguíneos y articulaciones, sino también en la piel. Además, se presenta la llamada “escarcha urémica”, que es una apariencia de polvo cristalino blanco, amarillo y fino que se deposita sobre la piel como resultado de la sudoración, debido a la retención de urocromos (el pigmento amarillo de la orina) y caroteno (un pigmento presente en frutas y verduras). Esto puede dar un tono amarillento a la piel y ocasionar *escozor*, así como posibles laceraciones. Así, factores adicionales, como el adelgazamiento de la piel por pérdidas proteicas no suplidas con la dieta, la inmunosupresión y la presencia de medios invasivos, como el CVC y las repetidas canulaciones de la FAV varias veces por semana, ponen en riesgo al paciente (Lerma y Arnau, 2000).

Por lo tanto, recordamos que la piel es el órgano más extenso del organismo, el cual nos protege constantemente de agresiones externas. Y esta población obviamente está afectada y en riesgo de ser invadida por agentes patógenos; por ello se concluye importante valorar si el paciente es consciente de estos cambios, lo cual le permitiría implementar cuidados oportunos de higiene y protección de la piel.

2.1.1.5. Dimensión Actividad física y descanso. La población con ERC en HD presenta un problema común, que es la inactividad física, sea por dolor, rigidez articular, entre otras causas. Aunado al sedentarismo, depresión, disfunción cognitiva o la disminución en su capacidad física, la cual compromete su calidad de vida. Así también, la sesión de hemodiálisis conlleva debilidad muscular, falta de equilibrio, ansiedad y fatiga en estos pacientes. Por esto, a pesar de ser contradictorio, la actividad física regular y el descanso adecuado son actualmente pilares esenciales, que mejoran considerablemente la sensación de bienestar en el paciente, por ende, ayudan a mantener o mejorar su calidad de vida.

Respecto a esta población, está demostrado que practicar ejercicios regulares adaptados a la capacidad de cada persona fortalece los músculos, mejora su movilidad y aumenta la resistencia física en sus actividades diarias. También controla la presión arterial, mejora la circulación sanguínea y la función cardiovascular, reduciendo la sensación de cansancio. Además, produce la liberación de endorfinas, que mejoran el estado de ánimo y contribuyen a disminuir el estrés y ansiedad (Sánchez, 2023).

Los trastornos de la ERC, como el prurito y las alteraciones psicológicas en el paciente, afectan negativamente la calidad de sueño del paciente. Sin embargo, esta debe ser valorada, puesto que permite realizar el proceso de regeneración celular, fortalece el sistema inmunológico, mejora el estado de ánimo, concentración y memoria del paciente; por tanto, influye en su capacidad de autogestión y el avance de la enfermedad.

2.1.1.6. Dimensión Interacción social. En el contexto de la enfermedad renal crónica en torno al tratamiento de hemodiálisis, es una condición que en su mayoría limita su capacidad de afrontamiento físico y económico, pasando de la independencia a la dependencia de un día para otro. Atravesando dificultades para conservar o buscar empleos que se adapten a sus horarios de tratamiento. Así como la modificación de la dieta, cambios en la imagen corporal, disminución de las relaciones íntimas, familiares y sociales, que lo llevan a situaciones de aislamiento, soledad, depresión, ansiedad y el miedo a la muerte (Sulkowski et al., 2024).

Por tanto, estos cambios físicos, psíquicos y sociales, en algún momento llegan a superar la capacidad de afrontamiento del paciente, siendo necesaria la valoración constante en esta dimensión, siendo el profesional de enfermería quien observa cambios en la conducta del paciente, pudiendo intervenir activamente en la guía y acompañamiento en la búsqueda de redes de apoyo y fomentando el respaldo del personal que está a su cargo.

2.1.2. Variable 2: Práctica de autocuidado de pacientes en hemodiálisis

La práctica de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis se define como aquellas acciones y comportamientos que los pacientes implementan de manera autónoma para manejar su condición de salud, prevenir complicaciones y mantener o mejorar su calidad de vida. Estas prácticas abarcan una variedad de actividades, que incluyen el cumplimiento de tratamientos médicos, la adopción de hábitos saludables, la monitorización de síntomas y la gestión de aspectos emocionales y sociales relacionados con la enfermedad. El autocuidado es un componente esencial en el manejo de la ERC, ya que permite a los pacientes asumir un rol activo en su tratamiento, adaptarse a los cambios que impone la enfermedad y reducir la dependencia de los servicios de salud (García-Macías et al., 2021).

Las 5 dimensiones de la práctica de autocuidado en el paciente con ERCT que forman parte de este constructo son:

2.1.2.1. Dimensión Alimentación y Control de Líquidos: La alimentación y el control de líquidos son fundamentales en el manejo de la ERC. Los pacientes deben seguir una dieta específica que mantenga la ingesta de proteínas, restrinja el sodio, potasio y fósforo, debido a que su acumulación exacerba las urgencias dialíticas, poniendo en riesgo su vida. Además, es crucial controlar el consumo de líquidos para prevenir sobrecarga hídrica y complicaciones cardiovasculares. La práctica de autocuidado en esta dimensión considera: la selección de alimentos adecuados, la planificación de comidas y la monitorización de la ingesta de líquidos (Huaman y Gutiérrez, 2021).

El autocuidado en esta dimensión recomienda:

- Consumir hidratos de carbono complejos como pastas, arroz y pan integral, puesto que se descomponen lentamente. Evitando hidratos de carbono simples como el azúcar, la miel, los pasteles, los chocolates, etc.
- Consumir proteínas de alto valor biológico (como carnes magras, pescado, huevos, etc.) en cantidad normal, al vapor o en guisos, sin condimentar, pudiéndose agregar aromatizantes como especias que permitan conservar y reponer la masa muscular debido a las pérdidas proteicas en HD.
- Evitar el consumo de todo tipo de alimentos procesados debido a la cantidad de aditivos; en su mayoría contienen alto contenido de sodio, potasio y fósforo.
- Restringir la ingesta de sodio, sal a menos de ½ cucharadita al día.
- Evitar el consumo de alimentos con alto contenido de potasio, como plátanos, papaya, naranjas, papas, palta, tomates, legumbres y frutos secos.

- Consumir las frutas, verduras, tubérculos y legumbres dializados es importantísimo para disminuir la cantidad de potasio, fosforo y calcio.

- Debiendo restringir el consumo de líquidos, de acuerdo a la cantidad de diuresis en 24 horas + 500 cc como el máximo permitido.

2.1.2.2. Dimensión Higiene y Cuidado de la Piel. La ERC y la hemodiálisis pueden afectar la integridad de la piel y aumentar el riesgo de infecciones. Las prácticas de autocuidado en esta dimensión incluyen: Higiene personal adecuada, inspección diaria de la piel, hidratación de la piel y protección de la piel (Grandez y Vásquez, 2018).

Las recomendaciones específicas para el autocuidado de piel son:

- Realizar la limpieza diaria de la piel, usando agua fría o templada, no caliente, utilizando jabón neutro suave sin perfumes de preferencia, que podrían causar resequedad en la piel o reacciones alérgicas.

- Mantener las uñas cortas y limpias, para evitar dañar y contaminar su piel si se manipula.

- Evitar rascar su piel, esto podría lacerarla y ocasionar infecciones. Así como el cambio de ropa debe ser diario, de preferencia usar ropa de algodón holgada.

- Utilizar protector solar y aplicar cremas hidratantes en zonas específicas de la piel, recomendadas por su médico.

- Manéjese con cuidado para evitar caídas o lesiones cutáneas, a fin de evitar abrasiones que puedan agravar su condición.

2.1.2.3. Dimensión Tratamiento y Cuidado del Acceso Vascular. El acceso vascular es vital para la hemodiálisis y su cuidado adecuado es esencial para el tratamiento continuo. Las prácticas de autocuidado en esta dimensión incluyen: cuidado del sitio de acceso,

prevención de infecciones, protección del acceso y educación sobre el acceso vascular (Julca, 2016).

El autocuidado del acceso vascular en HD va dirigido a preservar la red vascular para evitar su agotamiento, puesto que la vida del paciente depende de él, con cada pérdida de AV. Teniendo en cuenta que las causas más frecuentes de disfunción del AV en hemodiálisis son la trombosis aguda y la estenosis, luego, en orden de frecuencia, le siguen las infecciones, la formación de pseudoaneurismas, aneurismas, infiltración de tejido celular subcutáneo por hematomas y, menos frecuente, la rotura del acceso vascular. Las bases teóricas mencionan la importancia de educar al paciente en el autocuidado, que le permita monitorear la aparición de signos y síntomas de las complicaciones del AV (Ibeas et al., 2018).

Referente a la FAVn y la FAVp, puntualizar estos temas:

- La FAV de reciente creación debe mantenerse con el apósito limpio y seco de la zona quirúrgica hasta la retirada de los puntos de sutura. Además, se deben realizar movimientos suaves con los dedos y el brazo de la FAV, favoreciendo la circulación sanguínea, pero evitando los ejercicios bruscos, que pueden causar la hemorragia de la herida o dificultar el retorno venoso.

- Valorar la integridad del acceso venoso FAVn diariamente mediante la palpación del thrill (o frémito) y el soplo audible a la auscultación a nivel de la anastomosis. Conociendo que el thrill es una vibración palpable que resulta del flujo de sangre arterial pasando hacia la vena arterializada y se explora mediante la palpación. La falta de thrill y pulso indicaría la presencia de trombosis de la FAVn. El soplo será valorado mediante la audición con un estetoscopio; este debe ser de tono suave, como un rumor constante y continuo en todo el trayecto de la FAVn. Esto permite evaluar el grado de estenosis (estrechamiento del diámetro de un acceso venoso). Además, se debe observar e informar diariamente enrojecimiento, calor,

dolor, frialdad, palidez, dolor, endurecimiento, ausencia de soplo y frémito, todo ello para el manejo oportuno de la FAV.

- Reforzar la importancia de la higiene diaria de la zona de la FAV usando agua y jabón. Y antes de ingresar a cada sesión de HD, evitando así la proliferación y entrada de microorganismos patógenos de la piel como estafilococos, estreptococos y corinebacterias, este comportamiento sencillo contribuye a disminuir las infecciones del acceso vascular.

- Se recomienda realizar ejercicios antes y después de la realización de la FAVn, con el fin de aumentar el proceso de maduración de esta, desarrollando masa muscular, lo cual resaltará la red vascular y aumentará el diámetro venoso, disminuyendo los riesgos de morbilidad asociada al déficit en la maduración del AV.

- En la FAVn se recomienda no iniciar la punción inicial antes de las 2 semanas de su creación. Luego de ello, con autorización del médico cardiovascular, decidir el momento idóneo para la primopunción, evitando el riesgo de lesionar el lecho vascular. En la FAVp se recomienda que deben iniciar las primeras punciones a partir de las 2 y 4 semanas de su construcción, una vez haya desaparecido el edema subcutáneo y el injerto pueda palparse con facilidad en toda su extensión, disminuyendo el riesgo de ocasionar hematomas.

- El uso de la FAV es de uso exclusivo para efectuar el tratamiento de HD. Las primeras punciones de la FAV nueva deberán ser realizadas exclusivamente por personal de enfermería experimentado de la unidad de HD y, posteriormente, puncionada por el personal de enfermería especializado de las unidades de HD, que haya demostrado un nivel elevado de conocimiento y habilidad específica.

- Se recomienda realizar la compresión manual constante por 10 minutos aproximadamente, suficientemente intensa para detener la hemorragia, pero no interrumpir el flujo sanguíneo de la FAV. Además, retirar el vendaje de la zona de punción al día siguiente de la sesión, recordando no levantar la costra de la herida.

- No permitir la medición de la PA, venopunciones en el brazo de la FAV. También es esencial evitar el uso de pulseras, ropa ajustada, vendajes oclusivos, golpes o dormir sobre el brazo de la FAV, realizar ejercicios bruscos, alzar peso y cambios bruscos de temperatura, todo ello puede afectar la circulación y pérdida de la FAV (Ibeas et al., 2018).

Respecto al autocuidado del CVC, las guías para el manejo de AV en HD reconocen la importancia de educar al paciente en estos temas.

- Se recomienda que los CVC para HD sean usados solo durante las sesiones de HD, es decir, la conexión y desconexión del CVC se realizará bajo estrictas medidas de asepsia. La curación de los CVC de larga permanencia será realizada 1 vez a la semana y los CVC temporales en cada sesión, o en caso de que lo amerite por estar contaminado, húmedo o descubierto; se realizará la curación pronta por una enfermera especializada de las unidades de diálisis, negándose a la manipulación de su CVC para tomar muestras y pasar medicamentos durante alguna hospitalización. Esto permite conservar la permeabilidad del acceso y disminuir el riesgo de contaminación.

- Se recomienda realizar una buena higiene personal, lavado de manos, cortarse las uñas, mantener su ropa limpia y la forma de hacer su aseo diario en el hogar cubriendo la zona del CVC, evitando así humedecer las gasas que cubren el mismo; en caso de que se desprenda o humedezca el apósito, deberá cambiarlo, previo lavado de manos, se calzará guantes estériles y solo se cubrirá la zona con gasas estériles y esparadrapo (materiales que debe tener de reserva como parte de su botiquín), hasta su fecha de tratamiento.

- Se recomienda evitar manipular la zona de manera innecesaria, así como mantener cubierto el orificio de salida cutáneo del CVC y la piel alrededor del catéter en todo momento, preservando su integridad y manteniéndolo seco en todo momento. Todas estas medidas son importantes para evitar infecciones del catéter.

- Se recomienda valorar el estado del apósito que cubre el orificio de salida del CVC en cada sesión de HD y cambiarlo siempre que esté húmedo, manchado, despegado o presente algún signo de infección. Evitar sumergirse en tinas, piscinas, mar o jacuzzi. Implican la contaminación y el riesgo de perder el AV por infección del CVC.

- Se recomienda utilizar ropa holgada y evitar elementos que puedan producir presión excesiva, acodaduras en el CVC o roces en el túnel subcutáneo (tirantes, cadenas, bolsos, etc.).

- No realizar actividades de riesgo como baños de inmersión (en el mar, piscina, tinas y jacuzzi), evitar tracciones sobre el CVC (no realizar movimientos bruscos con el miembro que porta el CVC) y el uso de objetos cortantes cerca de este.

- Observar e informar al personal de salud en caso el sitio de inserción del CVC presente signos de infección como enrojecimiento, calor, rubor, supuración o dolor. De igual forma, informar en caso de presente malestar general, escalofríos o fiebre durante la sesión de HD. Estos cuidados permitirán la detección y manejo oportuno de las infecciones del AV.

- Según la evaluación médica y ante el riesgo de infección de su AV, él realizará la referencia para la toma de muestra y cultivo de sangre de ambos lúmenes del CVC, para su manejo respectivo. También es importante cumplir con el tratamiento antibiótico prescrito (Ibeas et al., 2018).

2.1.2.4. Dimensión Descanso, Sueño y Recreación. El descanso es esencial para recuperar energías luego de la sesión dialítica y el sueño adecuados es esencial para la recuperación y el bienestar general. Sin embargo, pese a que la HD mejora la supervivencia del paciente, su calidad de vida se ve deteriorada por la fatiga y trastornos en el patrón del sueño. Es por ello importante la práctica de actividades de autocuidado que fomenten el descanso, sueño y la recreación; en esta dimensión incluyen el establecimiento de rutinas de sueño, ambiente propicio para el descanso, gestión de la fatiga y la participación en actividades recreativas (Duarte y García, 2019).

Las prácticas de autocuidado que contribuyen al descanso, sueño y recreación del paciente en HD son:

- Tomar siestas cortas (20-30 minutos), no muy largas para no interferir con el sueño nocturno luego de las sesiones de HD.
- Establecer un horario de sueño regular.
- Crear un ambiente de sueño/reposo relajante, como el ambiente limpio, ordenado, tranquilo y fresco.
- Realizar ejercicios regularmente un par de horas antes de descansar, para no interferir con este, podrían mejorar la calidad del sueño.
- Utilizar técnicas de relajación como: bañarse, leer un libro o escuchar música relajante.

Y las actividades de recreación incluyen compartir tiempo con amigos y familiares, hacer deporte, estudiar, salir a caminar o compartir con un grupo que tengan los mismos intereses.

2.1.2.5. Relaciones Interpersonales. El apoyo social y las relaciones saludables son importantes porque mejoran la resiliencia en el paciente. Aumentando la probabilidad de adherirse al tratamiento, medicación y restricciones en la dieta, mejorando resultados a largo plazo. Las prácticas de autocuidado en esta dimensión incluyen: Comunicación Abierta, Participación en Grupos de Apoyo, Manejo del Estrés y Fomento de Relaciones Positivas (Peralta-Gomez et al., 2024).

- Mantener y fortalecer la comunicación con la familia, amigos y profesionales a su cargo es importante porque ayudan a manejar el estrés de las enfermedades crónicas.

- Participar en grupos de apoyo que compartan sus intereses, sean hobbies, deporte, ayuda en causas sociales o religión, esto te permitirá conocer nuevas personas, ayudar a otras y ampliara su red de apoyo.

- El manejo del estrés se puede gestionar identificando la causa de ello, para un mejor afrontamiento, buscando conocimiento al respecto, así como pedir orientación con psicología, recrearse de alguna manera y practicar actividades de relajación.

- Las relaciones positivas merecen tiempo, escuchar y mostrar aprecio; son claves para mantener estas relaciones de gran valor para usted.

2.1.3. Teorías de enfermería relacionadas

2.1.3.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem. Esta es una de las teóricas más destacadas en América. Presentó su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general formada por tres teorías interrelacionadas, que se complementan entre sí; la teoría del autocuidado (describe actividades que la persona realiza para mantener su salud y bienestar), la teoría del déficit de autocuidado (surge cuando la persona no puede llevar a cabo acciones de autocuidado por limitaciones físicas, psicológicas o sociales) y la teoría de los sistemas de enfermería (la enfermera interviene para suplir el déficit del autocuidado). Define el autocuidado como aquellas actividades o conductas aprendidas por el individuo, dirigidas hacia sí mismos, los demás o su entorno, en situaciones concretas de su vida (como su edad, condición de salud, entre otras), regulando factores que alteren su estado o progreso para mantener su vida, salud y bienestar (Naranjo-Hernández et al., 2017).

La teoría establece que cuando las personas enfrentan limitaciones para realizar sus actividades de autocuidado, cuando no cumplen sus necesidades básicas universales del desarrollo y presentan desviaciones en la salud. Los profesionales de enfermería deben intervenir supliendo este déficit encontrado, aplicando la teoría de los sistemas: educando,

guiando y motivando al paciente en la búsqueda del autocuidado. En el contexto de la ERC, la teoría de Orem enfatiza la importancia de capacitar a los pacientes para que puedan llevar a cabo prácticas de autocuidado que aborden las necesidades específicas impuestas por la enfermedad llevándolos a ser gestores de sus propios cuidados (Arévalo, 2024).

2.1.3.2. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Este modelo sugiere que el compromiso en comportamientos de salud es influenciado por factores individuales y experiencias previas. Pender destaca que las personas son más propensas a adoptar prácticas saludables si perciben beneficios claros y si se sienten capaces de superar las barreras. En pacientes con ERC, identificar, planificar y reforzar los beneficios de las prácticas de autocuidado motivarían cambios positivos en el comportamiento, a fin de conservar la salud. Resultando en la prevención de complicaciones e impactando en diversas esferas de la vida del paciente (Saldanha- Xavier et al., 2017).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

De acuerdo con Hernández y Mendoza (2018), la investigación es de tipo básica, pues busco ampliar el conocimiento teórico y comprensión del problema en estudio, sin intentar resolverlo. De enfoque cuantitativo, debido a que la recopilación, procesamiento y análisis de datos usó métodos estadísticos. De nivel o alcance correlacional, dado que se midieron las variables para determinar la relación entre ambas y se utilizó el método hipotético-deductivo para comprobar las hipótesis planteadas. El diseño es no experimental dado que no se manipularon las variables, recolectando los datos tal cual se presentaron, sin alterar los resultados. Y de corte transversal, dado que la recolección de datos se realizó en un momento determinado de tiempo.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se llevó a cabo desde abril a mayo del 2025, en la Unidad de Hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, ubicada en el distrito de ATE, Lima - Perú. Centro privado que brinda servicio de hemodiálisis a personas con ERC terminal que cuentan con seguro integral de salud del FISSAL (fondo intangible solidario de salud) del MINSA.

Clínica a cargo de un médico nefrólogo. La cual dispone de 3 módulos de atención, cada módulo atendido por 1 enfermera especialista a cargo de 5 pacientes. Recibe 4 turnos por día, en 2 secuencias: lunes, miércoles y viernes; martes, jueves y sábado.

3.3. Variables

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre la ERCT

Variable 2: Práctica de autocuidado

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la clínica Renal Plus, que hacen un total de 120 unidades de análisis.

3.4.2. Muestra

Para obtener la muestra, se utilizó el *muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple*, es decir, cada miembro de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido, garantizando así la representatividad de la misma de forma equitativa, permitiendo generalizar resultados en el total de la población en estudio. (Hernández et al., 2018).

Una vez definido el tipo de muestreo, se procedió a calcular el tamaño de la muestra. La fórmula estadística de STATS para población finita, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$), una probabilidad de éxito y fracaso de 0.5 (máxima variabilidad) y un margen de error del 4.14% ($e = 0.0414$):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

$N = 120$ = Población

$Z = 1.96$ = Nivel de confianza del 95%

$p = 0.5$ = Probabilidad éxito

$q = 0.5$ = Probabilidad de fracaso

$e = 0.0414$ = Margen de error seleccionado de 4.14%

Aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{(120) \cdot (1.96)^2 (0.5 \times 0.5)}{(0.0414)^2 \cdot (120 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{(120) \cdot (3.8416) (0.25)}{(0.00171) \cdot (119) + 0.9604}$$

$$n = \frac{115.248}{0.2037 + 0.9604}$$

$$n = \frac{115.248}{1.1641} = 99$$

Por lo tanto, la muestra estuvo formada por 99 pacientes, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión considerados.

3.4.3. Criterios de inclusión

- Pacientes con ER en tratamiento de HD de la Clínica Renal Plus, que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado con el fin de participar de la investigación.

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que tengan mínimo 6 meses en HD.

3.4.4. Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos neurológicos (habla, visión y audición), psiquiátricos u otras enfermedades que impidan la comunicación y comprensión.
- Pacientes que no asistan regularmente a las sesiones de HD en la Clínica Renal Plus.
- Participación simultánea en otro estudio clínico que pueda interferir con los resultados o comprometer la integridad de los datos.
- Pacientes que no acepten participar y firmar el consentimiento informado.

3.5. Instrumentos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta. Según Medina-Romero et al. (2023), se define como un *conjunto de procedimientos establecidos en la investigación para el diseño, recopilación y análisis de información de una muestra representativa de la población en un corto período de tiempo*. Por tanto, el instrumento para valorar las variables en estudio fue el *cuestionario*, que se define como *la herramienta formada por un conjunto de preguntas diseñadas por el investigador para recoger datos de las variables de interés durante el trabajo de campo en el proceso de investigación* (Meneses, 2016).

3.5.1. Instrumento 1. Cuestionario nivel de conocimiento sobre ERCT

Es un cuestionario de elaboración propia para fines de la presente investigación, con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento sobre ERCT en pacientes que llevan hemodiálisis en una clínica que brinda servicios tercerizados al MINSA.

Instrumento compuesto de 26 preguntas cerradas de opción múltiple y respuesta única. Con una escala de medición ordinal y con 3 escalas valorativas: bueno, regular y deficiente

nivel de conocimiento de la ERCT acorde a la calificación obtenida. Compuesto por 26 ítems, divididos en 6 dimensiones relevantes para el manejo de esta enfermedad, en base en los requisitos universales del autocuidado de la Teoría de Dorothea Orem y adecuados a la población en estudio.

- Dimensiones: Conocimientos generales de la ERCT: 1 al 4.
- Dimensión: Alimentación y control de líquidos: 5 al 10.
- Dimensión: Acceso vascular, adherencia al tratamiento y manejo de urgencias dialíticas: 11 al 17.
- Dimensión: Higiene y cuidado de la piel: 18 al 20.
- Dimensión: Actividad física y descanso: 21 al 23.
- Dimensión: Interacción social: 24 al 26.

Donde la respuesta correcta tomará el valor de 1 y las respuestas incorrectas el valor de 0, categorizándose mediante el baremo presentado en el anexo 6.

Se determinó la validez de contenido del instrumento por criterio de 7 jueces expertos, 3 médicos y 4 licenciadas, ambos especialistas en el área de Nefrología, quienes laboran en diferentes hospitales de la ciudad de Lima-Perú, obteniéndose un coeficiente estadístico V de Aiken de 1 y una significancia de 0.008 (es decir, menor a 0.05), determinándose que el instrumento tiene validez de contenido. Los mismos profesionales que realizaron recomendaciones en el diseño del instrumento (Escurre, 1988).

La confiabilidad del instrumento se obtuvo mediante la prueba estadística Kuder Richardson KR-20, resultando en un valor de 0.86; por tanto, se demuestra que el instrumento posee una buena confiabilidad en la medición de la variable en estudio (Merino y Charter, 2010).

3.5.2. Instrumento 2. Cuestionario prácticas de autocuidado

El segundo cuestionario elegido tuvo como objetivo medir las prácticas diarias de autocuidado en el paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis, fue elaborado por Minchón en 1998, modificado por Cabrera en el 2013 y últimamente adaptado y validado en el Perú por Briceño y Chinchay (2021). Consta de 27 preguntas de escala de tipo Likert, distribuidas en 5 dimensiones: alimentación y control de líquidos (1-6), higiene personal y cuidado de la piel (7-12), tratamiento y cuidados del acceso vascular (13-19), descanso, sueño y recreación (20-23) y relaciones interpersonales (24-27).

La puntuación de cada pregunta es categorizada de acuerdo con la siguiente escala para los ítems 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26 y 27, fue Siempre (2 puntos), A veces (1 punto) y Nunca (0 puntos). Y, para los ítems 2, 3, 4, 7, 22, 25, es Siempre (0 puntos), A veces (1 punto) y Nunca (2 puntos). Donde el puntaje mínimo será 0 y el máximo 54; para fines de la presente investigación, se categorizará mediante el baremo presentado en el anexo 7.

La validez de este instrumento fue obtenida a través de un juicio de cinco expertos, quienes obtuvieron un coeficiente de 0.830 a través de la fórmula de R de Fin; lo cual demuestra su buena validez de contenido. La confiabilidad de este instrumento fue obtenida mediante la prueba Alfa de Cronbach, obteniendo un resultado de 0,77, lo cual demuestra que es un instrumento confiable para medir la variable en estudio (Briceño y Chinchay, 2021).

3.6. Procedimientos

Con el fin de poner en práctica el presente proyecto de investigación, previamente aprobado por la oficina de grados y títulos de la Facultad de Medicina Hipólito Unanue, se envió una solicitud de autorización al director de la Clínica Renal Plus, detallando los objetivos del estudio y garantizando el cumplimiento de los protocolos éticos. Una vez obtenida la

autorización por escrito, se coordinó con la jefatura de enfermería para organizar un cronograma que permita aplicar las encuestas a los pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis que acepten firmar el consentimiento informado, donde se explicó el objetivo del estudio, para proceder con su participación. La encuesta tomó entre 20 y 30 minutos aproximadamente por encuestado, minimizando las interrupciones en el servicio.

3.7. Análisis de datos

Los datos recolectados fueron vaciados en Excel 2020, para su organización y limpieza. Luego analizados estadísticamente con el software estadístico SPSS versión 27, obteniendo resultados que permitieron clasificar los hallazgos en tablas de frecuencias y gráficos, determinándose las pruebas de correlación utilizadas, Pearson y Spearman, según corresponda, con el fin de cumplir con los objetivos planteados.

3.8. Consideraciones éticas

3.8.1. Autonomía

Se garantizó el respeto absoluto de participar o no de la investigación, sin presión alguna, explicándoles de manera sencilla y detallada los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir y el uso que se dará a la información recopilada, decidiendo firmar o no el consentimiento informado. Informándoles su derecho a retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto afecte la calidad de la atención médica que reciben, ni implique consecuencias negativas para ellos.

3.8.2. Beneficencia.

Se ofrecieron beneficios concretos a los pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, anticipando que los resultados serán de aporte para desarrollar intervenciones educativas y estrategias de apoyo que les permitan mejorar su nivel de conocimiento y

promuevan prácticas de autocuidado efectivas. Por tanto, mejorar la capacidad resolutoria del paciente en su vida diaria, reduciendo la frecuencia de complicaciones en salud, enlenteciendo el avance de la enfermedad e impactando positivamente en su calidad de vida. Se hizo entrega de 02 trípticos sobre ERC y prácticas de autocuidado al finalizar los cuestionarios a todos los pacientes.

3.8.3. *No maleficencia.*

Se garantizó que la participación en el estudio no cause daño ni implique riesgos para los pacientes. La metodología se limitó al uso de instrumentos de recolección de datos que son 2 cuestionarios. La información que se obtuvo, respecto a sus datos personales o médicos, fue reservados y por ningún motivo divulgada. A no ser que desee que haya solicitado ser informado sobre su propio resultado.

3.8.4. *Justicia*

Los pacientes que participaron del estudio fueron tratados de manera equitativa y justa, por tanto, tratados con igualdad y respeto, sin discriminación alguna por su condición social, género, raza, edad, religión o creencias políticas. Además, se velará porque los beneficios derivados del estudio estén disponibles para todos los pacientes, pudiendo beneficiarse de ellos, promoviendo la equidad en el acceso a mejoras en el cuidado y manejo de la enfermedad (Banderas-Tarabay et al., 2016).

IV. RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados de la investigación aplicado a 99 pacientes hemodiálisis crónica en la Clínica Renal Plus. Presentando datos sociodemográficos, y datos descriptivos como inferenciales de las variables en estudio.

4.1. Estadística descriptiva

Tabla 1

Descripción de datos sociodemográficos

<i>Datos sociodemográficos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>		
Femenino	49	49,5%
Masculino	50	50,5%
<i>Edades</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
De 20 a 30 años	10	10,1%
De 31 a 40 años	12	12,1%
De 41 a 50 años	19	19,2%
De 51 a 60 años	19	19,2%
Más de 60 años	39	39,4%
<i>Grado de instrucción</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Primaria	26	26,3%
Secundaria	62	62,6%
Técnico superior	5	5,1%
Superior	6	6,1%
<i>Tiempo en hemodiálisis</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
De 6 meses a 1 año	48	48,5%
De 1 a 2 años	42	42,4%
De 3 a 5 años	9	9,1%
De 5 a 10 años	0	0%

<i>Tipo de acceso vascular</i>	f	%
Fístula arteriovenosa	48	48,5%
Catéter venoso central de larga permanencia	42	42,4%
Catéter venoso central temporal	9	9,1%
Total	99	100%

Nota. La tabla 1, en relación a los datos sociodemográficos, evidencia que ambos géneros presentaron una frecuencia similar, con una diferencia de solo 1 %. El grupo de edad más frecuente fue la población mayor a 60 años, con casi el 40 %. El grado de instrucción mayoritario fue el secundario con el 62,6%. En cuanto al tiempo en HD, cerca del 50% tuvo de 6m a 1 año en HD. Y solo 9% de 3 a 5 años. El tipo de acceso vascular más frecuente lo representa el CVC (T y LP) con el 51,5% y 48.5% la FAV, contrastando con la recomendación de la Sociedad Española de Nefrología, entidad que recomienda que solo el 10% del total de accesos vasculares de la población en HD deberían ser CVC.

4.2. Estadística descriptiva de las variables y sus dimensiones

Tabla 2

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre la ERCT

Nivel de conocimiento sobre la ERCT	f	%
Deficiente	18	18.2%
Regular	66	66.7%
Bueno	15	15.2%
Total	99	100%

Nota. En lo referente a la variable Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), de la muestra conformada por 99 pacientes, la mayoría presentó nivel regular en el conocimiento (66.7%; n=66), seguidos de niveles deficientes (18.2%; n=18) y

solo un 15.2% (n=15) obtuvo un buen nivel de conocimientos. Por tanto, solo una minoría presentó buen nivel de conocimiento, encontrándose que la gran mayoría de los pacientes presentan un nivel regular de conocimientos y un porcentaje bastante menor, deficiente nivel de conocimientos respecto a la enfermedad renal crónica terminal en torno a la hemodiálisis.

Tabla 3

Dimensiones de la variable 1: Nivel de conocimiento sobre la ERCT

Dimensiones de la variable 1	Conceptos generales		Alimentación y control de líquidos		Acceso vascular, AT y manejo de urgencias dialíticas		Higiene y cuidado de la piel		Actividad física y descanso		Interacción social	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Deficiente	32	32.3	39	39.3	29	29.3	53	53.5	50	50.5	13	13.1
Regular	57	57.6	55	55.6	62	62.6	36	36.4	32	32.3	57	57.6
Bueno	10	10.1	5	5.1	8	8.1	10	10.1	17	17.2	29	29.3
Total	99	100%	99	100%	99	100%	99	100%	99	100%	99	100%

Nota. A continuación, se presentan las dimensiones de la variable Nivel de conocimiento sobre ERCT de pacientes en hemodiálisis, donde se evidencia que la dimensión Conceptos generales la mayoría de pacientes obtuvo un nivel regular de conocimientos (57.6%; n=57), seguidos del nivel deficiente (32.3%; n=32) y solo 10% obtuvo buen nivel de conocimientos; en la dimensión Alimentación y control de líquidos la mayoría de pacientes obtuvo el nivel regular de conocimientos (55.6%; n= 55), seguidos del nivel deficiente (39.3%; n= 39) y solo 5.1% tuvo buen nivel de conocimientos; en la dimensión Acceso vascular, adherencia al tratamiento y manejo de urgencias dialíticas, la mayoría presentó nivel regular de conocimientos (62.6%; n= 62), seguidos del nivel deficiente (29.3%; n= 29) y solo 8.1% obtuvo buen nivel de conocimientos; en la dimensión Higiene y cuidado de la piel, la mayoría obtuvo nivel deficiente de conocimientos (53.5%; n=53), seguidos del nivel regular (36.4%) y solo un 10.1% obtuvo buen nivel de conocimientos; en la dimensión Actividad física y descanso, la mayoría obtuvo

nivel deficiente de conocimientos (50.5%; n=50), seguidos del nivel regular (32.3%; n=34) y solo un 17.2% obtuvo buen nivel de conocimientos y por último en la dimensión Interacción social la mayoría de pacientes obtuvo el nivel regular de conocimientos(57.6%; n=57), seguidos de buen nivel de conocimientos (29.3%; n=39) y solo una minoría nivel deficiente en esta dimensión con 13.1%. Por tanto, se observa que más del 50% de pacientes presenta un nivel de regular a deficiente en las diversas dimensiones del conocimiento sobre la ERCT en torno a la hemodiálisis.

Tabla 4

Variable 2: Práctica de autocuidado

Niveles de Práctica de autocuidado	f	%
Deficiente	23	23.2%
Regular	60	60.6%
Bueno	16	16.2%
Total	99	100%

Nota. La tabla 4 evidencia respecto a la variable Práctica de autocuidado de pacientes en hemodiálisis, que la mayoría de pacientes obtuvieron niveles regulares de prácticas (60.6%; n=60), seguidos del nivel deficiente (23.2%; n=23), y solo el 16.2% (n=16) presentaron un buen nivel de prácticas de autocuidado. Por tanto, solo una minoría de pacientes presentan buen nivel en sus prácticas de autocuidado, más un porcentaje considerable y superior al 60% presentan regulares y deficientes prácticas con respecto a su cuidado en torno a la ERC y la HD.

Tabla 5*Dimensiones de la variable 2: Práctica de autocuidado*

Dimensiones de La Práctica de autocuidado		Alimentación y control de líquidos		Higiene y cuidado de la piel		Tratamiento y cuidado del acceso vascular		Descanso, sueño y recreación		Relaciones interpersonales	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Niveles	Deficiente	29	29.3	33	33.3	32	32.3	23	23.3	25	25.3
	Regular	58	58.6	50	50.5	44	44.4	52	52.5	53	53.5
	Bueno	12	12.1	16	16.2	23	23.3	24	24.2	21	21.2
	Total	99	100%	99	100%	99	100%	99	100%	99	100%

Nota. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en las dimensiones de la variable 2 Práctica de Autocuidado de pacientes en hemodiálisis, donde se observa que en la *dimensión Alimentación y control de líquidos* la mayoría de pacientes presento un nivel regular de prácticas (58.6%; n=58), seguidos de nivel deficiente (29.3%; n=29) y solo el 12.1% presento buenas prácticas; en la *dimensión Higiene y cuidado de la piel* la mayoría obtuvo un nivel regular de prácticas(50.5%; n= 50), seguidos de nivel deficiente (33.3%; n=33) y solo un 16.2% buenas prácticas; en la *dimensión Tratamiento y cuidado del acceso vascular* la mayoría presentó un nivel regular de prácticas (44.4%; n=44), seguidos del nivel deficiente (32.3%; n= 32) y solo el 23.2% % buen nivel de prácticas; en la *dimensión Descanso, sueño y recreación* la mayoría obtuvo el nivel regular de prácticas(52.5%; n=52), seguidos del nivel bueno (24.2%; n=24) y en similar el nivel deficiente de prácticas con un 23.2% y finalmente en la *dimensión Relaciones interpersonales*, la mayoría de pacientes presentó un nivel regular de prácticas (53.5%; n= 53), seguidos del nivel deficiente (25.3%; n=25) y 21.2% buen nivel de prácticas de autocuidado.

Por tanto, alrededor de la mitad de los pacientes encuestados implementa de manera regular sus prácticas de autocuidado en todas las dimensiones, cerca de la tercera parte del total de

encuestados implementa deficientes prácticas y solo alrededor de la quinta parte de ellos maneja buenas prácticas de autocuidado entorno a su salud.

4.3. Estadística inferencial: resultado de hipótesis

Tabla 6

Pruebas de normalidad de ambas variables

Pruebas de normalidad	Kolmogorov Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Variable 1 Nivel de Conocimiento sobre la ERCT	,114	99	<u>0,200</u>
Dimensión Conceptos generales	,229	99	0,001
Dimensión Alimentación y control de Líquidos	,149	99	0,001
Dimensión Acceso vascular, AT y MUD	,157	99	0,001
Dimensión Higiene y cuidado de la piel	,291	99	0,001
Dimensión Actividad física y descanso	,264	99	0,001
Dimensión Interacción social	,260	99	0,001
Variable 2 Práctica de Autocuidado	,114	99	<u>0,200</u>
Dimensión Alimentación y CL	,160	99	0,026
Dimensión Higiene y CP	,132	99	0,008
Dimensión Tratamientos y cuidados del AV	,191	99	0,006
Dimensión Descanso, sueño y recreación	,216	99	0,001
Dimensión Relaciones interpersonales	,217	99	0,001

Nota. En la tabla 10 se evidencia la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para muestras mayores a 50 personas, *donde se halló que en ambas variables* presentan una significancia bilateral (P valor) de 0.200 (Conocimiento de la ERCT) y 0.200 (Práctica de Autocuidado), es decir, su significancia es mayor a 0,05, presentando datos de distribución normal. Por el contrario, en todas las **dimensiones** se hallaron significancias menores a 0,05; por ende, presentan distribución anormal. Debido a que las variables y dimensiones presentan una distribución normal y no normal, se utilizarán 2 pruebas estadísticas, como la correlación de la r de Pearson para datos paramétricos (normal), y también se empleará la correlación de la rho de Spearman para los datos no paramétricos (anormal).

A continuación, se presenta el desarrollo de las pruebas de hipótesis mediante la correlación de la r de Pearson y la Rho de Spearman:

a. Hipótesis general

H_1 : Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025.

H_0 : No existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025.

Nivel de significancia

El presente tratamiento estadístico estableció un nivel de confianza de 95%, es decir, que el margen de error fue de $p = 0.05$ o 5%.

Regla de decisión

Si el p valor es mayor a 0.05, se acepta la hipótesis nula y si el p valor es menor a 0.05, se acepta la hipótesis alterna.

Tabla 7

Estadística de correlación entre variables

Correlación de r de Pearson		Variable Práctica de autocuidado
Variable	Nivel de	Coefficiente de correlación
	Conocimiento	Sig. (bilateral)
	sobre la ERCT	N
		0.366**
		0.001
		99

Nota. Con respecto a la tabla 11, se presenta la estadística de correlación de las variables Nivel de Conocimiento sobre las ERCT y la Práctica de autocuidado; con un margen de error del 0.05, se obtuvo un coeficiente de correlación de r de Pearson = 0.366 y una significancia de $P = 0.001$; siendo menor a 0.05, se interpreta que existe una correlación estadísticamente significativa positiva, es decir, las variables se vinculan de forma directamente proporcional; entonces, a mayor nivel de conocimientos sobre las ERCT, existirá también un incremento en

la variable práctica del autocuidado. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna, es decir que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre las ERCT y la práctica del autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025.

Hipótesis específica 1

H₁: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Tabla 8.

Resultado de la hipótesis específica 1: nivel de conocimiento sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en la dimensión Alimentación y control de líquidos

Correlación de Rho de Spearman		Dimensión Alimentación y control de líquidos
Variable	Conocimiento sobre la ERCT	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N
		0.333** <u>0,001</u> 99

Nota. Con respecto a la tabla 12, se obtuvo con un margen de error del 0.05, un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0.333 y una significancia de 0.001; se interpreta una correlación estadísticamente significativa positiva baja, tras la obtención de una significancia menor al 0.05 con un $p=0.001$, rechazándose la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna, es decir, ambas variables se vinculan de forma directamente proporcional, entonces a mayor nivel de conocimiento sobre la ERCT, existirá también una mejora en las prácticas de alimentación y control de líquidos o viceversa en los pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Hipótesis específica 2

H₁: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Tabla 9

Resultado de la hipótesis específica 2: Nivel de conocimiento sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en la dimensión higiene personal y cuidado de la piel

Correlación de Rho de Spearman		Dimensión Higiene personal y cuidado de la piel
Variable	Conocimiento sobre la ERCT	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N
		0.290** 0,004 99

Nota. Respecto a la tabla 13, se presenta la estadística de correlación de la variable Nivel de conocimiento sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en Higiene personal y cuidado de la piel, con un margen de error del 0.05, un coeficiente de correlación de la Rho de Spearman = 0.290 y una significancia de 0.004. Por lo tanto, tras la obtención de una significancia de $p=0.004$, se acepta la hipótesis alterna, es decir, que existe relación entre la variable nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. Es decir, ambas variables pueden aumentar o disminuir en la misma dirección, siendo susceptibles de variación con la guía pertinente.

Hipótesis específica 3

H₁: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Tabla 10

Resultado de la hipótesis específica 3: Nivel de conocimiento sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en la dimensión Tratamiento y cuidado del acceso vascular

Correlación de Rho de Spearman		Dimensión Tratamiento y cuidado del acceso vascular
Variable	Conocimiento sobre la ERCT	Coefficiente de correlación
		Sig. (bilateral)
		N
		0.391**
		0,001
		99

Nota. En la tabla 14 se presenta la estadística de correlación obtenida con un margen de error del 0.05, un coeficiente de correlación de la Rho de Spearman = 0.391 y una significancia de 0.001, que se interpreta como una correlación positiva baja. Por lo tanto, tras la obtención de una significancia de $p=0.001$ menor a 0.05, se acepta la hipótesis alterna, es decir, que existe relación entre las variables nivel de conocimiento sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. Es decir, los datos de ambas variables presentan movimientos en la misma dirección; es por ello que, al tener menor conocimiento en torno a la ERCT, también existirán menores prácticas en su cuidado diario respecto a su tratamiento y cuidado del acceso vascular.

Hipótesis específica 4

H₁: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Tabla 11

Resultado de la hipótesis específica 4: Nivel de conocimiento sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en la dimensión Descanso, sueño y recreación

Correlación de Rho de Spearman		Dimensión Descanso, sueño y recreación
--------------------------------	--	--

Variable	Conocimiento sobre la ERCT	Coefficiente de correlación	0.269**
		Sig. (bilateral)	0,007
		N	99

Nota. De acuerdo al resultado de la tabla 15, con un margen de error del 0.05, un coeficiente de correlación de la Rho de Spearman = 0.269 y una significancia de 0.007, menor al 0.05, se interpreta una correlación positiva baja similar a las dimensiones mencionadas anteriormente. Por lo tanto, tras la obtención de una significancia de $p=0.007$ se acepta la hipótesis alterna, es decir que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. Por ende, al encontrarse nivel de conocimientos deficientes y regulares en la población de estudio también se observaría niveles deficientes y regulares en sus prácticas de autocuidado en la dimensión Descanso, sueño y recreación.

Hipótesis específica 5

H₁: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

Tabla 12

Resultado de la hipótesis específica 5: Nivel de conocimiento sobre la ERCT y la práctica de autocuidado en la dimensión Relaciones interpersonales

Correlación de Rho de Spearman			Dimensión Relaciones interpersonales
Variable	Conocimiento sobre la ERCT	Coefficiente de correlación	0.260**
		Sig. (bilateral)	0,004
		N	99

Nota. En la tabla 16 se presenta la estadística de correlación de ambas variables, con un margen de error del 0.05, un coeficiente de correlación de la Rho de Spearman = 0.260 y una significancia de 0.004, que se interpreta como una correlación positiva baja, es decir, que la

direccionalidad de los datos es directamente proporcional en su movimiento. Por tanto, tras la obtención de una significancia de $p=0.004$ se acepta la hipótesis alterna, es decir, que existe relación estadística positiva entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.

En términos generales, ambas variables presentan una vinculación estadística positiva y significativa existente, la cual generan las bases para una intervención oportuna de los profesionales de enfermería a cargo de esta población.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación al objetivo general, se logró determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. Dado que se obtuvo un coeficiente de correlación de r de Pearson = 0.366 y una significancia de $P = 0.001$, siendo $p < 0.05$, se interpreta que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa, por ello se valida la hipótesis alterna general, es decir, las variables se vinculan de forma directamente proporcional. Esto sostenido con los datos descriptivos, donde el 66.7% de los pacientes presentan un nivel regular de conocimiento en torno a la ERCT, mientras que un 18.2% exhibe un nivel deficiente y solo el 15.2% presenta buen nivel de conocimiento. Es decir, más del 84% de los pacientes no posee un dominio adecuado sobre los aspectos fundamentales para el manejo de su enfermedad, entre ellos, la alimentación, el control de líquidos, el cuidado del acceso vascular, el tratamiento, el descanso adecuado y la salud psicosocial. Donde esta deficiencia cognitiva se traduce en comportamientos concretos cuando un 60.6% de pacientes mantiene prácticas de autocuidado regulares, un 23.2% presenta prácticas deficientes y un reducido 16.2% de la muestra obtuvo la calificación de buenas prácticas de autocuidado. Lo cual expone que el 83.8% de esta población se encuentra en un estado de vulnerabilidad en el manejo cotidiano de su enfermedad. Por tanto, a mayor nivel de conocimiento, mayores son las posibilidades de que el paciente implemente conductas de autocuidado eficaces. Este hallazgo no solo evidencia una relación estadística, sino que resalta la necesidad de intervención oportuna del profesional de enfermería nefrológica, al identificar el conocimiento como un determinante del comportamiento en salud.

Asimismo, el estudio realizado por Yu et al. (2021), sus resultados señalan que el conocimiento en salud se correlacionó significativamente con una mayor práctica de autocuidado (donde obtuvo una significancia de $p < 0.001$); destacando que los pacientes con

ERC con niveles suficientes o excelentes de alfabetización en salud presentaban mayores niveles de autocuidado, en las dimensiones dieta, ejercicio y control de la presión arterial, observándose una correlación de variables similar en nuestra muestra.

Por otro lado, a nivel nacional, los resultados difieren con los hallazgos encontrados por Vásquez (2024), en Trujillo, al realizar la prueba inferencial para determinar la relación entre las variables nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado, encontrándose datos descriptivos, donde el 55% de los pacientes tenían un nivel medio de conocimiento sobre su tratamiento, el 37.5% un nivel alto y solo el 7.5% un nivel bajo. En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 72.5% de los pacientes mostraron prácticas deficientes, el 27.5% regulares y ninguno buenas prácticas. En lo que respecta al análisis inferencial, la prueba de correlación Tau b de Kendall presentó un valor de -0.221 y un nivel de significancia de $p = 0.116$. Determinando que no existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el tratamiento de hemodiálisis y las prácticas de autocuidado en los pacientes del HVLE.

Sin embargo, diversas investigaciones como la de Lucero (2023), en Huaraz, Perú, corroboran esta relación. Cuyo estudio reportó que el 74.1% de los pacientes evaluados presentaba prácticas regulares de autocuidado y que solo una minoría mostró un alto nivel de conocimiento. Sin embargo, el análisis estadístico evidenció una relación significativa entre ambas variables ($p = 0.000$), lo cual respalda la tendencia observada en nuestra muestra. De forma complementaria, Tejeda y Ccosi (2022), en Lima, encontraron una fuerte correlación ($\rho = 0.877$; $p = 0.012$) entre el nivel de conocimiento y la calidad de las prácticas de autocuidado, señalando que la educación sanitaria genera impactos medibles en el comportamiento del paciente renal.

Encontrándose que nuestros resultados se alinean con la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, la cual establece que la persona es un ser holístico, en constante interacción

con su medio ambiente cambiante, por tanto, capaz de adquirir e interiorizar conocimientos que le permitan llevar a cabo prácticas de cuidado eficientes con la finalidad de preservar su vida y bienestar. En el contexto de los pacientes renales, esta capacidad encontraría limitaciones en el acceso a recursos educativos adecuados, información en términos complejos, factores biopsicosociales distintos en cada paciente y el escaso uso de herramientas de valoración en esta población. Surgiendo la necesidad de utilizar la teoría del déficit de autocuidado, cuando la persona no cumple con la satisfacción de sus necesidades básicas universales llamadas autocuidado, lo cual demanda la intervención activa de enfermería, haciendo uso de la siguiente teoría de los sistemas de Orem.

La evidencia hallada en esta investigación refuerza el carácter condicionante del conocimiento en las prácticas de autocuidado, mas no el causal, reafirmando que este último no es un acto espontáneo, sino un acto construido a base de información, comprensión y empoderamiento del paciente; por lo tanto, legitima el rol educador del personal de enfermería como eje de la intervención educativa. Surgiendo oportunidades reales y factibles para fortalecer estrategias de educación continua, adaptando el contenido acorde a su necesidad: nivel de comprensión y realidad sociocultural. Desde esta óptica, el conocimiento no solo informa, sino que transforma la actitud del paciente hacia su propio cuidado, permitiéndole asumir un rol protagónico en el proceso de su tratamiento y recuperación. Impactando de manera favorable en diferentes esferas de la vida del paciente, así como en la progresión de la ERC, la prevención de complicaciones y optimizando su calidad de vida.

En relación al objetivo específico 1, se planteó identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. En esta investigación se evidenció una correlación positiva y significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en la dimensión alimentación y control de líquidos (coeficiente de correlación de

Rho Spearman = 0.333 y una significancia donde $p = 0.001$). Interpretándose una correlación positiva baja, donde, a pesar de que su fuerza de asociación es baja, su relevancia es alta, ya que las decisiones alimentarias inciden directamente en el equilibrio hidroelectrolítico, la estabilidad hemodinámica y la eficacia del tratamiento. Sin un conocimiento adecuado sobre la restricción de sodio, potasio, fósforo y líquidos, los pacientes corren el riesgo de presentar hipervolemia, hiperkalemia, crisis hipertensivas o edema agudo de pulmón. Que se fundamentado en los datos descriptivos obtenidos, donde la baja proporción de pacientes con buen conocimiento fue del 5.1% y solo un 12.1% obtuvo un buen nivel de prácticas de autocuidado, refuerza esta problemática.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Andrade-Santana et al. (2020), quienes concluyeron que la falta de conocimiento sobre nutrición renal afecta la adherencia dietética, generando descompensaciones que incrementan la carga asistencial. Similarmente, Yu et al. (2021), en su estudio con pacientes en hemodiálisis en Taiwán, reportaron que una alfabetización deficiente en salud se relaciona con prácticas alimentarias inadecuadas y mayor incidencia de hospitalizaciones por complicaciones nutricionales. Esta evidencia respalda el resultado obtenido en el presente estudio, donde la baja comprensión de las restricciones dietéticas se traduce en una gestión ineficiente de la enfermedad.

En el contexto nacional, Vásquez (2024), en Trujillo, observó que el 72.5% de los pacientes en hemodiálisis no seguían una dieta adecuada, en su mayoría por desconocimiento sobre alimentos prohibidos o técnicas de preparación para reducir contenido de potasio. De igual manera, Tejeda y Ccosi (2022) hallaron una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de recomendaciones dietéticas. En ambos estudios, al igual que en el presente, se sugiere que las intervenciones educativas personalizadas podrían revertir este patrón y mejorar las prácticas alimentarias en esta población vulnerable.

Teóricamente, Dorothea Orem fundamenta que el conocimiento es una condición esencial para que el individuo pueda desarrollar conductas de autocuidado efectivas. En este caso, el desconocimiento sobre el volumen máximo de ingesta hídrica diaria o el contenido de potasio de ciertos alimentos refleja una incapacidad para responder a las demandas terapéuticas propias del tratamiento dialítico. Por tanto, el paciente no logra desempeñar adecuadamente su rol activo en el control de su enfermedad, lo que justifica la intervención sistemática del equipo de enfermería para reducir el déficit de autocuidado identificado.

Estos hallazgos sugieren que los programas educativos en salud renal deben priorizar la dimensión alimentaria mediante estrategias adaptadas al nivel sociocultural del paciente. Las guías clínicas de la National Kidney Foundation (2024), recomiendan evaluaciones nutricionales periódicas y asesoría dietética continua como parte del cuidado integral. Sin embargo, en la práctica peruana, este soporte especializado es limitado, por lo que la responsabilidad recae en gran medida en el personal de enfermería. De ahí la necesidad de fortalecer su rol como educadores, con enfoque preventivo y sostenido, para mejorar la adherencia y reducir complicaciones prevenibles.

En relación al objetivo específico 2, se planteó identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. Los resultados de la estadística inferencial muestran un coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0.290 y una significancia de 0.004, aceptándose la hipótesis alterna, es decir, que existe correlación estadística directa y significativa entre variables. Donde la mayoría de pacientes (53.5%) presentó un nivel deficiente de conocimientos, (36.4%) nivel de conocimiento regular y solo 10.1% buen nivel de conocimientos. Observándose cierta diferencia en las prácticas de autocuidado, donde su mayoría (50.5%) obtuvo un nivel regular de prácticas, seguidos de un nivel deficiente (33.3%) y solo 16.2% buen nivel de prácticas en esta dimensión. Por tanto,

tienen un nivel de conocimiento deficiente a regular y prácticas que van de nivel de regular a deficiente. La relevancia de estos resultados es considerable dado el impacto directo que tiene la higiene sobre la prevención de infecciones de pacientes en hemodiálisis. La piel es la primera línea de defensa inmunológica, y su integridad es esencial, especialmente en personas inmunocomprometidas como es esta población.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Grandéz y Vásquez (2018), quienes observaron que los pacientes que no comprenden los cuidados básicos de la piel, como el uso de jabones neutros, la hidratación adecuada o la limpieza del acceso vascular, presentan mayor incidencia de infecciones dérmicas. Asimismo, Hinostroza-Sayas et al. (2022) identificaron que la higiene inadecuada del sitio de punción en pacientes con catéter o fístula aumenta el riesgo de bacteriemias y hospitalizaciones. Estas evidencias respaldan los resultados del presente estudio, donde la baja comprensión de la importancia del cuidado cutáneo se asocia a conductas que comprometen la eficacia del tratamiento.

Lerma y Arnau (2000) explicaron que los pacientes urémicos presentan afecciones como xerosis, prurito y escoriaciones, lo que incrementa el riesgo de complicaciones si no mantienen una higiene adecuada. Por su parte, Huamán y Céspedes (2021), en un estudio en hospitales de la sierra central, reportaron que los pacientes que recibían charlas educativas sobre cuidado de la piel mostraban una disminución significativa en infecciones cutáneas y en complicaciones relacionadas con el acceso vascular. En ambos casos, al igual que en esta investigación, se resalta que las prácticas de higiene están directamente vinculadas con el nivel de información y la educación recibida por el paciente.

Desde una perspectiva teórica, la higiene personal forma parte de los *requisitos universales del autocuidado*, según la teoría de Dorothea Orem. Esta teoría plantea que el paciente necesita contar con conocimientos adecuados para mantener su salud y prevenir

enfermedades a través de acciones rutinarias. En este estudio, se observó que muchos pacientes desconocen prácticas tan básicas como la frecuencia del baño, el tipo de jabón más adecuado, o la forma correcta de cuidar la zona del acceso vascular. Este déficit de conocimiento impide la autonomía del paciente en el autocuidado, y justifica la intervención directa y sistemática del personal de enfermería.

En relación al objetivo específico 3, se planteó identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en el tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. Los resultados de la estadística inferencial muestran un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0.391 y una significancia de $P = 0.001$, que se interpreta como una correlación estadística positiva y significativa entre variables, aceptándose la hipótesis alterna. Donde la mayoría de pacientes presentó nivel regular de conocimientos (62.6%), seguidos de nivel deficiente (29.3%) y solo 8.1% obtuvo buen nivel de conocimientos. De igual forma, las prácticas de autocuidado de nivel regular representan el 44.4% en su mayoría, seguidos del nivel deficiente (32.3%) y solo el 23.3% buen nivel de prácticas en esta dimensión. Si bien la correlación es de magnitud baja, su importancia es alta debido a que el acceso vascular es esencial para la continuidad del tratamiento de hemodiálisis y su manejo inadecuado puede derivar en infecciones locales, bacteriemias, trombosis o pérdida del acceso, eventos que comprometen seriamente la salud del paciente. Es por ello, al encontrarse una baja proporción de pacientes con buen nivel de conocimiento y prácticas adecuadas, evidencia un riesgo de morbilidad en esta población.

Desde un enfoque teórico, la teoría de autocuidado de Dorothea Orem subraya que el conocimiento permite al individuo responder adecuadamente a los requerimientos del tratamiento, sobre todo en condiciones crónicas complejas. Planteando que estos déficits deben ser compensados mediante la acción del personal de salud, cuyo rol educativo debe empoderar

al paciente para preservar la funcionalidad de su acceso vascular como parte de su responsabilidad personal.

Las guías internacionales, como la National Kidney Foundation (2023), recomiendan capacitar al paciente desde la primera sesión de hemodiálisis en aspectos como limpieza diaria del sitio, protección del acceso durante el baño y monitoreo de signos de infección. Por ello, es fundamental que el personal de enfermería asuma un rol activo y continuo en la formación del paciente, garantizando que este incorpore dichas prácticas en su vida cotidiana y reduzca significativamente el riesgo de complicaciones.

En relación al objetivo específico 4, se planteó identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. La estadística inferencial muestra un Rho de Spearman = 0.269 y una significancia de $p = 0.007$ (<0.05), que indica una correlación positiva baja significativa, aceptándose la hipótesis alterna. La estadística descriptiva muestra que la mayoría de los pacientes obtuvo un nivel deficiente de conocimientos (50.5%), seguidos del nivel regular (32.3%), y solo un 17.2% obtuvo buen nivel de conocimientos. En contraste, las prácticas de autocuidado fueron en su mayoría de nivel regular (52.5%), seguidas de buen nivel con un 24.2% y, en forma similar, el nivel deficiente de prácticas con un 23.3%. El descanso reparador y la recreación tienen un impacto directo en la estabilidad emocional, la regulación del estrés y la adherencia al tratamiento. Reflejando que la mayoría de la población presenta un nivel de conocimientos que va de lo deficiente a regular e implementan prácticas de autocuidado que van de lo regulares en su mayoría, surgiendo su pronta atención en esta dimensión debido a que desconocen e implementan prácticas de autocuidado deficientes.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Duarte y García (2019), quienes demostraron que los pacientes con enfermedad renal crónica que no mantenían hábitos

regulares de descanso y ocio presentaban niveles más altos de ansiedad, fatiga crónica y disminución de la calidad de vida. Sostienen que el conocimiento sobre el valor del descanso y la recreación tiene un efecto protector sobre la salud mental e influye en la capacidad del paciente para afrontar y llevar su enfermedad en torno a la hemodiálisis.

Desde un enfoque teórico para Orem, el descanso y la recreación forman parte de los requisitos de autocuidado para mantener el equilibrio psicosocial y fisiológico. Por tanto, indispensable que enfermería nefrológica revalore y refuerce hábitos en el paciente, guiándolos en la búsqueda de estrategias para abordar esta problemática con apoyo interdisciplinar.

En relación al objetivo específico 5, se planteó identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025. Los resultados de la estadística inferencial muestran un coeficiente Rho de Spearman = 0.260, que se interpreta como una correlación positiva y baja, y una significancia de 0.004, que se interpreta como una correlación estadísticamente significativa, aceptándose la hipótesis alterna. La mayoría de pacientes obtuvo el nivel regular de conocimientos (57.6%), seguidos de buen nivel (29.3%) y solo 13.1% nivel de conocimientos deficientes. *La mayoría de pacientes presentó un nivel regular de prácticas (53.5%; n = 53), seguidos del nivel deficiente (25.3%; n = 25) y 21.2% buen nivel de prácticas de autocuidado.* A pesar de encontrarse una relación de baja magnitud, tiene una implicancia relevante, ya que las redes de apoyo influyen de forma directa en el afrontamiento emocional de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la continuidad del autocuidado. Observándose que niveles de conocimientos deficientes pueden disminuir la capacidad de afrontamiento en la vida diaria del paciente, surgiendo la necesidad de implementar estrategias como redes de apoyo que otorguen respiro a sentimientos de desánimo o incertidumbre propios de la enfermedad.

Estos hallazgos coinciden con los resultados de Peralta et al. (2024), quienes demostraron que los pacientes en hemodiálisis que contaban con un entorno familiar o comunitario solidario mostraban mayor motivación para seguir el tratamiento y presentaban menos episodios de depresión.

Desde el marco teórico de Dorothea Orem, las relaciones interpersonales pueden considerarse parte de los requisitos de desarrollo del autocuidado, ya que estas permiten al individuo interactuar adecuadamente con su entorno, recibir apoyo emocional y cumplir con sus responsabilidades de salud. Cuando el paciente no valora o no comprende el papel de las relaciones sociales en su proceso de recuperación, se produce un déficit en su capacidad de adaptación, que debe ser identificado y abordado por el personal de enfermería. La intervención debe centrarse en orientar al paciente para que reconozca el valor del diálogo, el acompañamiento y la comunicación asertiva como herramientas de autocuidado.

Las recomendaciones de la National Kidney Foundation (2024) sugieren que el acompañamiento psicosocial y el desarrollo de redes de apoyo deben integrarse a la atención del manejo del paciente con enfermedad renal crónica orientando su mirada al manejo interdisciplinar.

Por ello, se hace imprescindible que los profesionales de enfermería en nefrología desarrollemos el rol de gestión, evaluando, planificando, organizando, estableciendo puentes de forma interdisciplinar y optimizando recursos disponibles. De igual modo, el rol asistencial genera a oportunidad de valorar activamente, de acuerdo al flujo de pacientes, las necesidades cambiantes en esta población vulnerable, desempeñando en todo momento su rol educador, creando estrategias a través de espacios que promuevan orientación familiar, grupos de apoyo entre pacientes y actividades que fomenten la integración en ellos.

Por tanto, los resultados de este estudio evidencian la necesidad de incluir la teoría y práctica en los programas de formación para pacientes con enfermedad renal crónica debido a su relevancia en el proceso enseñanza-aprendizaje. Surgiendo la oportunidad de aplicar el rol investigador realizando investigaciones experimentales respecto a esta problemática recurrente de desconocimiento en nuestra población, debido al ingreso y egreso de pacientes debido a su morbilidad.

Por último, las limitaciones encontradas en el desarrollo de la investigación fueron las escasas evidencias científicas internacionales de actualidad con acceso abierto que relacionen actualmente estas 2 variables en la población estudiada, por lo cual se buscó recursos de suscripción a buscadores académicos. En relación al instrumento de medición para medir el nivel de conocimiento, se encontraron solo 3 instrumentos sesgados en el contenido, por lo que se optó por elaborar un instrumento dirigido a nuestra población. También limitación de acceso a la muestra, por lo que se formalizó el permiso a través de una solicitud al área correspondiente y se dialogó con la misma, y durante la aplicación de la encuesta se observó que algunos pacientes no tuvieron disposición de participar o faltaron; por ello se adecuó el tamaño de la muestra. Situaciones que al ser superadas permitieron completar el estudio.

La limitación de fondo es que, al ser una investigación de tipo no experimental, no se evidenciarán cambios o mejoras en las prácticas de autocuidado; *sin embargo, el aporte para la comunidad científica académica sería la disposición para el uso de las herramientas de valoración del estudio*, susceptibles de adecuar en diferentes contextos de la atención de pacientes en HD crónica del Área de Nefrología.

VI. CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye determinando la existencia de una correlación positiva y significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, ($r = 0.366$; $p = 0.001$). Donde se identificó que la mayoría de los pacientes posee un nivel de conocimiento regular o deficiente, situación que limita el desarrollo de prácticas efectivas de autocuidado en la mayoría de las dimensiones analizadas.

- Se identificó una correlación positiva y significativa ($\rho = 0.333$; $p = 0.001$). Entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. La mayoría de pacientes desconoce e implementa pocas restricciones dietéticas relacionadas con el consumo de alimentos que contienen sodio, potasio, fósforo y líquidos, lo cual incrementa el riesgo de presentar urgencias dialíticas como hiperkalemia, sobrecarga hídrica o edema agudo de pulmón. Es decir, el bajo nivel de conocimiento impide aplicar estrategias efectivas para prevenir complicaciones frecuentes en pacientes en hemodiálisis.

- Se identificó una correlación positiva y significativa ($\rho = 0.290$; $p = 0.004$) entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. Encontrándose que la mayoría de pacientes tiene un nivel de conocimiento de deficiente a regular, y prácticas que van del nivel regular al deficiente. Por tanto, no implementan una higiene adecuada ni reconocen signos de alarma en el acceso vascular, lo que genera un elevado riesgo de infecciones locales y sistémicas, afectando la continuidad del tratamiento.

- Se identificó una correlación positiva y significativa entre el nivel de conocimiento ($\rho = 0.391$; $p = 0.001$) y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. Esta dimensión

demuestra que el conocimiento influye en la preservación del acceso vascular. Observándose que un porcentaje reducido de pacientes presenta buen nivel de conocimiento (8.1%), así como las buenas prácticas (23.3%) respecto a su tratamiento y el manejo de su acceso vascular, situación que aumenta la probabilidad de complicaciones que podrían evitarse mediante educación específica y continuada.

- Se identificó una correlación significativa entre el nivel de conocimiento ($\rho = 0.269$ y una significancia de $p = 0.007$) entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentan niveles regulares o deficientes en el conocimiento del valor terapéutico de mantener un sueño reparador, participar activamente en actividades recreativas, lo que podría afectar su estado anímico, predisponiéndolos a situaciones de estrés y poca adherencia al tratamiento.

- Se identificó una correlación obtenida entre el nivel de conocimiento ($\rho = 0.260$; $p = 0.004$) y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, donde el 57.6% presentó un nivel de conocimiento regular y el 53.5% un nivel regular de prácticas de autocuidado, lo cual genera la necesidad de concientizar al paciente sobre la importancia de buscar apoyo social a fin de mejorar su capacidad de afrontamiento ante situaciones de estrés y ansiedad, generadas por la aparición de situaciones y necesidades propias del avance de la ERCT.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal encargado de la jefatura o coordinación del equipo de salud que labora en la clínica de la Clínica Renal Plus, implementar un programa de educación integral sobre autocuidado en coordinación con el equipo multidisciplinar, dirigido a los pacientes en hemodiálisis, considerando las dimensiones evaluadas en este estudio. Con un enfoque personalizado, participativo y continuo, adaptándolo al nivel cognitivo, emocional y sociocultural de los pacientes. Coordinando con el equipo multidisciplinar con el fin de promover prácticas de autocuidado eficaces, que permita fortalecer la autonomía y contribuir a mejorar su calidad de vida y adherencia terapéutica.

Se recomienda al personal que ejerce el área administrativa, la necesidad de adaptar el PAE a las anotaciones de enfermería, que permitan realizar la valoración, diagnósticos de enfermería, objetivos, intervención y evaluación de resultados, permitiendo individualizar la educación en base al sustento teórico de enfermería.

- Se recomienda al equipo multidisciplinario incluir talleres educativos mensuales orientados a enseñar y reforzar principios básicos de la dieta renal, alimentos permitidos y restringidos, técnicas de cocción y estrategias para controlar el volumen de líquidos ingeridos. Incluyendo materiales gráficos, demostraciones prácticas y la participación de los familiares o cuidadores responsables, a manera de garantizar la continuidad de las recomendaciones fuera del entorno clínico.

- Se recomienda al personal asistencial y en especial de enfermería en HD reforzar la educación sanitaria sobre higiene personal y cuidado de la piel, aprovechando los días que ingresa el paciente a tratamiento de HD, para valorar y evaluar el estado cutáneo del paciente, realizar demostraciones y prácticas adecuadas a la necesidad y capacidad del paciente. Fomentar el uso de productos hidratantes accesibles para la piel seca o irritada, para reducir la incidencia de infecciones y mejorar la seguridad del tratamiento.

- Se recomienda al equipo multidisciplinar capacitar de forma constante al paciente nuevo y continuador en tratamiento de HD, sobre conceptos básicos como ERC, HD, peso seco, peso interdialítico, EPO, Fe, la importancia de adherirse al tratamiento medicamentoso, cumplir con las horas y días de TSR, tipos de acceso vascular y cuidado del acceso vascular, incluyendo la limpieza, protección y reconocimiento de signos de infección, así como prácticas de monitoreo en el hogar.

- Se recomienda al equipo multidisciplinar y en especial al personal de enfermería valorar regularmente los patrones de sueño del paciente y brindar recomendaciones para mejorar sus hábitos del sueño. Asimismo, es necesario promover espacios de esparcimiento compatibles con el estado de salud del paciente, como lectura, música o actividades de relajación, con el objetivo de reducir el estrés y mejorar el estado emocional general.

- Se recomienda al equipo multidisciplinar fomentar las relaciones interpersonales a través de espacios grupales de apoyo emocional entre pacientes, promovidos por el personal de salud. Solicitando el apoyo del personal de psicología para el manejo de la comunicación efectiva, el afrontamiento emocional y la construcción de redes de apoyo. Del mismo modo, se recomienda involucrar a las familias en sesiones de orientación que destaquen la importancia del acompañamiento emocional en el éxito del tratamiento del paciente afectado con ERC5.

VIII. REFERENCIAS

- Andrade Santana, M., Guerreiro Vieira da Silva, D., Echevarría-Guanilo, M., Rozza Lopes, S., Juceli Romanoski, P. y Willrich Böell, J. (2020). Self-care in individuals with chronic kidney disease on hemodialysis. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 2020(41). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190220>
- Alan, D. y Cortez, L. (2018). *Procesos y fundamentos de la investigación científica*. Editorial UTMACH. <https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf>
- Arévalo, V. (2024). *Autocuidado del paciente sometido a terapia de hemodiálisis según el modelo de Dorothea Orem en un hospital MINSA, Lima 2023*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/23102>
- Banderas Tarabay, J. Vázquez-Mauricio, L. y Hernández-Ramírez, M. (2016). La ética del cuidado y la bioética en la calidad de atención por enfermería. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 12(2). <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/rpoe/article/view/955>
- Bello, D. y Nieto, J., (2019). *Terapia de Reemplazo Renal Urgente 2019*. Universidad Pontificia Boliviana. <https://www.researchgate.net/publication/335569337>
- Briceño, C. y Chinchay, G. (2021). *Autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Igssa Medical Services-2020*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/71970>
- CardioTeca. (26 de abril del 2023). *¿Cómo tratar la hipertensión arterial en pacientes en hemodiálisis? Consenso AHA*. <https://www.cardioteca.com/hipertension-arterial/4744-como-tratar-la-hipertension-arterial-en-pacientes-en-hemodialisis-consenso-aha.html>

- Cases Egocheaga, I., Tranche, S., Pallarés, V., Ojeda, R., Górriza, J. y Portolésa, M. (2018). Anemia en la enfermedad renal crónica: protocolo de estudio, manejo y derivación a Nefrología. *Revista digital Elsevier*, 50(1), 60-64. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-anemia-enfermedad-renal-cronica-protocolo-S0212656717306649>
- Chuang L.-M., Wu, S.-F. V., Lee, M.-C., Lin, L.-J., Liang, S.-Y., Lai, P.-C. y Kao, M.-C. (2021). The effects of knowledge and self-management of patients with early-stage chronic kidney disease: Self-efficacy is a mediator. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 18(2). <https://doi.org/10.1111/jjns.12388>
- Delgado García de Polavieja, M., Escribano Loma, S., Manso de Real, P., Sánchez Tocino, M. y Arenas Jiménez, M. (2022). ¿Qué novedades aportan en la práctica clínica las guías KDOQI de nutrición después de 20 años?. *Nefroplus*, 14(1), 1-10. <https://fundacionrenal.com/wp-content/uploads/2022/11/X1888970022034220.pdf>
- Escurra Mayaute, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista De Psicología*, 6(1-2), 103-111. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>
- Duarte, A., y García, L. (2019). *Prácticas de autocuidado y adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica del centro de salud María del Carmen Salmerón Chinandega en el III trimestre 2019*. [Trabajo académico de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Institucional UNAN-León. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/4835>
- Jocelyne, V. y Peralta, S. (2021). *Autocuidado en los pacientes con hemodiálisis: revisión de la literatura*. [Tesis de pregrado, Universidad de Sonora]. Repositorio Institucional UNISON. <http://hdl.handle.net/20.500.12984/8372>

- García García, G, Pandya, S. y Chávez-Iñiguez, J. (2014). *Guía completa para pacientes renales: Cuide su riñón*. Editora Samarpan Kidney Foundation.
https://static.elsevier.es/nad/Kidney_Book_In_Spanish.pdf
- García Macías, N, Racines Delgado, A., Peñafiel Cevallos, A. y Bravo Rodríguez, L. (2021). Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 7053–7069.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.830
- González, J. (2014). Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. *Innovación educativa (México, DF)*, 14(65), 133-142.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009#:~:text=Los%20niveles%20de%20conocimiento%20se,explica%20o%20comprende%20la%20realidad.
- Grandez, M., y Vásquez, A. (2018). *Grado de Información y Prácticas de Autocuidado el paciente con enfermedad Renal Crónica del Hospital Regional de Loreto – 2017*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional De La Amazonía Peruana]. Repositorio Institucional UNAP.
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5880>
- Guerrero, G. y Daniels, M. (2022). Riñón único funcionante y su seguimiento en Pediatría. *Revista Colombiana de Nefrología*, 9(3), 2-3. <http://doi.org/10.22265/acnef.9.3.593>
- Hernández, C. (2021). *Educación sanitaria para pacientes en hemodiálisis: medidas nutricionales y cuidado de los accesos vasculares*. [Tesis de pregrado, Universidad de la Rioja]. Repositorio digital de la Universidad de La Rioja.
[file:///C:/Users/Pc/Downloads/EducacionSanitariaParaPacientesEnHemodialisisMedidcdde%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Pc/Downloads/EducacionSanitariaParaPacientesEnHemodialisisMedidcdde%20(3).pdf)

- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill.
<https://biblioteca.ucuenca.edu.ec/digital/s/biblioteca-digital/ark:/25654/2140#?c=0&m=0&s=0&cv=0>
- Hernandez, E. (2023). Revisión sobre metabolismo mineral-óseo en enfermedad renal crónica. *Npunto*, 6(68), 23-44. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6569c1a08e4cbart2.pdf>
- Hinostroza-Sayas, J., Huaranga-Marcelo, J., Guzmán-Ramos, R., Vásquez-Grande, G., Pérez-Arteaga, L., Pérez-Tejada, E., Llaro-Sánchez, M., García-Gomero, D., Becerra-Chauca, N., Delgado-Flores, C., Urdy-Ipanaqué, D., Chavez-Rimache, L., Salvador-Salvador, S. y Carrera-Acosta, L. (2022). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y manejo de infecciones asociadas al acceso de hemodiálisis en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 15(1), 97-107. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1426>
- Huaman- Carhuas, L. y Gutiérrez-Crespo, H. (2021). Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería nefrológica*, 24(1), 68-76. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842021007>
- Ibeas J., Ramon T., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí, A., Del Pozo, J., Grussh, E., Ramírez, M., Fontseré, N., Arenas, M., Merino, J., García, J., Caro, P., López, C., Giménez, A., Fernández, M., Valdés, P., Fernández, F., De la Fuente, N., Hernán, D., Arribas P., Sánchez de la Nieta, M., Martínez, M. y Barba, A. (2018). Guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis. *Sociedad española de enfermería nefrológica*, 21(1). 4-152.
https://www.seden.org/files/documents/Elementos_1301_guia-seden-linkada18-09-34.pdf

- Julca, V. (2016). *Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica. Hospital Militar Central, Lima, año 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/5359>
- Landeau, R. (10 de marzo 2023). *Elaboración de trabajos de investigación*. Instituto de Investigaciones jurídicas Rambell. <https://institutorambell.blogspot.com/2023/03/elaboracion-de-trabajos-de-investigacion.html>
- Lee Lee, M.-C., Wu, S.-F. V., Lu, K.-C., Liu, C.-Y., Liang, S.-Y. y Chuang, Y.-H. (2021). Effectiveness of a self-management program in enhancing quality of life, self-care, and self-efficacy in patients with hemodialysis: A quasi-experimental design. *Seminars in Dialysis*, 34(4), 292–299. <https://doi.org/10.1111/sdi.12957>
- León, V. (2023). *Conocimiento y práctica de autocuidado en pacientes con fistula arteriovenosa del Servicio de Hemodiálisis*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio digital UNITRU. <https://hdl.handle.net/20.500.14414/17601>
- Lerma - García, D. y Arnau - Barragán, M. (2000). Los cuidados de la piel en los pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 3(4), 6-11. https://www.revistaseden.org/files/art109_1.pdf
- Lorenzo-Sellarés, V. y López-Gómez, J. (18 de agosto del 2021). Principios Físicos en Hemodiálisis. Elsevier. <https://static.elsevier.es/nefro/monografias/pdfs/nefrologia-dia-188.pdf>
- Lucero, S. (2023). *Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes hemodiálisis en Nefro Centro, San Pedro Huaraz*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio digital UNITRU. <https://hdl.handle.net/20.500.14414/19861>
- Martínez, J. M. T. (2021). Modelo de creencias de salud en personas sanas o enfermas: una revisión sistematizada. *Revista mexicana de enfermería cardiologica*, 29(1), 24–33.

<http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/191>

- Marroquín, K. (2023). *Causa más frecuente de urgencia dialítica y factor que la precipita en pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a urgencias del Hospital General de Zona 50 en San Luis Potosí*. [Trabajo académico para obtención de la especialidad, Universidad Autónoma De San Luis Potosí]. Repositorio Institucional de la UASLP. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/8228/Tesis.E.FM.2023.Causa.Marroquin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Medina, M., Rojas, R., Bustamante, R. y Loaiza, R., Martel, C. y Castillo, R. (2023). *Metodología de la Investigación - Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.080>
- Méndez Barbecho, N., Rodríguez Campo, V., Orellana Yáñez, A. y Valenzuela Suazo, S. (2020). Intervención de enfermería en la promoción de salud de las personas en hemodiálisis, una mirada desde la disciplina: Revisión integrativa. *Enfermería Cuidados Humanizados*, 9(1), 52–62. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2166>
- Meneses, J. (2016). *El cuestionario*. Universitat Oberta de Catalunya. <https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario>
- Merino Soto, C. y Charter, R. (2010). Modificación Horst al Coeficiente KR - 20 por Dispersión de la Dificultad de los Ítems. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 274-278. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641008>
- Ministerio de Salud (28 de agosto del 2023). *Homologación del servicio de hemodiálisis optimiza la atención de los pacientes con insuficiencia renal*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/825110-homologacion-del-servicio-de-hemodialisis-optimiza-la-atencion-de-pacientes-con-insuficiencia-renal>

Ministerio de Salud (02 abril del 2024). *Enfermedad Renal Crónica Terminal*.

<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/enfermedad-renal-cronica-terminal/>

Ministerio de Salud (29 de agosto del 2024). *¿Qué son las enfermedades no transmisibles?*.

<https://www.gob.pe/23384-que-son-las-enfermedades-no-transmisibles>

Moltó, C. (2013). *Adhesión a la restricción de líquidos en pacientes renales tratados con hemodiálisis*. [Tesis de doctorado, Universidad de Miguel Hernández]. Repositorio digital UMH.

<https://dspace.umh.es/bitstream/11000/1480/7/Tesis%20Carmelo%20Iborra%20Molt%C3%B3.pdf>

Naranjo-Hernández, Y., Concepción-Pacheco, J. y Rodríguez-Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.

National de Institutes of Health (noviembre del 2021). *Alteración del metabolismo mineral óseo en la enfermedad renal crónica*.

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/alteracion-metabolismo-mineral-oseo>

National Kidney Foundation (20 de agosto del 2024). *La hemodiálisis y la dieta*.

<https://www.kidney.org/kidney-topics/hemodialysis-and-your-diet>

Levin, A., Ahmed, S., Carrero, J., Foster, B., Francis, A., Hall, R., Herrington, W., Hill, G., Inker, L., Kazancioğlu, R., Lamb, E., Li, P., Madero, M., McIntyre, N., Morrow, K.,

- Roberts, G., Sabanayagam, D., Schaeffner, E., Shlipak, M., ... Stevens, P. (2024). Guías kdigo 2024 para la evaluación y manejo de la enfermedad renal crónica. Resumen ejecutivo. *Nefrología al día*, 105(4), 684-701.
<https://static.elsevier.es/nad/kdigo2024.pdf>
- Obrador, G., Álvarez-Estévez, G., Bellorín, E., Bonanno-Hidalgo, C., Clavero, R., Correa-Rotter, R., Daza-Arnedo, R., Dina-Batlle, E., Morales, L., Orozco R., Ortiz, F., Rosa-Díez, G., Sánchez-Polo, V., Sola, Laura, Vázquez, Lourdes, Villavicencio y Rico-Fontalvo, J. (2024). Consenso Latinoamericano 2024. *Revista de Nefrología Latinoamericana*, 21(2), 3-4.
https://www.nefrologialatinoamericana.com/portadas/nefro_24_21_supl-2.pdf
- Ocaña-Quero, A., Prados-Bravo, M., Ramírez-Estévez N., Díaz-Gómez D., Suárez-López R. y Alcántara-Crespo M. (2023). Nivel de conocimientos y capacidad para el autocuidado en personas en tratamiento con hemodiálisis y su relación con la calidad de vida. *Enfermería Nefrológica*, 26(4), 366-370.
<https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4633/1659>
- Organización Mundial de la Salud (1 de mayo del 2024). *Autocuidado para la salud y el bienestar*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being#:~:text=La%20OMS%20define%20el%20autocuidado,de%20la%20salud%20o%20asistencial>.
- Organización Panamericana de la Salud. [PAHO]. (25 de abril del 2024). *Diabetes y enfermedad renal: un llamado a la acción*. [Video]. YouTube. https://youtu.be/8k_u9XqoHEs
- Peralta Gomez, R., Sucasaca Mamani, B., y Astuñague Gonzales, K. (2024). Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores hemodializados. *Revista cubana de enfermería*,

2024(40). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192024000100007&script=sci_arttext

Pereira-Feijoo, C. Queija-Martinez, L. Blanco-Perez, A. Rivera-Egusquiza, I. Martínez-Maestro, V. y Prada- Monterrubio, Z. (2015). Valoración del estado nutricional y consumo alimentario de los pacientes en terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 103-111.

<http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original4.pdf>

Pertuz-Pinzón, A., Ismael-García, C., Muñoz-Gómez, C., Rico-Fontalvo, J., Daza-Arnedo, R., Pájaro-Galvis, N., Coronado-Daza, J., Pérez-Calvo, C., Uparella-Gulfo, I., Vergara Serpa, O. y Pestana-Miranda, A. (2021). Anemia en Enfermedad Renal Crónica. *Archivos de Medicina*, 17(2), 2-8. <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/anemia-en-enfermedad-renal-cronica.pdf>

Centro Nacional de Salud Renal. (2024). *Informe del registro nacional de diálisis de EsSalud-RENDES - 2022*. https://www.essalud.gob.pe/doc-gob/informe_del_registro_nacional_de_dialisis_de_essalud_Rendes_2022.pdf

Pinargote, R. y Galarza, M. (2023). *Déficit de autocuidado y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica según teoría de Dorothea E Orem*. [Tesis de maestría, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. Repositorio digital UNESUN. <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/5051>

Rubiella-Rubio, C., Rojas-Serna, E. y Morante-Herrera, P. (2024). Educación a la persona con enfermedad renal: dieta, medicación e higiene. Procedimientos y Protocolos con Competencias Específicas para Enfermería Nefrológica. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 2(4), 241-243. <https://www.enfermerianefrologica.com/procedimientos/article/view/2.4> ISSN: 3020-4542

- Saldanha-Xavier, B., Dos-Santos, I. y Costa-e Silva, F. (2017). Promovendo autocuidado em clientes em hemodiálise Aplicação do diagrama de Nola Pender. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 9(2), 545–550.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5909486>
- Sánchez, S. (2023). *Ejercicio físico en pacientes con insuficiencia renal crónica*. [Trabajo académico de la segunda especialidad, Universidad de Ciencias Médicas Holguín]. Repositorio institucional USMH.
<https://tesis.hlg.sld.cu/downloads/3568/TESIS%20COMPLETA%20SARAY.pdf>
- Sánchez-Tocino, M., Miranda-Serrano, B., López-González, A., Villoria-González, S., Pereira-García, M., Gracia-Iguacel, C., González-Ibarguren, I., Ortiz-Arduan, A., Mas-Fontao, S. y González-Parra, E. (2022). Sarcopenia and Mortality in Older Hemodialysis Patients. *Nutrients*. 14(11), 2354. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9182960/>
- Sosa-Barrios, R., Burguera-Vion, V. y Gomis-Couto, A. (13 de diciembre del 2023). *Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres*. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-accesos-vasculares-percutaneos-cateteres-326>
- Sociedad española de enfermería nefrológica. (2019). *Manual del acceso vascular para personas con enfermedad renal*.
https://www.seden.org/files/documents/Manual_Vascular_ES_Def_601a.pdf
- Stevenson, K., Hannah, E., Lowder, C., Adcox, M., Davidson, R., Mallea, M., Narasimhan, N. y Wagnild, J. (2022). Epidemiología de las infecciones del acceso vascular para hemodiálisis a partir de datos de vigilancia longitudinal de infecciones: predicción del impacto de las directrices de práctica clínica NKF-DOQI para el acceso vascular. *Revista estadounidense de enfermedades renales*, 39(3), 549-55.
[https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(02\)16374-8/abstract](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(02)16374-8/abstract)

- Sułkowski, L., Matyja, A. y Matyja, M. (2024). Apoyo social y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: un estudio comparativo con controles sanos. *Medicina*, 60(11), 1-2. <https://doi.org/10.3390/medicina60111732>
- Tejeda, I., y Ccosi, V. (2022). *Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis en una Clínica Privada de Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad Interamericana para el Desarrollo]. Repositorio ALICIA. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNID_779cf4039226755d9646e1398c5d5a7d/Description#tabnav
- Treviño, A. (2022). Insuficiencia Renal Crónica. En B. Cano (Ed.), *Reconstrucción del sistema nacional de salud de México*. (pp. 45- 66). Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/15/7441/5.pdf>
- Tsai et al. (2022). Frailty, health literacy, and self-care in patients with chronic kidney disease in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5350. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095350>
- Tsai, Y.-C., Hsiao, P.-N., Kuo, M.-C., Wang, S.-L., Chen, T.-H., Kung, L.-F., Hsiao, S.-M., Lin, M.-Y., Hwang, S.-J., Chen, H.-C. y Chiu, Y.-W. (2021). Mobile health, disease knowledge, and self-care behavior in chronic kidney disease: A prospective cohort study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), 845. <https://doi.org/10.3390/jpm11090845>
- Vásquez, G. (2024). *Conocimientos y su relación con prácticas de autocuidado de pacientes en hemodiálisis atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, 2023*. [Trabajo académico de la segunda especialidad, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de UPAO. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/22531>
- Vicente, C. (2024). *Impacto de la educación para la salud en la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica: revisión sistemática según las directrices*

- PRISMA*. [Trabajo académico de pregrado, Universidad de Salamanca]. Repositorio documental GREDOS. <http://hdl.handle.net/10366/158213>
- Villasana-Arreguín, L., Hernández-García, P. y Ramírez -Flores, E. (2021). La gestión del conocimiento, pasado, presente y futuro. Una revisión de la literatura. *Trascender, contabilidad y gestión*, 6(18), 53-78. <https://doi.org/10.36791/tcg.v0i18.128>
- Wu, S.-F. V., Wang, T.-J., Liang, S.-Y., Lin, L.-J., Lu, Y.-Y. y Lee, M.-C. (2022). Differences in self-care knowledge, self-efficacy, psychological distress and self-management between patients with early- and end-stage chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15–16), 2287–2295. <https://doi.org/10.1111/jocn.16046>
- Yu, P.-S., Tsai, Y.-C., Chiu, Y.-W., Hsiao, P.-N., Lin, M.-Y., Chen, T.-H., Wang, S.-L., Kung, L.-F., Hsiao, S.-M., Hwang, S.-J. y Kuo, M.-C. (2021). The relationship between subtypes of health literacy and self-care behavior in chronic kidney disease. *Journal of Personalized Medicine*, 11(6), 447. <https://doi.org/10.3390/jpm11060447>
- Zamora, A. (2023). *Conocimiento y práctica de autocuidado de pacientes que asisten a una unidad de hemodiálisis Cajamarca*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio de la UNT. <https://hdl.handle.net/20.500.14414/18622>

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia “RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA PRACTICA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE LA CLÍNICA RENAL PLUS, LIMA, 2025

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema General ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025? Problemas Específicos ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025?	Objetivo general Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025 Objetivos específicos Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025 Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025 Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025 Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025 Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025	Hipótesis general Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025 Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025 Hipótesis específicas HiE1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en alimentación y control de líquidos en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. HiE2: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en higiene personal y cuidado de la piel en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. HiE3: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. HiE4: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en descanso, sueño y recreación en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima. HiE5: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en las relaciones interpersonales en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima.	V1. Nivel de conocimiento sobre la ERCT V2. Práctica de autocuidado	Enfoque de la investigación: Cuantitativo Método: Hipotético - deductivo Nivel o alcance: Correlacional Tipo: Básico Diseño: No experimental Corte: Transversal Población: Fue de 120 pacientes en hemodiálisis, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Muestra: Estuvo formada por 99 pacientes en HD Muestreo: Probabilístico de Tipo aleatorio simple

Anexo B: Operacionalización de variable: V1. Nivel de conocimiento sobre la ERCT en pacientes en hemodiálisis

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
V1. Nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica terminal	Es el conjunto de información almacenada por el paciente en estadio 5 de la enfermedad renal crónica sobre su enfermedad y el manejo de su condición actual, llevando tratamiento de hemodiálisis, las mismas que le permitirán tomar decisiones informadas, adherirse al tratamiento y realizar cambios en su estilo de vida que contribuyan a ralentizar la progresión de su patología y mejorar su calidad de vida (Jocelyne y Peralta, 2021).	Conjunto de información teórica que posee el paciente en hemodiálisis acerca de la enfermedad renal crónica terminal: conceptos generales, tratamiento, alimentación, control de líquidos, acceso vascular, manejo de urgencia dialítica y los cuidados que le permitan mantener y mejorar su calidad de vida. Para medir esta variable 1, se usó el cuestionario compuesto de 26 preguntas cerradas de opción múltiple y respuesta única, con 6 dimensiones y el resultado fue categorizado como bueno, regular y deficiente.	Conceptos generales	Función del riñón Definición de ERC Tipos de tratamiento de la ERCT Definición de hemodiálisis	1 2 3 4	Ordinal	Bueno 18 - 26 Regular 9 - 17 Deficiente 0 - 8
			Alimentación y control de líquidos	Alimento que debe evitar consumir por su contenido de fósforo Alimentos que debe evitar consumir por su contenido de potasio Importancia de dializar los alimentos Importancia del peso interdialítico Cantidad recomendable del peso interdialítico Cantidad de líquidos a ingerir	5 6 7 8 9 10		
			Acceso vascular, adherencia al tratamiento y manejo de urgencias dialíticas	Tipo de acceso vascular Conocimiento sobre el cuidado de la FAVI Conocimientos sobre el cuidado del CVC Definición de EPO Adherencia a los medicamentos para ERCT Riesgo de consumir potasio en exceso Urgencias en hemodiálisis	11 12 13 14 15 16 17		
			Higiene y cuidado de la piel	Importancia de la higiene diaria Importancia de mantener uñas cortas y limpias Importancia de proteger e hidratar la piel	18 19 20		
			Actividad física y descanso	Conoce si puede realizar actividad física Importancia de realizar actividad física Importancia de descanso /sueño	21 22 23		
			Interacción social	Importancia de mantener redes de apoyo Comunicación efectiva Gestión de problemas	24 25 26		

Anexo C: Operacionalización de variable: V2. Práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
V2. Práctica de autocuidado	Son las acciones y comportamientos que los pacientes implementan de manera autónoma para manejar su condición de salud, prevenir complicaciones y mantener o mejorar su calidad de vida. Estas prácticas abarcan una variedad de actividades que incluyen el cumplimiento de tratamientos médicos, la adopción de hábitos saludables, la monitorización de síntomas y la gestión de aspectos emocionales y sociales relacionados con la enfermedad (García-Macías et al., 2021).	Son una serie de acciones que incluye el paciente con enfermedad renal crónica en estadio final en su vida diaria, para mantener su salud, adherirse al tratamiento y prevenir complicaciones. Para la medición de la V2 se usó el cuestionario elaborado por Minchón en 1998, modificado por Cabrera en el 2013 y últimamente adecuado y validado en el Perú por Briceño & Chinchay (2021), compuesto de 27 preguntas, divididas en 5 dimensiones, y el resultado fue categorizado como bueno, regular y deficiente.	Alimentación y Control de Líquidos	Selección de alimentos Monitorización de la ingesta de líquidos Controla su apetito Controla su peso Ingiere alimentos a horarios establecidos	1,2 3 4 5 6	Ordinal	Bueno 38 - 54 puntos Regular 19 - 37 puntos Deficiente 0 - 18 puntos
			Higiene y Cuidado de la Piel	Cuida su higiene personal Cuidados para proteger la piel Hidratación de la piel	8,9,10,12 7 11		
			Tratamiento y Cuidado del Acceso Vascular	Adherencia al tratamiento HD Cuidado del sitio del acceso vascular Adherencia al tratamiento medicamentoso	13 14, 15, 19 16, 17, 18		
			Descanso, Sueño y Recreación	Rutinas de sueño Actividades de recreación para autogestionar la ansiedad y el estrés	20 21 22, 23		
			Relaciones Interpersonales	Mantiene relaciones adecuadas con su familia Crea redes de apoyo con su entorno social	24,25 26, 27		

Anexo D: Instrumento de recolección de datos V1

Instrumento para evaluar el Nivel De Conocimiento sobre La Enfermedad Renal Crónica Terminal en Pacientes en Hemodiálisis

(Elaborado por: Loaiza Alfaro, Rosa Angela, 2025)

FECHA:

PRESENTACION

Señor(a), reciba mi cordial saludo, mi nombre es Rosa Angela Loaiza Alfaro, el presente cuestionario tiene por finalidad medir el nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica terminal en pacientes en HD, por ello agradezco de antemano su participación.

INSTRUCCIONES

Lea cada pregunta y marque con una (X) solo 1 respuesta que considere correcta, siendo lo más sincero posible y completando todas estas

I. DATOS GENERALES:

1. **Sexo:** a. Femenino ☐ b. Masculino ☐
2. **Edad:** a. De 20 – 30 años ☐ b. De 31 – 40 años ☐ c. De 41 – 50 años ☐
d. De 51 – 60 años ☐ e. Más de 60 años ☐
3. **Grado de instrucción:** a. Primaria ☐ b. Secundaria ☐ c. Técnico superior ☐
d. Superior ☐
4. **Tiempo en Hemodiálisis:** a. De 6 meses a 1 año ☐ b. De 1 a 2 años ☐
c. De 3 a 5 años ☐ d. De 5 a 10 años ☐ e. Más de 10 años ☐
5. **Tipo de acceso vascular:** a. Fistula arteriovenosa ☐
b. Catéter venoso central de larga permanencia ☐ c. Catéter venoso central temporal ☐

II. CONTENIDO

Conceptos generales

1. ¿Cuáles son las funciones del riñón?

- a. Eliminar heces y orina de nuestro organismo
- b. Absorber y almacenar los nutrientes de los alimentos
- c. Eliminar toxinas y líquidos por medio de la orina
- d. Desconozco

2. ¿Qué es la Enfermedad Renal Crónica?

- a. Es cuando los riñones dejan de funcionar, pero se pueden curar
- b. Es cuando los riñones dejan de funcionar y se necesita un tratamiento que remplace su función
- c. Es orinar solo por las noches
- d. Desconozco

3. ¿Cuáles son los tratamientos para la enfermedad renal crónica?

- a. Hemodiálisis y dieta
- b. Hemodiálisis y diálisis peritoneal
- c. Diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal
- d. Desconozco

4. ¿Qué es la hemodiálisis?

- a. Es un tratamiento que cura la sangre en pocas sesiones
- b. Es un tratamiento que reemplaza la función del riñón
- c. Es un tratamiento que se realiza en nuestro abdomen
- d. Desconozco

Alimentación y control de líquidos**5. ¿Qué alimentos debe evitar consumir por su alto contenido de fósforo?**

- a. Pepino, piña y lechuga
- b. Yogurt, frutos secos, alimentos y bebidas envasadas
- c. Cebolla, guayaba y berenjena
- d. Desconozco

6. ¿Qué alimentos debe evitar consumir por su alto contenido de potasio?

- a. Lechuga, mandarina y arándanos
- b. Sandía, manzana y pera
- c. Kiwi, naranja, palta y frutos secos
- d. Desconozco

7. ¿Por qué debe poner en remojo alimentos como verduras y menestras?

- a. Para disminuir el contenido de potasio de los alimentos
- b. Para eliminar el agua de los alimentos
- c. Para eliminar todo el contenido de potasio de los alimentos
- d. Desconozco

8. ¿Sabe por qué lo pesan siempre antes de ingresar a su sesión de hemodiálisis?

- a. Para saber si estoy desnutrido
- b. Para saber si debo ponerme a dieta
- c. Para saber la cantidad de peso que aumente desde la diálisis anterior y puedan programar mi tratamiento
- d. Desconozco

9. ¿Cuántos kilos de peso debería traer idealmente entre una diálisis y otra diálisis?

- a. Menos de 1 Kg.
- b. De 1.5 a 2.5 Kg.
- c. 2.5 a 3 Kg.
- d. Desconozco

10. ¿Qué cantidad de líquidos puede tomar diariamente?

- a. 500 ml + la cantidad que orine en 24 horas
- b. No puedo tomar nada de líquidos
- c. 700 ml + la cantidad que orine en 24 horas
- d. Desconozco

Acceso vascular, tratamiento y manejo de urgencias**11. ¿Qué tipos de acceso vascular conoce?**

- a. Vía endovenosa y fistula arteriovenosa
- b. Vía subcutánea y catéter venoso central
- c. Fistula Arteriovenosa, Catéter venoso central y el injerto
- d. Desconozco

12. ¿Qué cuidados debe tener con la fístula arteriovenosa?

- a. No alzar peso, no tocar la fístula y mantener una buena higiene
- b. No pueden tomarme la presión arterial, ni sacarme sangre del brazo portador de la fístula, no llevar ropa apretada y mantener una buena higiene
- c. No avisar cualquier cambio que presente la fístula y mantener una buena higiene
- d. Desconozco

13. ¿Qué cuidados debe tener con el catéter venoso central para hemodiálisis?

- a. No alzar peso con el brazo portador del catéter y dormir sobre este
- b. Ducharme con precaución para mantener el catéter seco y protegido, y comunicar si la zona está caliente y adolorida
- c. Utilizarlo para administrar otros tratamientos
- d. Desconozco

14. ¿Qué es la Eritropoyetina?

- a. Es una sustancia que está en los alimentos
- b. Es un tipo de hierro para la anemia
- c. Es un medicamento que ayuda a mi cuerpo a formar glóbulos rojos
- d. Desconozco

15. ¿Qué le pasaría si no cumple con la medicación indicada por el doctor?

- a. No me pasaría nada
- b. Mi estado de salud empeoraría
- c. Me sentiría mejor en mi casa
- d. Desconozco

16. ¿Por qué es peligroso que consuma alimentos que contienen mucho potasio?

- a. Porque me baja la presión arterial
- b. Porque me causa congestión nasal y dolor de garganta
- c. Porque podría causarme un paro cardíaco y la muerte
- d. Desconozco

17. ¿Por qué motivos relacionados con su enfermedad debería acudir a emergencias?

- a. Hinchazón de las piernas y sangrado leve
- b. Sangrado abundante de la fístula, dificultad para respirar e hinchazón de la cara y el cuerpo
- c. Dolor de oído y dolor de garganta
- d. Desconozco

Higiene y cuidado de la piel**18. ¿Por qué debe realizar su higiene y cambiarse de ropa diariamente?**

- a. Porque así evito mantener limpio mi catéter o fístula
- b. Porque así me durara menos mi fístula o catéter
- c. Porque así evito que se infecte mi fístula o catéter
- d. Desconozco

19. ¿Por qué debe mantener las uñas cortas y evitar rascarse la piel?

- a. Para dañar mi piel e infectarla
- b. Para evitar que me regañen los enfermeros
- c. Para no dañar mi piel ni infectarla
- d. Desconozco

20. ¿Por qué debe usar protector solar e hidratar su piel un poco más?

- a. Porque está haciendo mucho frío
- b. Porque mi enfermedad hace que mi piel se adelgace y reseque
- c. Porque está haciendo mucho calor y sudo un montón
- d. Desconozco

Actividad física y descanso**21. ¿Sabe si puede realizar actividad física y ejercicios siendo paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis?**

- a. No, no debo realizar actividades físicas ni ejercicios
- b. Sí, debo realizar actividad física y ejercicios de mucho esfuerzo físico
- c. Sí, debo realizar actividad física y ejercicios adecuados a mi estado de salud
- d. Desconozco

22. ¿Por qué es importante realizar actividad física a pesar de estar en tratamiento de hemodiálisis?

- a. Porque mejora la función de mi riñón
- b. Porque fortalece los músculos y mejora la circulación
- c. Porque ayuda a verme más delgado
- d. Desconozco

23. ¿Por qué es importante conservar sus horas de sueño y descanso?

- a. Porque recupero fuerzas y mejora mi estado de ánimo
- b. Porque me dicen que tiene que ser así
- c. Porque me gusta dormir y empeora mi estado de ánimo
- d. Desconozco

Interacción social**24. ¿Por qué es importante llevar una buena relación con su familia?**

- a. Porque no me queda de otra sino no como
- b. Porque ellos son mi apoyo cuando me siento cansado de esta enfermedad
- c. Porque las enfermeras dicen que debe ser así
- d. Desconozco

25. ¿Qué hace cuándo se siente triste o desmotivado por algún motivo?

- a. Prefiero dormir y no decir nada
- b. Prefiero no decir nada
- c. Converso con mi familia o amigos
- d. No sé qué hacer

26. ¿Qué hace cuando le preocupa algo respecto a su salud?

- a. Me estreso y no puedo dormir
- b. Algunas veces me quedo callado y otras pregunto
- c. Pregunto al personal de la clínica
- d. No sé qué hacer

Anexo E. Instrumento de recolección de datos V1

Instrumento Para Evaluar La Práctica De Autocuidado En Pacientes En Hemodiálisis

(Elaborado por: Minchón en 1998, adecuado y validado por Briceño y Chinchay en el 2021)

Instrucciones. Lea cada uno de los ítems y marque (X) la alternativa que considere conveniente según sus prácticas diarias, agradecemos su sinceridad en cada respuesta y no dejar respuesta en blanco.

Nº	Ítems	Nunca	A veces	Siempre
Alimentación y control de líquidos				
1	Ingiera alimentos con aporte de sal según indicación médica.			
2	Ingiera con frecuencia alimentos cítricos.			
3	Ingiera en gran cantidad líquidos.			
4	Ingiera alimentos en gran cantidad porque le tiene demasiada hambre.			
5	Realiza su control de peso diariamente.			
6	Ingiera sus alimentos en los horarios establecidos.			
Higiene personal y cuidado de la piel				
7	Se expone al sol sin emplear protector solar.			
8	Se cepilla los dientes después de cada alimento.			
9	Mantiene las uñas cortas.			
10	Usa jabón personal.			
11	Utiliza cremas hidratantes, humectantes.			
12	Tu aseo personal es parcial.			
Tratamiento y cuidados del acceso vascular				
13	Recurre a sus diálisis según lo programado.			
14	Cumple con su higiene de su FAV mediante la utilización de agua y jabones neutros.			
15	Trata de no hacer esfuerzo con su brazo que está con el CVC o FAV.			
16	Se informa sobre la enfermedad que tiene.			
17	Asiste a su control médico de forma periódica.			
18	Cumple con las indicaciones brindadas por su médico.			
19	Mediante la palpación y observación, valora su acceso vascular.			
Descanso, sueño y recreación				
20	Realiza caminatas, fiestas y paseos en familia.			
21	Cumple con sus horarios de descanso y sueño.			
22	Piensa constantemente en su enfermedad.			

23	Cuando se encuentra estresado realiza actividades para relajarse.			
Relaciones interpersonales				
24	Las relaciones con los integrantes de su familia son buenas y positivas.			
25	Siente que rápidamente se estresa en ciertas situaciones.			
26	La relación con el personal de la clínica es buena.			
27	La relación con el personal por el hemodiálisis es buena.			

Fuente: Briceño, C., & Chinchay, G. (2021). Autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica en la Clínica Igsa Medical Services-2020 [Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/71970>

Anexo F. Categorización de las variables según Baremos V1

Categorías de respuesta Dimensiones	Deficiente	Regular	Bueno
Nivel de conocimiento sobre la ERCT	0 - 8	9 - 17	18 - 26
Dimensión: Conceptos generales	0 - 1	2 - 3	4
Dimensión: Alimentación y control de líquidos	0 - 2	3 - 5	6
Dimensión: Acceso vascular, adherencia al tratamiento y manejo de urgencias dialíticas	0 - 2	3 - 5	6 - 7
Dimensión: Higiene y cuidado de la piel	0 - 1	2	3
Dimensión: Actividad física y descanso	0-1	2	3
Dimensión: Interacción social	0-1	2	3

Anexo G. Categorización de las variables según Baremos V2

Categorías de respuesta Dimensiones	Deficiente	Regular	Bueno
Práctica de autocuidado	0 - 18	19 - 37	38 - 54
Dimensión: Alimentación y control de líquidos	0 - 4	5 - 9	10- 12
Dimensión: Higiene personal y cuidado de la piel	0 - 4	5 - 8	10 - 12
Dimensión: Tratamiento y cuidados del acceso vascular	0 - 4	5-9	10 -14
Dimensión: Descanso, sueño y recreación	0 - 2	3 - 5	6 - 8
Dimensión: Relaciones interpersonales	0 - 2	3 - 5	6 - 8

Anexo H: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento tiene información importante para que Ud. Decida participar o retirarse del presente estudio de investigación: “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025”, para esto importante que usted se tome el tiempo de leer con atención y si tuviera alguna duda, consulte al investigador.

Nombre de la investigadora: Loaiza Alfaro, Rosa Angela

Título del estudio: Relación nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025

Propósito del estudio: Tiene como propósito es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes en hemodiálisis de la Clínica Renal Plus, Lima, 2025

Participantes: Pacientes en tratamiento de Hemodiálisis

Participación: Voluntaria

Procedimiento: Su participación involucra leer 2 cuestionarios y marcar solo una la respuesta por pregunta, respondiendo cada una, pudiendo demorar de entre 20 a 30 minutos

Riesgos: No existirán riesgos porque la encuesta será anónima.

Beneficios: Usted tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal)

Costos e incentivos por su participación: Usted no deberá pagar nada por la participación, de igual modo, no recibirá ningún incentivo económico, ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Los datos obtenidos para su participación en el estudio, serán almacenados y utilizados solo para fines educativos, los datos del archivo no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del participante:

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio, sin perjuicio alguno por parte del investigador u otros.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información brindada, teniendo la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente y no he sido presionado para la participación en el estudio, por ello que acepto participar voluntariamente del estudio de investigación. Sabiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Procedo a firmar.

Firma del participante

Fecha:.....

Investigadora: Loaiza Alfaro, Rosa

DNI: