



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**RELACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y CONOCIMIENTO
DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
HEMODIÁLISIS.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO.**

P R E S E N T A

L.E. RICARDO VEGA SOLANO

DIRECTORA DE TESINA

MTRA. ALMA ROSA MORALES PÉREZ

Cuernavaca, Mor. Agosto 2019

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Eduardo Vega Mondragón y Elvira Solano Cruz, por su amor incondicional.

A MIS HERMANOS:

Adilene Vega Solano y Eduardo Vega Solano por su apoyo.

A MIS MAESTROS ASESORES:

Por su dedicación y paciencia en el logro de esta meta.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

Por propiciar la oportunidad y el espacio para la superación y desarrollo profesional de los enfermeros.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
CAPITULO I. GENERALIDADES.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	5
Objetivo general:.....	6
Objetivos específicos:.....	6
Antecedentes.....	7
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	9
1.0 Dorotea Orem (Teoría del déficit de autocuidado).....	9
1.01 <i>Autocuidado</i>	10
1.02 <i>Cuidado dependiente</i>	10
FISIOPATOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL.....	12
1.1 Anatomía y fisiología renal.....	12
1.2 Aparato yuxttaglomerular.....	13
1.3 Función del riñón.....	14
1.4 Producción hormonal.....	14
2.0 Enfermedad renal crónica.....	15
3.0 Hemodiálisis en pacientes renales.....	16
4.0 Nutrición en pacientes renales.....	18
4.1 Complicaciones en Hemodiálisis.....	19
4.2 Calidad de vida.....	20
4.3 Enfermería nefrológica.....	21
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD.....	25
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	26
Discusión.....	37
Conclusión.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	42

RESUMEN

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud en la actualidad, tanto por su elevada prevalencia, como su importante morbilidad cardiovascular. La prevalencia de la ERC ha aumentado de forma progresiva en los últimos años debido principalmente a la optimización de las técnicas depurativas que permiten permanecer más tiempo en la técnica, al envejecimiento de la población y a la alta tasa de enfermedades cardiovasculares, como la diabetes mellitus y a la hipertensión arterial, la alta demanda de pacientes con enfermedad renal, ha saturado los servicios como la hemodiálisis, las áreas nefrológicas exigen contar con talento humano suficientes y preparados para brindar atención profesional y de calidad. La falta de apego al tratamiento aumenta los riesgos de infecciones y mortandad en este tipo de paciente, esto suele deberse a la falta de conocimientos o falsas creencias con respecto a la hemodiálisis y por consecuencia afecta su nivel de calidad de vida. El objetivo de este estudio es relacionar la calidad de vida y el nivel de conocimientos del tratamiento en pacientes con hemodiálisis. El diseño del estudio es cuantitativo, transversal de alcance correlacional. Se aplicó la encuesta de valoración de conocimientos de pacientes en hemodiálisis de Sánchez et al, (2015) y un Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa) de Dra. Angelica Riveros Rosas (2009) en pacientes que reciben como terapia sustitucional renal hemodiálisis, en un Hospital de la zona centro de Cuernavaca Morelos, por conveniencia con un total de 35 pacientes. Los datos se capturaron en el programa Excel y se analizaron en el software SPSS y Stata versión 14. Se encontró un nivel medio de conocimientos, en cuanto al inventario de calidad de vida, se vieron afectadas diversas áreas, se encontró una correlación negativa de los conocimientos con la calidad de vida. En conclusión, es importante desarrollar programas que faciliten la educación para la salud y evaluar periódicamente para así ayudar a tener una mejor su calidad de vida.

Palabras clave: **Hemodiálisis, nivel de conocimientos, Insuficiencia renal crónica, calidad de vida.**

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública a nivel mundial, el incremento de casos en países desarrollados y subdesarrollados origina la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y trasplante renal. En México la ERC es una enfermedad que genera altos costos, esto nos obliga al personal de enfermería como profesionales de salud a fomentar el autocuidado; por otra parte, la evolución favorable del tratamiento de hemodiálisis depende de la participación activa del paciente y el manejo del cumplimiento en el manejo indicado y adecuado del programa de hemodiálisis, lo cual debe estar fundamentado en un proceso individual y un tratamiento adecuado para lograr la máxima independencia del paciente. Cuando los pacientes ingresan a la unidad de hemodiálisis por primera vez, sin haberse dializado en otra unidad llegan en condiciones de total desconocimiento sobre los cuidados que deben tener al mantener un acceso vascular ya sea catéter o fistula arteriovenosa, alimentación, etc.

Dorotea Orem abordó la relación entre necesidades y habilidades del paciente para mantener las condiciones para el buen funcionamiento y desarrollo de la vida, es por ello que el compromiso profesional del personal de enfermería es proporcionar al usuario la orientación directa del autocuidado, lo que permitirá al paciente sentirse independiente, seguro y con la confianza de proporcionarse su propio cuidado y contribuir a prevenir complicaciones y mejorar así su calidad de vida. Para la realización de la hemodiálisis el paciente debe estar capacitado desde el punto de vista técnico y humano, por lo que es necesario conocer cuál es el nivel de conocimiento sobre el tratamiento de hemodiálisis y si tiene correlación con la calidad de vida de los pacientes en programa de hemodiálisis. El presente trabajo de investigación muestra los resultados de estudio de la relación entre la calidad de vida y el nivel de conocimientos del tratamiento en pacientes con hemodiálisis en un hospital de la zona centro de Cuernavaca, Morelos. Se encontraron datos importantes, identificando áreas de oportunidad de mejora, lo que permitiría estructurar un programa educativo y lograr abatir las deficiencias y que el paciente logre adquirir responsabilidad en su estado de salud.

CAPITULO I. GENERALIDADES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de relevancia nivel mundial, ya que “es un cuadro clínico cada vez más frecuente, que afecta a cerca del 10% de la población mundial” (Arroyo, 2016). Cada día hay más enfermos renales, gracias al incremento desmedido de diabetes mellitus, sobre todo tipo 2, de la hipertensión arterial y de la posibilidad de tener una mayor supervivencia, lo cual trae consigo complicaciones propias y tardías de las enfermedades crónico-degenerativas.

Las enfermedades crónico degenerativas actualmente están siendo las de mayor demanda en los sistemas de salud en México y a nivel mundial por causas que van de múltiples factores las cuales están afectando la calidad y esperanza de vida de las personas a las que lo padecen, una de las enfermedades que más se asocia es la diabetes mellitus, la cual se ha previsto que en México para el 2025 más del 18 por ciento de la población adulta se verá afectada por la Diabetes mellitus de tipo II, la hipertensión arterial sistémica y las cardiopatías, se sabe que la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial, son patologías muy relacionadas con la insuficiencia renal crónica (IRC) por lo que su incidencia está en aumento de manera significativa en México, los tratamientos de elección de sustitución renal, son la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante, estos son de los tratamientos sofisticados con los cuales se pretendía mejorar la supervivencia del paciente renal, en la actualidad se pretende brindar una mejor calidad de vida al paciente. (Antonio Mendez Duran, 2017)

En la actualidad la alta demanda de pacientes con enfermedad renal, ha saturado los servicios como la hemodiálisis, las áreas nefrológicas exigen contar con talento humano suficientes y preparados para brindar atención profesional y de calidad. Sus necesidades van en aumento y aunque estas formas de tratamiento permiten la prolongación de la vida, no están exentas de riesgo y dan paso a la aparición de otros problemas. El aumento de la esperanza de vida y la alta incidencia de patología cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca etc.) en la población general conlleva a un incremento de pacientes con patología renal avanzada incluidos en el programa de diálisis y hemodiálisis, por ello se requiere del

aprendizaje de los profesionales de enfermería y del paciente (Méndez y Rivera, 2017, pp. 8-9).

De acuerdo con el reporte anual de United States Renal Data System del 2015:

“La incidencia de ERT en todos los países es sustancialmente mayor en los hombres que en las mujeres; así como la prevalencia de ERT por millón de habitantes fue mayor en los individuos de 65 a 74 años en la mayoría de los países. El reporte señala además que en el mundo el centro de hemodiálisis sigue siendo el recurso más común de tratamiento para la ERT y constituye más del 80% de la provisión de diálisis en la mayoría de los países representados en el informe”. (Arroyo, 2016)

González, Martínez, Fernández, y López, (2015) señalan que

“El incremento de pacientes con enfermedad renal crónica que necesitan de terapias sustitutivas de la función renal es un hecho en nuestro entorno sanitario. La hemodiálisis es uno de los tratamientos sustitutivos de elección. Los pacientes presentan con frecuencia dudas y comportamientos que sugieren un déficit de conocimientos sobre la hemodiálisis y los aspectos que la rodean tales como el olvido de la medicación y el desconocimiento de las normas dietéticas entre otros. La falta de dichos conocimientos puede conllevar a la no adherencia del tratamiento lo que constituye un problema sanitario”.

Un estudio realizado por Costa, Gabrielle Moraris et al.,(2013) concluyó que las limitaciones físicas ocasionadas por la enfermedad, así como las condiciones ambientales en que viven, son los factores más agravantes para la calidad de vida de los pacientes con IRC detectadas por este estudio. Encontró que la cuestión salarial, la falta de empleo en este grupo genera conflictos. En los relatos se identificó una reducción en el nivel de vida por el hecho de gozar solamente de

beneficios/jubilación/pensión, siendo tal situación un factor importante en la alteración de la calidad de vida. Las condiciones ambientales también fue un dominio con media baja, demostrando que los pacientes con IRC en uso de hemodiálisis, sienten dificultades en adquirir nuevas habilidades, oportunidades de trabajo, recreación, ocio y tal vez hasta desplazarse de un lugar a otro. Concluyó que las limitaciones físicas ocasionadas por la enfermedad, así como las condiciones ambientales en que viven, son los factores más agravantes para la calidad de vida de los pacientes con IRC detectadas por este estudio.

La unidad de hemodiálisis del Hospital de la zona centro del Estado de Morelos, donde se realiza el tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis) para pacientes con enfermedad renal crónica, atiende 95 pacientes en promedio a la semana lo cual representa un alto número. Algunos pacientes están programados dos o tres veces por semana, el servicio cuenta con 6 enfermeros en el turno matutino y un médico general y en el turno vespertino cuenta con 5 enfermeros y un médico especialista en cardiología. Cuenta con 16 máquinas de Hemodiálisis las cuales son contratadas por licitación a nivel federal. La población que se atiende no cuenta con algún tipo de seguridad social, son pacientes de escasos recursos, carecen del conocimiento sobre su tratamiento, alimentación adecuada, y su padecimiento, lo cual conlleva al incorrecto apego al tratamiento y aumenta los riesgos de infecciones y mortandad en este tipo de paciente, esto suele deberse a la falta de conocimientos o falsas creencias con respecto al tratamiento de hemodiálisis.

Debido a todo este panorama se realiza la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el nivel de conocimientos del tratamiento en pacientes con hemodiálisis?

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) constituye un problema alarmante para la salud pública en México y en el mundo ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) uno de cada diez adultos en el mundo tiene algún grado de enfermedad renal crónica y según la Fundación Nacional del Riñón indica que la esperanza de vida depende del tratamiento renal sustitutivo, la calidad de vida y la adherencia terapéutica de los pacientes (Ochoa y Corona, 2015).

Para enfermería, el estudio de la calidad de vida del individuo es de gran interés, ya que permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento le permitiría realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando. El quehacer de enfermería debería centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos (Rodríguez Vidal, Castro Salas, & Merino Escobar, 2005).

Es por ello la importancia de fortalecer la capacitación, evaluación y educación continua de los pacientes renales, para mejorar su nivel de calidad de vida, esto permite a los servicios de salud a reducir la alta demanda en cuanto a gastos de insumos para el tratamiento de hemodiálisis.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Relacionar la calidad de vida y conocimiento del tratamiento en pacientes con hemodiálisis.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos del tratamiento en pacientes con hemodiálisis.
- Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con hemodiálisis.
- Análisis de la base de datos recolectados.

Antecedentes

Un estudio realizado por García Araque y Sancho Cantus, (2015) Valencia. España concluyeron que una deficiencia de autocuidados del paciente del centro de hemodiálisis Fresenius Sagunto sobre su AV como consecuencia de un déficit de conocimientos” no se cumple en la muestra de pacientes estudiados teniendo como resultados lo siguiente:

Las mujeres obtuvieron un 76,2% de conocimientos “altos o muy altos” frente al 47,2% de los hombres.

El nivel de conocimientos de autocuidado del acceso vascular de los pacientes fue alto en la mayoría de los casos. Los pacientes fueron predominantemente de sexo masculino, pertenecientes a la tercera edad, de estado civil casado, tenían un nivel de estudios básicos, tenían una fístula arteriovenosa como acceso vascular y disponían de bastante experiencia y tiempo de tratamiento.

Un estudio realizado por Rodríguez Vidal et al.,(2015) realizado en pacientes que acuden a tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de la Concepción, Chile, encontró que cada una de las dimensiones que componen la escala se pudo observar que la calidad de vida en esta población es regular a baja, ya que las medias aritméticas fueron las siguientes: Función Física (64,7), Rol Social (55,9) y Rol Emocional (52,5) obtuvieron las puntuaciones más altas, y las dimensiones Rol Físico (23,6), Vitalidad (38,2) y Salud Mental (38,1) obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Otro estudio realizado por (Alvarez-Ude, Vicente, & Badia, 1995). La muestra final del estudio estaba formada por 45 pacientes. 17 eran mujeres y 28 hombres con una edad media de 64 años (rango: 35-75). 38 llevaban en hemodiálisis una media de 45,6 meses (rango: 4-134) y 7 en diálisis peritoneal, una media de 39 meses (rango: 6-80). Sólo dos pacientes habían recibido un trasplante previo que en ambos casos había fallado en el primer mes tras el injerto, los datos sociodemográficos más significativos de la población estudiada son los siguientes: la mayoría eran casados (78 %); la mayoría se consideraron de clase media o media baja (58 %) o baja (31 %); un 51 % sólo sabía leer y escribir, y un 29 % había realizado estudios primarios; sólo un paciente trabaja por cuenta propia. Del presente estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1) El índice de comorbilidad y el nivel de hematocrito son las variables clínicas que mejor se correlacionan con la salud percibida; 2) los pacientes diabéticos perciben una peor salud que los no diabéticos; 3) la edad avanzada fue la única variable sociodemográfica que se asoció a una menor calidad de vida; diversos estudios han demostrado el efecto negativo de la edad sobre la morbimortalidad y la CVRS en los pacientes en diálisis.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

1.0 Dorotea Orem (Teoría del déficit de autocuidado)

La presente investigación se guía con los principios de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) creadora de la teoría del autocuidado, abordó la relación entre necesidades y habilidades del paciente para mantener las condiciones para el buen funcionamiento y desarrollo de la vida. Cuando una persona no cumple con las habilidades suficientes para satisfacer una demanda de autocuidado, es necesario que otra persona realice tal atención.

El autocuidado basado en la teoría de Dorothea Orem se define como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”, por medio de acciones humanas que favorezcan la conservación de la salud, del bienestar y el desarrollo de la reflexión humana; estas actividades de autocuidado conforman los fundamentos que permiten al individuo entender sus necesidades y limitaciones. Orem introduce que para el autocuidado son necesarios los factores condicionantes básicos que representan acciones humanas que cumplen con la conservación de la estructura y la actividad, fomentando la salud y bienestar del individuo. Para ello se requiere mantener el ingreso suficiente de aire, agua, alimentos así también el proceso de eliminación urinaria e intestinal, el equilibrio de actividades, descanso, comunicación social y prevención de peligros, encontrando así el autocuidado como la función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener un óptimo desarrollo y funcionamiento en beneficio de la salud.

Esta teoría es acorde a esta investigación, ya que la enfermedad renal afecta a todas las funciones, ocasionando problemas de salud como la anemia, la deficiencia de vitamina d y la deficiencia de fosfato, también se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y por consecuencia afecta su nivel de calidad de vida. Es un padecimiento en el que se necesitan cuidados precisos administrados por el propio paciente y lo cual es importante que el personal de enfermería brinde las herramientas necesarias para la que el paciente lleve un buen autocuidado como lo

dice la teoría de Orem, lograr que tenga los conocimientos necesarios sobre su tratamiento y así mejorar su nivel de calidad de vida.

Principales conceptos y definiciones la teoría del déficit es una teoría general compuesta por las siguientes cuatro teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado que describe por qué y él como las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría del cuidado dependiente que explica de qué modo los miembros de la familia y los amigos proporcionan cuidados dependientes para que una persona que es socialmente dependiente
3. La teoría del déficit que describe y Explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas
4. La teoría de sistemas enfermeros que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

1.01 Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisito para regulaciones personal y del desarrollo.

1.02 Cuidado dependiente

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad y factores relacionados, no pueden realizar el autocuidado necesario para mantener la vida o funcionamiento saludable un desarrollo personal continuado y el bienestar.

Requisitos de autocuidado un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone

que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo una circunstancias y condiciones específicas, un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos, uno el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida la salud y el bienestar personal es dos la naturaleza de la acción requerida, los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado, razones por las que se emplea el autocuidado, se expresan los resultados deseados el objetivo de autocuidado.

Se proponen 8 requisitos comunes para los hombres las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas cometidas y el deseo humano de ser normal la normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales y con el talento de las personas.

El autocuidado no siempre puede ser realizado por el paciente en un principio, por eso es importante que el personal de enfermería ayude al paciente a realizar y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y recuperarse de la enfermedad, así como dar a conocer las consecuencias de la misma enfermedad. Un individuo requiere de cuidado profesional de enfermería de acuerdo con su capacidad de autocuidado, esto depende de la capacidad de acción del individuo y sus necesidades, esto debido a que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas

o derivadas de su salud en las cuales no poseen la competencia suficiente para satisfacer las actividades existentes o emergentes que garantice su salud lo que se conoce como un déficit de autocuidado (Martha Raile Alligood, 2015).

FISIOPATOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL

1.1 Anatomía y fisiología renal

Las estructuras que forman el aparato urinario, cuya delegación es almacenar y evacuar la orina, el órgano llamado riñón el cual tiene una estructura enormemente compleja y característica, propia a las numerosas funciones bioquímicas y endocrinas que guarda encomendadas. La forma renal deberá ser bien analizada para comprender la fisiología y las alteraciones patológicas que puede sobrellevar, y que son causa de graves disfunciones orgánicas. de igual manera, la idea de la organogénesis renal facilitará posteriormente la interpretación de las malformaciones renales. Macroscópicamente, los riñones humanos son dos vísceras de matiz pardo-rojizo, y contornos lisos que se localizan en el trozo posterior del peritoneo, adherido a la columna vertebral, y están rodeados por desbordante tejido fibro-adiposo. Este tiene una forma de alubia y en el torneo de su borde medial cóncavo aparece un profundo abismo denominado hilio. Los riñones de un adulto miden unos 11 cm de alto por 6 cm de ancho y 3 cm de grosor, el riñón izquierdo está un poco más empujado que el derecho. Su peso promedia, aproximadamente, entre 150 y 160 gr en el varón, siendo ligeramente menor que en la mujer. El hilio renal está definido por dos labios, uno exterior y otro posterior y se conserva con una cavidad llamada seno renal que se tira hacia el interior. Por esta zona pasan los grandes vasos y los nervios renales, así como el lado terminal superior del uréter, el cual tiene una forma de embudo llamado pelvis renal y el seno renal el cual está relleno de tejido fibro-adiposo. En una vista anterior de los riñones se puede observar la vena renal en primer plano, tras ella muestra la arteria renal (Baxter, Hastings, Law, y Glass, 2008).

1.2 Aparato yuxtaglomerular

Según los autores (Baxter et al., 2008) es el área donde el túbulo distal se pone con la pared de la arteriola aferente, algunas de las células que componen el tabique de la arteriola en esta área tienen una apariencia granular, miradas con su capacidad para formar y liberar diferentes péptidos, entre ellos la renina. Existe un área de células más densamente aglomeradas en la del túbulo distal en el corte donde este entra en el aparato yuxtaglomerular; esta área de células diferenciadas se llama máscula densa y en ella, estas son capaces de interactuar con las células granulares de la arteriola aferente para interrumpir la producción de renina.

Los factores clásicos de riesgo como lo es la hipertensión arterial, enfermedad vascular, la dislipemia y la diabetes mellitus, asociados al propio envejecimiento, han cambiado la visión epidemiológica de la Insuficiencia renal crónica (IRC). Estos elementos ligados a la etiología de la IRC, siendo los responsables de un incremento en la morbimortalidad cardiovascular por dicha causa, en relación a la población general. El proceso de envejecimiento a nivel renal sufre una serie de cambios anatómicos y funcionales, es importante mencionar que la reducción fisiológica del filtrado glomerular de 10ml/min por cada década de vida. Insuficiencia renal crónica (IRC). El envejecimiento renal es la pérdida progresiva irreversible de la capacidad funcional de los riñones, en el cual se disminuye el número de nefronas funcionales a un mínimo contrario con la normalidad del medio interno, donde el problema se desencadena y desarrolla lentamente y la situación clínica de una multitud de procesos patológicos conduce a un desajuste e insuficiencia de la capacidad excretora y reguladora renal, reduciéndose o anulándose el filtrado glomerular (Gómez, Arias, y Jiménez, 2011).

1.3 Función del riñón

Tiene diferentes funciones y mecanismos complejos; se puede sintetizar en cuatro grupos:

- Producción hormonal
- Regulación del equilibrio ácido base
- Desintoxicación de la sangre
- Eliminación del agua

Los riñones actúan para extraer los productos de desecho solubles del cuerpo y regular el contenido corporal de agua y electrolitos. La orina contiene exceso de agua y electrolitos, así como los desechos metabólicos. Los tres procesos de la formación de orina son: filtración, reabsorción y secreción. *La filtración* involucra el paso del componente líquido de la sangre de los capilares glomerulares a la capsula de Bowman. Las sustancias que son más fáciles de filtrar, es el agua, glucosa, creatinina, ácido úrico, urea y electrolitos. *la reabsorción* es un proceso que involucra a la asimilación del agua, electrolitos y nutrientes al paso por el sistema tubular. *La secreción* consiste en eliminar sustancias del lecho vascular una vez que han sido absorbidas. (Baxter et al., 2008).

1.4 Producción hormonal

Johnson (2015) señala que las principales hormonas producidas por las células renales son la renina, angiotensina, eritropoyetina, prostaglandinas y colecalciferoles. El sistema renina-angiotensina-aldosterona es muy importante ya que regula el control del volumen del líquido extracelular y presión arterial. La renina cataliza la producción del decapeptido angiotensina I (Ang I) del angiotensinógeno circulante (sintetizado en el hígado). Ang I a su vez se convierte por la ubicua conversión de angiotensina en enzima. *La eritropoyetina* (EPO) es una sustancia hematopoyética la cual se produce en las células peritubulares renales y estimula la producción de eritrocitos en la médula ósea de huesos planos e irregulares mediante el mecanismo de hipoxia e hipoperfusión

tisular. Los niveles de (EPO) aumentan con la edad, probablemente relacionados con una respuesta compensatoria a la pérdida de sangre subclínica, aumento de eritrocitos rotación, y aumento de la resistencia de la EPO. Sin embargo, Los niveles son significativamente más bajos en el paciente anciano anémico en comparación con el individuo anémico joven, lo que sugiere una respuesta embotada a baja hemoglobina. *Las prostaglandinas* son un grupo de sustancias, las cuales tienen un efecto vasodilatador potente que garantiza el flujo sanguíneo a nivel de la arteria renal, la inhibición persistente de Pg genera daño renal por isquemia y daño tubulointersticial. Los colecalciferoles, estos se producen en el aparato yuxtaglomerular, son precursores del calcitriol, sustancia indispensable para la síntesis de formas activas de la vitamina D la cual contribuye a la absorción de calcio a nivel intersticial y al metabolismo óseo mineral, su deficiencia puede generar reblandecimiento de los huesos y raquitismo.

2.0 Enfermedad renal crónica

Según Hernandez (1997) el deterioro de las funciones depuradora y reguladora origina retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, concentración y equilibrio acido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro la vida del paciente hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones. La disminución de las funciones endocrino-metabólicas origina alteraciones notables en el organismo, sin embargo, no compromete la vida del paciente, aunque alteran la calidad de vida del mismo. Las IRC pueden ser originadas por una variedad de patologías, como las que se mencionan a continuación:

- 1.- Glomerulonefritis.
- 2.- Pielonefritis.
- 3.- Neuropatías por fármacos.
- 4.- Enfermedad quística.
- 5.- Enfermedad vascular renal.
- 6.- Nefritis hereditarias.

7.- Diabetes.

8.- Mielomatosis.

9.- Tuberculosis.

10.- Tumor renal.

11.- Pérdida traumática o quirúrgica.

Entre otras.

(Juan & Lastiri Quiros, 2016)

La enfermedad renal crónica (ERC) se inicia sin que el paciente pueda darse cuenta e incluso pueden pasar varios años, ya que la reserva renal remanente es suficiente para que mantener aparentemente sano al individuo, aun cuando ya este se haya deteriorado hasta en un 70%.

3.0 Hemodiálisis en pacientes renales

En la historia de la nefrología el autor relata:

El mecanismo de la diálisis fue descrito en 1861 por Thomas Graham, un profesor de química en el *University College* de Londres, quien demostró el paso de solutos a través de una membrana semipermeable obedeciendo a gradientes de concentración. Graham propuso el nombre de diálisis a este proceso fisicoquímico. El primero en aplicar este efecto a la extracción de solutos de la sangre fue John Jacob Abel (1857-1938), profesor de Farmacología en la Escuela de Medicina Johns Hopkins, y sus colegas Leonard Rowntree y Bernard Turner. Ellos construyeron lo que denominaron “aparato de vividifusión”, en el que, utilizando tubos huecos de colodión como membrana de diálisis, fueron capaces de extraer de la sangre de animales de experimentación sustancias tóxicas previamente administradas (salicilato y fenolsulfoftaleína). Con ocasión de un viaje de John Abel a Londres, un desconocido periodista del *Times* sería el primero en acuñar el término de “riñón artificial” para denominar a este artefacto. No fue hasta 1924 cuando, tras numerosos experimentos en animales, el alemán George Haas realizó en la Universidad de Giessen (Alemania) la que sería la primera

hemodiálisis humana en un paciente urémico, aunque sin éxito. (Rivarola de Valiente, 1987)

Ragua y Enezuela (2016) define que el tratamiento de hemodiálisis como el procedimiento el cual no es curativo, si no solo paliativo ya que se considera altamente invasivo, de alta demanda y que representa un alto costo para el paciente con enfermedad renal crónica, los cuales deben seguir una dieta estricta, ingerir medicamentos y restringirse en la ingesta de líquidos. Este procedimiento se realiza a través de una maquina la cual, mediante un sistema cerrado de líneas y un filtro, la sangre pasa a través de él, extrayendo los productos del metabolismo nitrogenado. este tratamiento es de gran importancia para la supervivencia del paciente, debido a su padecimiento de enfermedad renal crónica, los pacientes van a r presentar efectos adversos debido a su padecimiento, como desnutrición debido a la eliminación de nutrientes, pedida de movilidad, insomnio, fatiga, adinamia, palidez de tegumentos, edema en miembros inferiores, mal sabor de boca, con lo que el tratamiento de hemodiálisis mejoraría su condición. La mayoría de los pacientes refieren que presentar durante y posterior al tratamiento, algunas complicaciones como son los calambres musculares, más en miembros inferiores y superiores, en dorso, dolor abdominal, dolor muscular, cefalea, lo que perjudica que el paciente lleve sus labores habituales de una persona sana.

Para Ragua y Enezuela (2016) “el tratamiento de hemodiálisis define una condición de vida de cronicidad y dependencia en sus pacientes, por su función renal crítica, que imperativamente debe ser suplida”

Cabe destacar que la mejor opción terapéutica para pacientes con insuficiencia renal es el trasplante, en otros países la hemodiálisis es la técnica más utilizada, son alternativas de tratamiento eficaz para pacientes, con buenos resultados clínicos, pero requieren de personal especializado. La desventaja es que a comparación de la maquina cicladora permite mayor independencia del paciente, y la posibilidad de trabajar, estudiar y tener una mejor calidad de vida ya que la diálisis puede hacerse desde el hogar y en el tratamiento con hemodiálisis el paciente debe acudir cada 2 o 3 veces por semana a sesión, lo cual afecta en cuanto a tiempo libre y la posibilidad de tener un empleo.

4.0 Nutrición en pacientes renales

“El estado nutricional es uno de los mayores predictores de supervivencia de los pacientes en hemodiálisis. La desnutrición es muy frecuente (20-80%) y se ha asociado a una elevada morbimortalidad”.(Soraya, David, Cano, Cabrera y Ramos, 2015).

Es importante que se realce una valoración del estado nutricional de estos pacientes la cual debería ser incluida en la práctica habitual de control y seguimiento de los mismos. La monitorización de su ingesta alimentaria es primordial ya que así es como se pueden diagnosticar oportunamente grados de desnutrición en etapas iniciales.

Los autores Pereira Feijoo et al., (2015) establecen que “La desnutrición proteico-energética es un problema clínico frecuente (20-25%) en los pacientes con ERC sometidos a TRS mediante hemodiálisis (HD)”

Lou et al., (2002) La desnutrición proteico-calórica se presenta con frecuencia en el paciente en hemodiálisis La desnutrición proteico-calórica se presenta con frecuencia en el paciente en hemodiálisis, incrementando de forma significativa la morbimortalidad, la ingesta inadecuada de nutrientes desempeña un papel importante ya que el incremento del catabolismo proteico y las alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y lípidos originan que los requerimientos energéticos y proteicos en hemodiálisis sean superiores a los de la población sana, cifrándose en 1,2 g/kg/día de proteínas y 30-35 kcal/kg/día.

Para el paciente en diálisis se recomienda tomar tanto líquido como elimine con la orina en ese periodo, más 500-750 cc adicionales. En términos del peso del paciente, la ganancia interdialítica no debería exceder del 4-5% de su peso seco. En diálisis peritoneal el balance líquido es continuo, pero la capacidad de ultrafiltración peritoneal es limitada, por lo que se recomienda una restricción líquida moderada y ajustada a los balances peritoneales. Los requerimientos de calcio (Ca) en un adulto sano se han establecido entre 800 y 1.000 mg/día. En la ERC la absorción intestinal de Ca disminuye como consecuencia del déficit de calcitriol. Por lo tanto, se han postulado requerimientos algo mayores, aproximadamente de 1.200-1.600 mg/día Las dietas ricas en fibras con alto porcentaje vegetal, son saludables tanto en la población general como en el enfermo con fallo renal, y apoya las recomendaciones a favor de reducir la carga ácida. Asimismo, este refuerzo dietético mejora el peristaltismo intestinal, muy importante en pacientes en

general mayores y sedentarios; reduciendo además la producción de productos urémicos (Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2013).

4.1 Complicaciones en Hemodiálisis

Las complicaciones en hemodiálisis son toda aquella patología que aparece en la paciente relacionada con la técnica dialítica, estas se pueden clasificar en agudas y crónicas, durante la sesión o en las horas posteriores al tratamiento y por lo general se deben a trastornos orgánicos asociados a intercambios físico-químicos entre el líquido de diálisis y dializador, así como el circuito extracorpóreo y la sangre del enfermo. algunas de complicaciones son las siguientes:

1. Hipotensión arterial
2. Calambres
3. Cefalea
4. Náuseas y vomito
5. Fiebre
6. Dolor torácico y de espalda
7. Arritmias
8. Embolismo aéreo
9. Hemorragia
10. Coagulación del sistema extracorpóreo
11. Hipoxemia
12. Hemolisis
13. Prurito

Es importante que el paciente conozca todas complicaciones que pueda llegar a tener antes, durante y después del tratamiento dialítico, así como de las complicaciones que

conlleva el no acudir a una sesión o varias (Antonio Mendez Duran, 2017).

4.2 Calidad de vida

Alvarez-Ude, Vicente y Badia (1995) establecen que:

“La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido definida como el valor asignado por un individuo al año de vida, modificado por la desventaja social, la percepción, el estado funcional o la deficiencia debidas a una enfermedad, tratamiento o accidente” (p. 573).

Estudiar la calidad de vida es muy antiguo, pero el desarrollo sistematizado y científico es meramente reciente, el interés por conocer el bienestar del ser humano, estudiar las consecuencias de la industrialización que experimenta hoy en día la sociedad, surge la necesidad de medir esta realidad, las necesidades del individuo en cuanto a salud, educación, etc. y mediante la percepción del individuo en cuanto a su nivel de bienestar (Rodríguez Vidal, Castro Salas, y Merino Escobar, 2005).

Miguel Lugones (2002) define:

“El término calidad se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad”.

Lugones (2002) menciona:

“La *calidad de vida* tiene también un enfoque social y económico, pues la vida humana requiere de determinadas condiciones de orden social y económico, por ser estas fundamentales para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material. Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, estas son fundamentales para el bienestar del ser humano”.

Lugones (2002) también declara que:

“La armonía interior, el comportamiento y la actitud son aspectos determinantes que están muy relacionados con la forma de vida y las circunstancias en que estas se desarrollan, y tiene que ver con el modo de vida de las personas”

Aunque no cabe duda que la H.D. es efectiva para prolongar la vida del paciente con nefropatía, existe una controversia considerable respecto a la calidad de esta sobrevida, más aún cuando nuevas modalidades de diálisis se han centrado en los potenciales beneficios que ellas ofrecen para mejorar la calidad de vida de los pacientes, es interesante, entonces, para nuestra profesión saber ¿cuál es la calidad de vida y las características personales de los pacientes sometidos a hemodiálisis? La respuesta a esta interrogante nos permitiría hacer un aporte y prepararse para la atención de estos pacientes y otros con enfermedades crónicas, que están experimentando un incremento acelerado en nuestro país (Rodríguez Vidal et al., 2005).

4.3 Enfermería nefrológica

La especialización en Enfermería Nefrológica, inicia en el momento en el que los conocimientos adquiridos durante los años de nuestra carrera, constituyen la base posterior de los periodos de practica clínica, desarrollando de esta forma, un criterio profesional en el área de los cuidados renales, esta especialización ha tenido un desarrollo de acuerdo con los eventos epidemiológicos que se han presentado en el país, en presencia del daño orgánico ya manifiesto y los programas de atención que ayudan a limitar las consecuencias, ofreciendo mayor calidad de vida. En la actualidad, la enfermería nefrológica debe participar en la detección temprana del daño renal, en la aplicación de terapias dialíticas, en la implementación de programas de donación y procuración de órganos y tejidos con fines de trasplante (Antonio Mendez Duran, 2017).

CAPITULO III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, correlacional, con la participación de pacientes que acuden a terapia de sustitución renal (hemodiálisis) de los turnos matutino y vespertino de un hospital de la zona centro del estado de Morelos, con un total de 35 pacientes de ambos sexos, de 95 que asisten a terapia en la unidad de hemodiálisis. Se incluyó a los pacientes que aceptaron participar con previo consentimiento informado firmado, que estén alertas, conscientes y orientados. Se excluyeron a los pacientes que no aceptaron participar, pacientes que tenían una limitación audiovisual, sensorial y que su estado de conciencia no les permita estar alertas. Se eliminaron a los pacientes que no contestaron ambos cuestionarios y cuestionarios incompletos.

Previo a la aplicación de los cuestionarios se pidió autorización de las autoridades de la unidad de hemodiálisis en coordinación del área de enseñanza. Se obtuvo consentimiento informado del jefe de servicio de la unidad.

Posteriormente se aplicaron 2 cuestionarios uno de:

- *Valoración de conocimientos de pacientes en hemodiálisis de Juan Carlos Sánchez González (2015)*. Está formada por 21 preguntas, de las cuáles las 20 primeras nos sirven para valorar el nivel de conocimiento de los pacientes encuestados y donde se les pregunta acerca de la hemodiálisis (6 preguntas), fisiopatología (3 preguntas), acceso vascular (2 preguntas), dieta (7 preguntas), tratamiento farmacológico (2 preguntas) y (1 pregunta) para saber si se encuentra adaptado al tratamiento.

Se calificó mediante la siguiente tabla que valora los conocimientos del tratamiento en 5 niveles (tabla 1) de acuerdo a la media obtenida.

Tabla 1. Niveles de conocimiento.

Nivel de conocimientos				
Muy alto	Alto	Normal	Bajo	Muy bajo
19-20	17-18	16	15	>15

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento de hemodiálisis, se valora como nivel muy bajo aquellos pacientes que obtuvieron entre 0 y 15 aciertos, nivel bajo 15 aciertos, nivel normal 16 aciertos, y nivel de conocimiento alto entre 17 y 18 aciertos y muy alto entre 19 y 20 aciertos. Por último, la pregunta número 21 que nos servirá para saber si los participantes se sienten adaptados a la hemodiálisis y no será tomada en cuenta para medir el grado de conocimiento.

El segundo cuestionario fue:

- *Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa) de la Dra. Angelica Riveros Rosas (2009)*. El inventario consta de 50 reactivos de opción múltiple (escala de tipo Likert) constituidos por seis opciones de respuesta y el valor correspondiente: nunca (0), casi nunca (1), pocas veces (2), frecuentemente (3), casi siempre (4), siempre (5). Está dividido en doce áreas relacionadas al concepto de CVRS: Preocupaciones, Desempeño Físico, Aislamiento, Percepción Corporal, Funciones Cognitivas, Actitud Ante el Tratamiento, Tiempo Libre, Vida Cotidiana, Familia, Redes Sociales, Dependencia Médica, Relación con el Médico, los cuáles fueron aplicados durante la sesión de hemodiálisis.

Se calificó mediante la siguiente tabla de acuerdo a la media obtenida por dimensión (Tabla 2).

Tabla 2. Puntos de corte en calidad de vida. Participantes crónicos.

Áreas	Muy alta (P >200)	Alta (P 165-200)	Normal (P 148-164)	Baja (P 134-147)	Muy baja (P 0-133)
Preocupaciones	0	1	2-8	9-14	>15
Desempeño físico	>19	18	12-17	9-11	>8
Aislamiento	0	1	2-6	7	>12
Percepción corporal	0	1	2-7	8	>13
Funciones cognitivas	>2	3-4	5-9	10-12	>13
Actitud ante el tratamiento	0	1-2	3-7	8-11	>12
Tiempo libre	0	0	1-7	8-12	>13
Vida cotidiana	0	0	1-5	6-12	>13
Familia	20	20	17-19	13-16	>12
Redes sociales	>6	7-10	11-18	19	20
Dependencia medica	<3	4-6	7-13	14-17	>18
Relación con el medico	>17	15	8-14	4-7	>3

Fuente: Inventario de calidad de vida de Angelica Riveros (2009).

Procesamiento de datos

Los datos obtenidos fueron capturados en el programa Excel y procesados en el software SPSS y Stata versión 14. Se realizaron pruebas no paramétricas de correlación de Spearman entre calidad de vida y nivel de conocimientos, se realizaron tablas cruzadas entre nivel de conocimientos y calidad de vida, así como nivel de calidad de vida con otras variables como edad, sexo, formación académica, ocupación, estado civil, y correlaciones con estas últimas, para así obtener más datos con la información recabada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD

El presente trabajo de investigación tiene su fundamentación legal en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (LGS). El 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1º de julio del mismo año, donde se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General. El artículo 3º menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen al:

- a) Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- e) A la producción de insumos para la salud.

El artículo 13º dice que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. El artículo 14º se menciona las bases conforme deberá realizarse la investigación en seres humanos. La tesina se basa en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en documento Helsinki en el 2000, en el título 2º de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Capítulo 1, artículos del 13 al 27 y en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en los principios de: Autonomía, beneficencia, confidencialidad, justicia y no maleficencia. Se realizó un estudio en pacientes de la unidad de hemodiálisis en un hospital de la zona centro de Cuernavaca, Morelos, bajo su consentimiento informado, autorizado y bajo confidencialidad.

CAPITULO IV. RESULTADOS

De los 35 pacientes 24 fueron hombres y 11 mujeres. El 37,1% de entre 18 a 30 años de edad, un 51,4% de 30 a 60 años y un 11,4% son mayores de 60 años. En cuanto al nivel de formación, el 2,9% no tiene formación, el 34,3% poseían formación básica y el 54,3% formación secundaria, solo un 8,6% posee formación universitaria. También el 51,4% estaba activo laboralmente, mientras que el 48,6% no trabajaban (tabla 3).

El 62,9% del total de la muestra acudió previamente a la consulta de pre diálisis frente a un 37,1% que no acudió. Un 68,6% de nuestros pacientes recibieron previamente diálisis peritoneal frente a un 31,4% que no. Por otro lado, el 11,4% habían sido trasplantados mientras que un 88,6 no lo han sido. La media de fármacos que tomaban los pacientes al día era de 3,09. Sólo un 25% de los encuestados cocinaban ellos mismos su comida frente a un 37,1% que no lo hacían y un 37,1% que contestaron hacerlo a veces. El 65,7% de los pacientes entrevistados tenían como acceso venoso una fistula arteriovenosa, el 28,6% un catéter y un 5,7% tuvo injerto. El 97,1% de los pacientes de nuestro estudio aseguraron sentirse adaptados a la hemodiálisis frente a un 2,9% que decían no estarlo.

Tabla 3. Características sociodemográficas.

CARACTERISTICA		N	%
Sexo	Femenino	11	68,60%
	Masculino	24	31,40%
Edad	18 a 30 años	13	37,10%
	30 a 60 años	18	51,40%
	más de 60 años	4	11,40%
Estado civil	Soltero/a	23	65,70%
	Casado/a	12	34,30%
Escolaridad	Sin formación	1	2,90%
	Formación básica	12	34,30%
	Formación secundaria	19	54,30%
	Formación universitaria	3	8,60%
Ocupación	Trabaja	18	51,40%
	No Trabaja	17	48,60%

En la unidad se les cobra solo un porcentaje, lo demás es subsidiado por el gobierno, la cuota va desde \$170 a \$200 pesos por terapia sustitutiva renal, dependiendo el nivel socioeconómico del paciente. El costo real es de entre \$1,500 a \$2,000 pesos por sesión a nivel particular. Algunos pacientes están programados dos o tres veces por semana, dependiendo la necesidad del paciente.

Respecto a la variable independiente “conocimientos del tratamiento”, se refiere al nivel de conocimientos que tiene el paciente con respecto a su tratamiento.

El 42,85% tuvo un grado de conocimientos alto, mientras que un 17,9% tuvo un grado de conocimientos normal, y solo 40% tenía un grado de conocimientos bajo. Estos datos pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre el tratamiento de hemodiálisis.

Nivel de conocimientos	N	%
Muy alta	6	17.14
Alta	9	25.71
Normal	6	17.14
Baja	6	17.14
Muy baja	8	22.86
Total	35	100

En cuanto a la variable dependiente “calidad de vida”, se evaluaron 12 áreas que componen esta variable. En la tabla 5 se observan los resultados por área, calificándose como: muy alta, alta, normal, baja y muy baja.

Tabla 5. Estadística descriptiva por área.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Preocupaciones	35	,00	15,00	7,3429	4,20744
Desempeño Físico	35	,00	20,00	12,3143	6,24392
Aislamiento	35	,00	20,00	2,8286	4,50154
Percepción Corporal	35	,00	20,00	4,2857	5,18806
Funciones Cognitivas	35	,00	9,00	2,0857	2,75864
Actitud Tratamiento	35	,00	17,00	3,6571	3,91785
Familia	35	5,00	20,00	18,2571	3,63272
Tiempo Libre	35	,00	20,00	8,1429	6,42213
Vida Cotidiana	35	,00	20,00	5,7143	6,52403
Dependencia Médica	35	,00	20,00	8,4857	7,07677
Relación Médico	35	,00	20,00	10,9143	6,49602
Redes Sociales	35	,00	20,00	13,2857	6,06616
N válido (por lista)	35				

Se realizó la evaluación de acuerdo a la tabla de puntos de corte de calidad de vida, de Angelica Riveros (2009), realizando una sumatoria de los reactivos que componen cada área, y se ubicó en la posición del total de área en el punto correspondiente a su valor en la columna de la tabla.

La siguiente tabla muestra las dimensiones de calidad de vida y su nivel en el que se encuentra.

Tabla 6. Resultados del cuestionario de calidad de vida por dimensiones.

Dimensión	Media	Desviación	
		estándar	Calidad de vida
Preocupaciones	7	4,2	Normal
Desempeño físico	12	6,2	Normal
Aislamiento	3	4,5	Normal
Percepción corporal	4	5,1	Normal
Funciones cognitivas	2	2,7	Muy alta
Actitud ante el tratamiento	4	3,9	Normal
Familia	18	3,6	Normal
Tiempo Libre	8	6,4	Baja
Vida cotidiana	6	6,5	Baja
Dependencia Médica	8	7,0	Normal
Relación con el médico	11	6,4	Normal
Redes Sociales	13	6,0	Normal

Las áreas más afectadas son tiempo libre y vida cotidiana.

En cuanto al nivel de calidad de vida en general, se encontró los siguientes resultados:

Tabla 7. Nivel de calidad de vida.

Nivel de calidad de vida	N	%
Muy alta	4	11.43
Alta	5	14.29
Normal	9	25.71
Baja	9	25.71
Muy baja	8	22.86
Total	35	100

Un 25,72% obtuvo un nivel de calidad de vida alto, mientras que un 25.71% un nivel normal, el 25.71% tuvo un nivel bajo y el 22.86% muy bajo.

En la siguiente tabla de análisis bivariado, se observa que los pacientes que obtuvieron un mayor nivel de conocimientos, su nivel de calidad de vida se encontró bajo, mientras que los que obtuvieron un nivel de conocimientos normal, su nivel de calidad de vida fue alto, y aquellos que obtuvieron un nivel de conocimientos bajo, su nivel de calidad de vida se encontró entre nivel normal y alto, esto puede observarse en la tabla 8.

Tabla 8. Nivel de conocimientos sobre el tratamiento/ Calidad de vida

Nivel de conocimientos sobre el tratamiento	Nivel de calidad de vida											
	Muy alta		Alta		Normal		Baja		Muy baja		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy alta	0	0.00	1	16.67	0	0.00	4	66.67	1	16.67	6	100.00
Alta	1	11.11	1	11.11	3	33.33	3	33.33	1	11.11	9	100.00
Normal	1	16.67	2	33.33	1	16.67	1	16.67	1	16.67	6	100.00
Baja	1	16.67	0	0.00	3	50.00	0	0.00	2	33.33	6	100.00
Muy baja	1	12.50	1	12.50	2	25.00	1	12.50	3	37.50	8	100.00
Total	4	11.43	5	14.29	9	25.71	9	25.71	8	22.86	35	100.00

En cuanto a la correlación entre calidad de vida y los conocimientos de los pacientes sobre el tratamiento, se encontró una correlación negativa, es decir, entre más nivel de conocimientos, menor fue su nivel de calidad de vida, no existe relación positiva, esto puede decirnos que entre más conocimiento o mejor preparado este el paciente, mayores son sus expectativas y su calidad de vida se está viendo afectada al no cumplir sus necesidades.

Tabla 9. Correlación de la calidad de vida y conocimientos del tratamiento.

			Total calidad de vida	Total conocimiento
<i>Rho de Spearman</i>	Total calidad de vida	<i>Coefficiente de correlación</i>	1,000	-,030
		Sig. (bilateral)	.	,866
		N	35	35
	Total conocimiento	<i>Coefficiente de correlación</i>	-,030	1,000
		Sig. (bilateral)	,866	.
		N	35	35

En el análisis bivariado entre nivel de conocimientos y la escolaridad, en ella se destacó que los que tenían mayor preparación académica su nivel de conocimientos fue más alto y aquellos que tuvieron una menor preparación su nivel de conocimientos fue bajo como se puede observar en la tabla 10.

Tabla 10. Relación de nivel de conocimientos del tratamiento y escolaridad.

Nivel conocimientos del tratamiento	Escolaridad								Total
	Sin formación		Formación básica		Formación Secundaria		Formación Universitaria		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Muy alta	0	0.0	1	16.67	3	50.00	2	33.33	6
Alta	0	0.0	3	33.33	5	55.56	1	11.11	9
Normal	0	0.0	1	16.67	5	83.33	0	0.00	6
Baja	1	16.67	2	33.33	3	50.00	0	0.00	6
Muy baja	0	0.00	5	62.50	3	37.50	0	0.00	8
Total	1	2.86	12	34.29	19	54.29	3	8.57	35

Por un lado, en la siguiente tabla se observa que los pacientes que menor calidad de vida presentaron fueron aquellos con formación secundaria y un nivel medio aquellos que tenían formación entre básica y secundaria.

Tabla 11. Nivel de calidad de vida y escolaridad.

Nivel de Calidad de vida	Escolaridad									
	Sin Formación		Formación Básica		Formación Secundaria		Formación Universitaria		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy alta	0	0.00	0	0.00	4	21.05	0	0.00	4	11.43
Alta	0	0.00	3	25.00	1	5.26	1	33.33	5	14.29
Normal	1	100.00	3	25.00	4	21.05	1	33.33	9	25.71
Baja	0	0.00	3	25.00	6	31.58	0	0.00	9	25.71
Muy baja	0	0.00	3	25.00	4	21.05	1	33.33	8	22.86
Total	1	100.00	12	100.00	19	100.00	3	100.00	35	100.00

Las mujeres presentaron un nivel de calidad de vida alto frente a los hombres quienes obtuvieron un nivel de calidad de vida bajo como se observa en la tabla 12.

Tabla 12. Nivel de calidad de vida y sexo.

Nivel de calidad de vida	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Muy alta	2	8.33	2	18.18	4	11.43
Alta	4	16.67	1	9.09	5	14.29
Normal	6	25.00	3	27.27	9	25.71
Baja	5	20.83	4	36.36	9	25.71
Muy baja	7	29.17	1	9.09	8	22.86
Total	24	100.00	11	100.00	35	100.00

En cuanto al estado civil y la calidad de vida se encontró que los que estaban solteros, presentaron un mejor nivel de calidad de vida frente a los que son casados quienes presentaron un porcentaje menor en el nivel de calidad de vida.

Tabla 13. Nivel de calidad de vida y estado civil.

Nivel de calidad de vida	Estado civil					
	Solteros		Casados		Total	
	N	%	N	%	N	%
Muy alta	4	17.39	0	0.00	4	11.43
Alta	3	13.04	2	16.67	5	14.29
Normal	7	30.43	2	16.67	9	25.71
Baja	6	26.09	3	25.00	9	25.71
Muy baja	3	13.04	5	41.67	8	22.86
Total	23	100.00	12	100.00	35	100.00

El nivel de calidad de vida y la ocupación, se encontró que los pacientes laboralmente activos, presentaron un mejor nivel de calidad de vida frente aquellos que no laboran, esto podría deberse a que tener un rol en la sociedad ayuda de manera indirecta a sentirse incluidos y satisfacer la necesidad de pertenencia.

Tabla 14. Nivel de calidad de vida y ocupación.

Nivel de calidad de vida	Ocupación					
	Trabaja		No trabaja		Total	
	N	%	N	%	N	%
Muy alta	4	22.22	0	0.00	4	11.43
Alta	2	11.11	3	17.65	5	14.29
Normal	6	33.33	3	17.65	9	25.71
Baja	3	16.67	6	35.29	9	25.71
Muy baja	3	16.67	5	29.41	8	22.86
Total	18	100.00	17	100.00	35	100.00

La relación de la calidad de vida con el acceso vascular, se mostraron con un nivel de calidad de vida alto, aquellos que tienen como acceso vascular una fístula frente aquellos que tienen catéter, esto podría deberse al cuidado que implica tener un catéter el cual les impide realizar ciertas actividades, por el riesgo de infecciones, el no poder bañarse en regadera para no mojar su catéter, etc. La fístula se considera la mejor opción para la realización del tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 15. Calidad de vida y acceso vascular

Nivel de calidad de vida	Acceso vascular							
	Fístula		Injerto		Catéter		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy alta	3	13.04	0	00.00	1	10.00	4	11.43
Alta	3	13.04	0	00.00	2	20.00	5	14.29
Normal	5	21.74	0	0.00	4	40.00	9	25.71
Baja	6	26.09	1	50.00	2	20.00	9	25.71
Muy baja	6	26.09	1	50.00	1	10.00	8	22.86
Total	23	100.00	12	100.00	10	100.00	35	100.00

Se encontró que aquellos pacientes que pasaron por una consulta pre-diálisis mostraron un mejor nivel de calidad de vida, frente aquellos que no pasaron.

Tabla 16. Calidad de vida y consulta pre-diálisis.

Nivel de calidad de vida	Pre-diálisis					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Muy alta	4	18.18	0	0.00	4	11.43
Alta	5	22.73	0	0.00	5	14.29
Normal	4	18.18	5	38.46	9	25.71
Baja	4	18.18	5	35.29	9	25.71
Muy baja	5	22.73	3	23.08	8	22.86
Total	22	100.00	13	100.00	35	100.00

Aquellos pacientes que respondieron que preparan sus propios alimentos presentaron un mejor nivel de calidad de vida, frente aquellos que no preparan sus alimentos como se observa en la tabla 17.

Tabla 17. Calidad de vida y cocina sus propios alimentos.

Nivel de calidad de vida	Cocina sus propios alimentos							
	Si		No		A veces		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy alta	2	22.22	2	15.38	0	0.00	4	11.43
Alta	2	22.22	1	7.69	2	15.38	5	14.29
Normal	2	22.22	3	23.08	4	30.77	9	25.71
Baja	2	22.22	3	23.08	4	30.77	9	25.71
Muy baja	1	11.11	4	30.77	3	23.08	8	22.86
Total	9	100.00	13	100.00	13	100.00	35	100.00

Quienes presentaron mejor nivel de calidad de vida, fueron aquellos que se encuentran entre los rangos de 18 y 30 años, siendo los más afectados los de mayor de 60 años como se observa en la tabla 18.

Tabla 18. Nivel de calidad de vida y edad.

Nivel de calidad de vida	Edad							
	18-30 años		30-60 años		+ 60 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy alta	2	15.38	2	11.11	0	0.00	4	11.43
Alta	1	7.69	3	16.67	1	25.00	5	14.29
Normal	3	23.08	6	33.33	0	0.00	9	25.71
Baja	4	30.77	5	27.78	0	0.00	9	25.71
Muy baja	3	23.08	2	11.11	3	75.00	8	22.86
Total	13	100.00	18	100.00	4	100.00	35	100.00

A continuación, se muestra las correlaciones con todas las variables, en donde se puede destacar la correlación negativa de calidad de vida entre conocimientos y escolaridad como se observa en la siguiente tabla de correlación.

Tabla 19. Correlaciones con otras variables.

	<i>N. Calidad</i>	<i>N. Conocimientos</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Pre-diálisis</i>	<i>Diálisis</i>	<i>Trasplante</i>	<i>Fármacos</i>	<i>Cocina</i>	<i>Acceso vascular</i>
<i>N. Calidad</i>	1.0000										
<i>N. Conocimientos</i>	-0.0366	1.0000									
<i>Escolaridad</i>	-0.0410	-0.4121	1.0000								
<i>Estado civil</i>	0.3223	-0.1546	0.2013	1.0000							
<i>Ocupación</i>	0.3188	-0.3005	0.0294	0.1411	1.0000						
<i>Pre-diálisis</i>	0.3008	-0.0985	0.0076	-0.1815	0.1994	1.0000					
<i>Diálisis</i>	0.1545	0.0296	0.0422	-0.1000	0.0809	0.6260	1.0000				
<i>Trasplante</i>	0.2354	-0.1189	0.1001	0.0703	0.1694	0.2761	0.2432	1.000			
<i>Fármacos</i>	0.2270	-0.1352	0.0951	0.0764	-0.0266	-0.0400	-0.0972	0.0959	1.000		
<i>Cocina</i>	0.2443	-0.0406	0.2017	0.2956	0.1141	0.0583	0.3957	0.0891	1.000		
<i>Acceso vascular</i>	-0.1125	0.0307	0.0437	-0.1035	-0.1074	0.1864	-0.1313	0.2517	-0.1210	0.3039	1.0000

Discusión

Los resultados fueron importantes para la mayoría de las áreas evaluadas, éstas se asocian a la situación de salud de los participantes. Quizá la contribución más importante del presente estudio es que revela la relación negativa entre las variables calidad de vida y nivel de conocimientos, lo que nos puede indicar que no impacta de manera favorable el que un paciente este mejor capacitado que otros, pero eso no quiere decir que no es importante la educación al paciente, sino que hay otras situaciones que puedan estar afectando la calidad de vida, como lo es el tiempo libre y vida cotidiana. La correlación del nivel de calidad de vida y otras variables nos arrojó información importante, por lo que se da pauta a que se sigan realizando futuras investigaciones en relación a estas variables. Se encontró que la mayoría de las áreas, los pacientes presentaron nivel medio de calidad de vida, en el caso de funciones cognitivas, fue mejor valorada.

Se obtuvo un nivel de conocimientos normal en los pacientes en relación al estudio realizado por Sánchez (2015) que arrojó mayor porcentaje de nivel alto de conocimientos a comparación del presente estudio en cuanto a la edad también coincide que el ser más joven se asocia a un mayor nivel de conocimientos, así como el estar activos laboralmente, en cuanto al porcentaje de los pacientes que acudieron a consulta pre-dialisis fue similar, la mayoría de los pacientes tenían como acceso venoso una fistula arteriovenosa a comparación del estudio del autor, la mayoría respondió sentirse adaptados al tratamiento de hemodiálisis a comparación de el estudio.

En cuanto al nivel de calidad de vida fue similar al estudio realizado por Rodríguez Vidal et al 2015 quien encontró un nivel de calidad de vida regular a baja, las dimensiones Rol Físico, Vitalidad y Salud Mental, obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Conclusión

Es necesario mantener una educación continua, a lo largo del tratamiento y evaluar periódicamente a los usuarios como parte de las medidas para fortalecer el autocuidado del paciente, así como fomentar buenas prácticas higiénico -dietéticas. El asesoramiento debe ser la primera recomendación al paciente para así ayudar al paciente a mejorar su nivel calidad de vida. El papel del personal de enfermería es fundamental ya que por la cronicidad de la enfermedad y la dificultad que representa conseguir cambios en los hábitos dietéticos. El tiempo en el que los pacientes permanecen con el personal de enfermería, se debería aprovechar para poner en marcha estrategias educativas y realizar educación continua.

Propuesta

Se considera importante que los profesionales de la salud estemos concientizados en la eficacia que pueden llegar a tener programas educativos, lo cual proponemos como uno de los fines principales del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez-Ude, F., Vicente, E., & Badía, X. (1995). La Medida De La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Los Pacientes En Programa De Hemodialisis Y Dialisis Peritoneal Continua Ambulatoria De Segovia. *Nefrologia*, 15(6), 572–580.
- Antonio Mendez Duran. (2017). *Nefrología para Enfermeros*. Ciudad de México : El manual Moderno, S.A. de C.V.
- Arroyo, S. S. (2016). *factográfico de salud*. cuba: Boletín factográfico de la Biblioteca Médica Nacional.
- Baxter, R., Hastings, N., Law, a., & Glass, E. J. . (2008). *Animal Genetics*, 39(5), 561–563.
- Carlos, J., González, S., Martínez, C. M., Fernández, D. B., & López, M. P. (2015). Valoración de los conocimientos que tienen los pacientes en hemodiálisis acerca de su tratamiento. *Enfermería Nefrológica*, 18(1), 23–30. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000100004>
- García Araque, J. L., & Sancho Cantus, D. (2015). Valoración de autocuidados en el acceso vascular para hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 157–162. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000300002>
- Gómez, A., Arias, E., & Jiménez, C. (2011). Insuficiencia renal crónica. *Tratado de Geriatria*, 637–646. Retrieved from http://www.quimica.es/enciclopedia/Insuficiencia_renal_cronica.html
- Juan, T. y O., & Lastiri Quiros, S. (2016). *La enfermedad renal crónica en México HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL PARA ENFRENTARLA*. Academia Nacional de Medicina de México.
- Lorenzo Sellarés, V., & Luis Rodríguez, D. (2013). Manejo nutricional en la enfermedad

- renal crónica. *Nefrología Al Día*, 1–23. Retrieved from <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699508005896>
- Lou, L. M., Gimeno, J. A., Paúl, J., París, A. S., Dalmau, A. G., Sánchez, R. G., ... Boned, B. (2002). Valoración de la Ingesta en Hemodiálisis mediante un cuestionario de consumo alimentario y apetito. *Nefrología*, *XXII*(5), 438–447.
- Martha Raile Alligood, P. R. (2015). *Modelos y teorías en Enfermería*. Greenville, North Carolina: College of Nursing.
- Ochoa, A. G., & Corona, B. E. F. (2015). Calidad De Vida Y Adherencia Terapéutica En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Sometidos a Hemodiálisis. *Jóvenes En La Ciencia*, *1*(1), 436–441. Retrieved from <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/680>
- Pereira Feijoo, M. . C., Queija Martínez, L., Blanco Pérez, A., Rivera Egusquiza, I. A., Martínez Maestro, V. E., & 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. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000200005>
- Pharmaceutica, A. (1997). ¿Es suficiente la hemodiálisis para el mantenimiento de los enfermos con insuficiencia renal crónica? Is hemodialysis sufficient to the maintenance of chronic renal insufficiency? *H*, (cuadro 1), 5–11.
- Ragua, E. A., & Enezuela, V. (2016). *R a , v , 2014.*, *14*(1).
- Richard J. Johnson, J. F. (2015). *Comprehensive Clinical Nephrology*.
- Rivarola de Valiente, M. T. (1987). Historia de la nefrología. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*.
- Rodríguez Vidal, M., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados Quality of life on patients haemodialysis. *Ciencia Y Enfermería*, *11*(2), 47–57. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532005000200007>

- Soraya, A., David, G., Cano, M. M., Cabrera, C., & Ramos, M. A. A. (2015). Turno de la sesión de hemodiálisis posible factor influyente en la desnutrición en enfermos renales, (1), 2015.
- Su, C. Y., Psic, F., Estela, R., Ángel, M., Campillo, M., Martha, P., & Esquivel, A. (2013). Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal. *Hacer Psicología* , 1870, 22. Retrieved from <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____
expongo que he sido debidamente INFORMADO acerca de los objetivos, procedimientos, tiempo requerido para mi participación en la aplicación de un cuestionario para evaluar los conocimientos que tengo respecto a mi tratamiento.

He recibido explicaciones verbales sobre la naturaleza y propósitos de la investigación, así como los beneficios, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me han surgido. Manifiesto que he entendido y estoy satisfecho(a) de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso de mi participación en la investigación:

“Conocimiento de pacientes sobre su tratamiento de hemodiálisis”

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mi en cualquier momento antes de la realización de las entrevistas y que los resultados de la investigación, serán publicados de manera anónima, para mejorar la intervención con pacientes con hemodiálisis.

.....
Firma del usuario.

.....
Firma del entrevistador.

Emiliano Zapata, Morelos; ____ de _____ del 2019.

Cuestionario de valoración de conocimientos de Juan Carlos Sánchez González 2015

Contesta la siguiente encuesta lo mas honesto(a) posible, encerrando o subrayando la respuesta que consideres sea la correcta.

Sexo:

Hombre Mujer

Edad:

18-30 anos 30-60 anos + de 60 años

Estudios:

Sin formación Formación básica Formación secundaria Formación universitaria

Estado civil:

Soltero/a Casado/a Viudo/a

Ocupación: _____

¿Ha pasado por la consulta de pre-diálisis?

Si No

¿Ha estado anteriormente en diálisis peritoneal?

Si No

¿Ha sido trasplantado?

Si No

Número de fármacos que toma:

Cocinero de sus propios alimentos:

Si No A veces

Tipo de acceso vascular:

Fistula Injerto Catéter

1. ¿Sabe cuáles son las funciones del riñón?

- a) Es el encargado de repartir la sangre por el cuerpo
- b) Limpiar sustancias tóxicas del organismo y eliminar líquidos a través de la orina
- c) Absorber los nutrientes de mi alimentación

2. ¿Sabe que es la Insuficiencia Renal Crónica?

- a) Fallo de las funciones del riñón
- b) Orinar mucha cantidad
- c) Orinar sólo por la noche

3. ¿Qué es la Hemodiálisis?

- a) Tratamiento que permite curar la ERC en unas pocas sesiones
- b) Tratamiento que se realiza a través del abdomen
- c) Es un procedimiento destinado a suplir la función depuradora del riñón

4. ¿Sabe usted por qué le pesan siempre antes de comenzar cada sesión de Hemodiálisis?

- a) Para saber su peso acumulado desde la anterior sesión de diálisis y así poder programar los parámetros de su tratamiento
- b) Para saber si estoy o no desnutrido

c) Para saber si hay que ponerse a dieta

5. ¿Qué es la fistula arterio-venosa?

- a) Es un bulto en la piel
- b) El acceso permanente, dónde se une una arteria y una vena, normalmente en el brazo, a través del cual su sangre es llevada a la máquina de diálisis
- c) Es un tubo de gran calibre, insertado en el cuello, para extraer la sangre en la Hemodiálisis

6. ¿Qué cuidados debe darle a la fistula arterio-venosa?

- a) Le pueden tomar la tensión y sacarle sangre en el brazo portador de la fistula
- b) No le pueden tomar la tensión ni sacar sangre del brazo portador de la FAVI, no coger peso, no llevar ropa u objetos apretados y debe mantener una buena higiene diaria
- c) No me la puedo mojar al ducharme

7. ¿Qué es el catéter?

- a) Es un tubo de plástico que se introduce en un vaso sanguíneo de gran calibre para extraer la sangre y realizar la hemodiálisis

- b) Es una vía que me cogen para meter medicación
- c) Unión de arteria y vena en el brazo que permita realizar la hemodiálisis

8. Con respecto al cuidado del catéter indique cuál es verdadera:

- a) Realizar la ducha con precaución para mantener el catéter protegido y seco, y comunicar a la enfermera la aparición de dolor y calor en esta zona
- b) Puede utilizarlo para otros tipos de tratamientos ajenos a la hemodiálisis
- c) No tiene importancia que se le moje

9. ¿Cuál de estos alimentos es recomendable por su bajo contenido en potasio para su dieta?

- a) Plátano, kiwi, naranja
- b) Pepino, lechuga y compota de manzana
- c) Lentejas

10. ¿Cómo debe cocinar sus verduras?

- a) Cortando la verdura en trozos pequeños, dejándola en remojo un mínimo de tres horas y cambiando el agua varias veces sin consumir el agua del remojo, la verdura congelada pierde potasio al dejarla descongelar a temperatura ambiente
- b) Cocinándola poco tiempo
- c) Echándole mucha sal

11. Como sabe, abusar de alimentos ricos en potasio puede poner en riesgo su vida, ¿sabe qué síntomas podría dar un consumo elevado de potasio y ante los cuales debería ir a Urgencias inmediatamente?

- a) Cuando presente cansancio, hormigueos, pesadez en brazos y piernas y dificultad para hablar
- b) Cuando presente fiebre y congestión nasal
- c) Cuando presente dolor de oído

12. Como sabe, una de las formas de reducir el fósforo en sangre es reducir su consumo. ¿sabe qué alimentos son ricos en fósforo?

- a) Zanahoria
- b) El queso, el yogur, alimentos con harina como pan, tallarines o productos de pastelería y la coca-cola
- c) Espárragos

13. ¿Es necesario que disminuya el consumo de proteínas en su tratamiento de diálisis?

- a) No ni antes ni durante el tratamiento

- b) No, sólo al comenzar el tratamiento en diálisis
- c) Puedo comer todas las proteínas que quiera

14. ¿Cómo debe ser la ingesta de proteínas en un paciente en HD?

- a) Menor para no forzar al riñón
- b) Mayor porque se pierden proteínas durante el tratamiento con hemodiálisis
- c) Es indiferente el consumo de proteínas que se realice en la dieta

15. ¿Cuál es la ingesta de líquidos recomendada en Hemodiálisis?

- a) No puedo beber líquidos
- b) Medio litro + cantidad que orine en 24 horas
- c) Puedo beber lo que quiera

16. Una posible complicación en pacientes en HD es el llamado edema agudo de pulmón, que se puede producir al ingerir más líquido del recomendado, ¿qué síntomas puede sentir y ante los cuales debería acudir rápidamente a Urgencias?

- a) Dificultad respiratoria, hinchazón en cara, brazos y piernas
- b) Fatiga y vómitos
- c) Dolor de cabeza

17. ¿Cómo debe actuar para no sobrepasar la ingesta de líquido?

- a) Saltear las verduras antes de hervirlas
- b) No beber nada de agua
- c) Limitar la ingesta de comidas saladas ya que aumenta la sed y medir el líquido total que debo tomar al día

18. ¿La EPO está incluida en su medicación?

- a) No
- b) La EPO me la aporta la dieta
- c) Si ya que ésta hormona es producida por el riñón y debido a mi enfermedad esta producción se ve disminuida

19. ¿cuál de estos medicamentos se utiliza para disminuir el fósforo en la sangre?

- a) Caosina, Royen, Renagel, Fosrenol, Renvela
- b) Enalapril, EPO, hierro, Augmentine
- c) Resin calcio, resin sodio, adiro, Sintrom

20. ¿Cree usted que la Hemodiálisis es un tratamiento curativo?

- a) Sí, con unas cuantas sesiones los riñones se curarán y no tendré que volver a hemodiálisis
- b) No, pero ayuda a mejorar la calidad de vida
- c) No y no sirve para nada

21. ¿Cree usted que está adaptado a la hemodiálisis?

- a) Si
- b) No
- c) No sé

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN.

Inventario de calidad de vida (InCaViSa) de la Dra. Angelica Riveros Rosas 2009

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a como ha pensado o sentido durante las ultimas dos semanas, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones, pero solo en los **últimos 15 días**.

Marca la respuesta en la cual te sientas más identificada(o) en el espacio que corresponda (No hay respuestas buenas ni malas) contesta lo más honesto(a) posible.

	NUNCA	CASI NUNCA	VECESPOCAS	FRECUENTE	SIEMPRECASI	SIEMPRE
1. Creo que si me cuido mi salud mejorar.						
2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas.						
3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.						
4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.						
5. Me preocupa que alguien se sienta incomodo cuando está conmigo por mi enfermedad.						
6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad.						
7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas.						
8. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuerdas fácilmente.						
9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.						
10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.						
11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.						
12. Me siento tan vacío que nada podría animarme.						
13. Me parece que desde que enferme no confían en mi como antes.						
14. Me siento tan solo aun estando en compañía de otros.						
15. Me siento poco atractivo porque estoy enfermo(a).						
16. Me siento restringido(a) por mi peso.						
17. Me da pena mi cuerpo.						
18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a).						
19. Se me olvida en donde puse las cosas.						
20. Se me olvidan los nombres.						
21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.						
22. Tengo problemas con mi memoria.						
23. Me fastidia tomar tantas medicinas.						
24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.						
25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.						
26. Me siento incomodo(a) con mi médico.						
27. El amor de mi familiar es lo mejor que tengo.						
28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.						
29. Mi familia me comprende y me apoya.						
30. Mi familia cuida de mis sentimientos.						
31. Desde que me enferme deje de disfrutar mi tiempo libre.						
32. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.						

33. Desde que me enferme, deje de pasar el rato con mis amigos.
34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.
35. Desde que me enferme mi vida diaria se ha vuelto difícil.
36. Desde que me enferme mi vida diaria dejo de ser placentera.
37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.
38. Deje de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).
39. Espero que el medico cure todos mis síntomas.
40. Solo el medico puede hacer que me sienta mejor.
41. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.
42. El responsable de que me cure es el médico.
43. Disfruto asistir con el médico.
44. Me gusta hablar con el medico sobre mi enfermedad.
45. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.
46. Necesito atención medica constantemente.
47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.
48. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.
49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.
50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.



"1919-2019: En memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca Mor., 05 de Octubre del 2019

No. Oficio: FE-JP-826-2019.


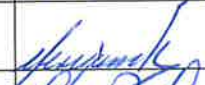



ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
 PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesina titulada: **RELACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS.**, trabajo que presenta la **L.E. RICARDO VEGA SOLANO**, quien cursó el POSGRADO: **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME			
DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ			
MTRA. ALMA ROSA MORALES PÉREZ			
M. EN C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS			
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ			

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).