



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN
LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS QUE
SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA
DURANTE EL PERÍODO 2016”**

Presentado por:

Liz Erika Soto Lucar

Trabajo Académico desarrollado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Especialista en Cuidado del Enfermero
en Nefrología y/o Urología con mención en Diálisis

Docente asesor:

Dra. Juana Marcos Romero

Chincha, Ica, 2016

DEDICATORIA

A mi familia por el gran apoyo que me ha brindado durante toda mi vida.

ÍNDICE

DEDICATORIA

RESUMEN

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	01
II.	PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	02
	a) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	
	b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
	c) JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	
	d) HIPÓTESIS	
	e) VARIABLES	
III.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	08
	a) OBJETIVOS GENERAL	
	b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
IV.	MARCO TEÓRICO.....	09
V.	MÉTODOS O PROCEDIMIENTO.....	32
VI.	RESULTADOS.....	34
VII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
	a) CONCLUSIONES	
	b) RECOMENDACIONES	

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMEN

La hemodiálisis es el tipo de tratamiento más utilizado en la actualidad, y el 90,6% de todos los pacientes con ERC se someten a un tratamiento basado en hemodiálisis. Esta terapia interfiere en la vida normal de la persona, impidiendo o limitando la realización de las actividades de la rutina diaria, ya que muchas veces provocan incapacidad física y problemas emocionales.

Así, el tema de la capacidad funcional ha sido uno de los componentes de salud a considerar fundamental a la hora de valorar la salud de la población en general, especialmente de quienes padecen enfermedades crónicas como ERC. La independencia funcional se define como la capacidad de hacer algo sin ayuda, lo que significa la presencia de condiciones motoras y cognitivas satisfactorias para el desarrollo de las actividades. La valoración por parte del equipo de salud es fundamental, ya que relaciona el impacto de la enfermedad con las condiciones limitantes del individuo, reflejándose así en su calidad de vida.

Estudios nacionales e internacionales han evaluado la independencia funcional presente en pacientes con ERC y han llegado a la conclusión de que estos pacientes tienen limitaciones funcionales en algunas actividades de la vida diaria. La evaluación del nivel de independencia funcional ayuda a la enfermera a planificar la asistencia que se le brindará y también a actuar de la manera más eficaz posible en el servicio a la población. Se supone que son innumerables las dificultades a las que se enfrentan estas personas, ya sea por su dependencia de la máquina de hemodiálisis como también por sus visitas al consultorio médico, lo que interfiere en las actividades diarias del paciente.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica se considera uno de los principales problemas relacionados con la salud pública en todo el mundo. En Irán, las estadísticas han demostrado el espectacular crecimiento de la insuficiencia renal crónica en los últimos años. La necesidad de hemodiálisis ha aumentado notablemente. Las enfermedades renales crónicas se encuentran entre los principales problemas de salud pública en todo el mundo. En el Informe sobre la salud mundial de 2000, un objetivo importante de los programas de promoción de la salud era aumentar la esperanza de vida y hacer más hincapié en la tasa de mortalidad y los síntomas de la enfermedad. Tener buenos sentimientos se consideró como el objetivo principal de la organización mundial de la salud en 2016. La calidad de vida incluye salud, problemas asociados con la falta de salud física y mental, y problemas relacionados con el desempeño y la participación en varios aspectos de la vida. La calidad de vida está estrechamente relacionada con enfermedades y afecciones que ponen en peligro la salud física y mental de las personas.¹⁻³

El sufrimiento y el dolor de los pacientes sometidos a hemodiálisis afectan varios aspectos de sus vidas, de manera que el sufrimiento altera los niveles de actividad diaria del paciente y disminuye su capacidad para realizar las actividades diarias. El sufrimiento es un sentimiento desagradable que va desde un malestar psicológico, mental y físico transitorio hasta un dolor profundo y tiene varias etapas desde la decepción maligna hasta la apatía y la indiferencia (considerada como etapa final).⁴

Las enfermedades crónicas no solo interfieren en la vida de los pacientes, sino que también afectan a los cuidadores principales. Dado que los cuidadores de pacientes en

hemodiálisis tienen que desempeñar un papel clave en el apoyo a sus pacientes en diálisis, pueden sentir una gran carga sobre sus hombros. Estos cuidadores a menudo pasan mucho tiempo cuidando a sus pacientes y soportan una fatiga considerable y una carga para el cuidador.

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

a) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad irreversible e insuficiencia renal progresiva donde el cuerpo no puede mantener el equilibrio metabólico y electrolítico, resultando en uremia, acidosis metabólica, anemia, desequilibrios electrolíticos y trastornos endocrinos. Sus principales causas son diabetes, hipertensión, glomerulonefritis y riñón poliquístico enfermedad. La hemodiálisis es el tratamiento más frecuente método para CRF.⁵ Sin embargo, se ha argumentado que una serie de restricciones y modificaciones acompañan a este tratamiento, que tienen un impacto perjudicial en la calidad de vida del paciente y afectan la salud física y psicológica de las personas bienestar. La insuficiencia renal crónica es un proceso psicológico para los pacientes y sus familias para aceptar su nueva imagen y ajustarse a la nueva condición de hemodiálisis. La calidad de vida de los pacientes que requiere diálisis se ve afectado significativamente, ya que es asociados con cambios en sus hábitos diarios y en su estilo de vida tanto para ellos mismos como para sus familias. Al mismo tiempo, su salud física, su estado funcional, su personal relaciones y su situación social y económica se ven muy afectados. El

estado nutricional del paciente con ERC, cambia de forma radical como consecuencia de la misma enfermedad y el tratamiento. Como profesional de Enfermería debemos tener en cuenta que las enfermedades crónicas son progresivas, y si no llevan un tratamiento adecuado puede ser perjudicial para el paciente, por ello es necesario saber si el nivel de conocimiento que adquiere el paciente afecta su estado nutricional y su calidad de vida.⁶⁻⁷

Es importante brindarles información constante sobre alimentación para así mejorar su estado nutricional. Lo cual en la realidad no es tomado en cuenta en todos los centros renales y el personal de enfermería juega un rol muy importante porque es quien más interactúa con el paciente y la educación que brinda puede repotenciar lo que en consultorio de nutrición se les brinda, con una visión más humanizada.

b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016?

c) JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) forman creencias organizadas con respecto a su enfermedad y tratamiento. Estas percepciones influyen en las estrategias de afrontamiento empleadas por un individuo para manejar su enfermedad y pueden actuar como un predictor de su

voluntad de participar en conductas de autocuidado. Si bien las percepciones de la enfermedad se han identificado como predictores de no adherencia, depresión y mortalidad en pacientes en diálisis, hay una escasez de investigación en pacientes con ERC que no requieren terapia de reemplazo renal.⁸

Esta revisión narrativa sintetiza la literatura existente con respecto al papel de las percepciones de la enfermedad y los resultados clínicos y psicosociales asociados en pacientes con ERC sin diálisis. A pesar de la escasa base de pruebas, los estudios existentes indican que las percepciones negativas de la enfermedad están asociadas con la progresión de la enfermedad y una serie de resultados psicosociales en pacientes con ERC sin diálisis. La evidencia de otras poblaciones clínicas sugiere que las percepciones de la enfermedad se pueden modificar a través de la intervención psicológica, que puede ser más efectiva si se administra temprano antes de que las creencias tengan la oportunidad de establecerse más. Por lo tanto, la focalización de las percepciones de la enfermedad en las primeras etapas de la ERC puede ser óptima. Ahora se necesitan más estudios para determinar los mecanismos a través de los cuales las percepciones de la enfermedad predicen los resultados psicosociales y clínicos en los pacientes con ERC y, en última instancia, probar la eficacia de las intervenciones basadas en la percepción de la enfermedad.⁹⁻¹⁰

La enfermedad renal crónica (ERC) significa que los pacientes deben seguir ciertas restricciones y limitaciones, especialmente después de que se haya introducido el

tratamiento de diálisis. Las personas pueden llegar a ser incapaces de realizar sus tareas cotidianas habituales, en cuyo caso la ayuda de terceros se vuelve imprescindible.

d) HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Existirá el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Existe el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según conceptos generales en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Existe el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de minerales en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Existe el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de líquidos en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

e) VARIABLES

Nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES/ITEMS	VALOR FINAL
<p>Nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p>	<p>El conocimiento es un recurso valioso de cada ser humano, implica cambios en la naturaleza de la persona.</p> <p>El nivel de conocimiento en ámbitos de nutrición es un factor determinante en conductas de alimentación de cada persona. Del conocimiento que adopta cada persona dependerá el bien estar de su salud.</p>	<p>El conocimiento es como una luz para el ser humano, un medio que abre las puertas en el transcurso de la vida, sobre todo para los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica que padecen de enfermedades crónicas renales</p> <p>que constituye en problema de salud y de esta manera ayuda al paciente a elegir las mejores pautas de alimentación para tener mejor calidad de vida, en beneficio de su salud.</p>	<p>Conceptos generales.</p> <p>Consumo de minerales</p> <p>Consumo de líquidos.</p>	<p>Conceptos generales sobre alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto de alimentación. ▪ Importancia de una buena alimentación ▪ Alimentos Saludables para la Hemodiálisis <p>Consumo de minerales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es el Sodio? ▪ ¿Qué es el Fósforo? ▪ ¿Qué es la Potasio? ▪ ¿Qué Debo Saber Acerca de las Vitaminas y Minerales? <p>Consumo de agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Por Qué debo Limitar la Ingesta de Líquidos? ¿Qué cantidad de líquido debes consumir? ¿Qué bebida es de tu preferencia. 	<p style="text-align: center;">Alto Medio Bajo</p>

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a) OBJETIVOS GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Correlacionar el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según conceptos generales en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Identificar el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de minerales en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Determinar el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de líquidos en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

IV. MARCO TEÓRICO

La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo y se asocia con una serie de comorbilidades adversas y una amplia gama de síntomas debilitantes. La preservación de la función renal, así como el tratamiento y prevención de las comorbilidades es el objetivo último del manejo clínico de la ERC, que incluye el control de la presión arterial y la glucemia y cambios en la dieta y el estilo de vida. Estos objetivos terapéuticos imponen una serie de demandas de comportamiento en el paciente, y los pacientes con ERC tienen una de las cargas de medicación diarias más altas de todas las enfermedades crónicas. Dada esta carga y complejidad del tratamiento, la falta de adherencia al tratamiento sigue siendo alta. Sin embargo, dado que la no adherencia se asocia en última instancia con una mayor mortalidad por todas las causas, las estrategias para mejorar las conductas de autocuidado son vitales para un resultado clínico óptimo.¹¹

La integración de programas de autocuidado en el modelo actual de atención de la ERC es de creciente interés. De acuerdo con este enfoque más centrado en el paciente, comprender las perspectivas del paciente hacia su enfermedad y tratamiento puede mejorar la eficacia de dichos programas, lo que repercute positivamente en los resultados del paciente. Las percepciones de la enfermedad son patrones organizados de pensamiento que se generan en respuesta a una amenaza para la salud. Estas creencias se teorizan dentro del Modelo de sentido común (CSM) de autorregulación de Leventhal e informar la estrategia de afrontamiento de un individuo, incluida su voluntad de participar en conductas de autocuidado como el control dietético y la

adherencia a la medicación. Estas 'representaciones de la enfermedad' (denominadas esquema de la enfermedad) están informadas por nuestro entendimiento lego de la condición, la información de otros y nuestras percepciones sobre los síntomas pasados y actuales de la condición.

Esta información se conceptualiza tanto cognitiva como emocionalmente en las siguientes seis dimensiones: identidad (el nombre y los síntomas que la acompañan), causa (la causa percibida de la afección), línea de tiempo (si creen que es crónica o no), consecuencias (cómo la enfermedad les afectará física y socialmente), curabilidad / controlabilidad (el grado en que la enfermedad se puede curar o manejar y el papel que juega el individuo para que esto suceda) y coherencia (comprensión de la condición por parte del paciente). Además de la evaluación cognitiva de los síntomas y la enfermedad, un individuo forma respuestas emocionales paralelas a una amenaza para la salud, como sentimientos de miedo o angustia.

En un modelo extendido del CSM, Horne y Weinman incluyeron creencias específicas con respecto al tratamiento (incluidas creencias sobre su necesidad y preocupaciones / efectos secundarios), lo que sugiere que los individuos forman percepciones sobre su enfermedad, así como sobre el régimen de tratamiento ofrecido. Comprender la interacción entre la enfermedad y las percepciones del tratamiento es importante para abordar la falta de adherencia.¹²⁻¹⁶

La importancia de las percepciones de la enfermedad y el tratamiento en la predicción de la falta de adherencia, la depresión y la mortalidad entre los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) se ha discutido en otro lugar. Sin embargo, se sabe menos sobre el papel de las percepciones de

la enfermedad en pacientes con ERC que no requieren terapia de reemplazo renal (TRR), y el desarrollo y prueba de intervenciones informadas por el CSM aún requiere atención.¹⁷

Hasta donde sabemos, ningún estudio ha evaluado la efectividad de las intervenciones de percepción de la enfermedad para modificar los resultados psicosociales o clínicos en pacientes con ERC. Jansen y col. realizó un pequeño estudio piloto para probar la viabilidad de una intervención enmarcada por CSM que tenía como objetivo fomentar las actividades de la vida diaria en pacientes antes de la diálisis y recién dializados. La intervención se consideró factible de realizar y bien recibida por los pacientes. Sin embargo, no se evaluó la efectividad de la intervención para fomentar la participación del paciente en las actividades de la vida diaria y ahora se requiere un ensayo de control aleatorio. Además, una pequeña cantidad de intervenciones conductuales han utilizado teorías de autorregulación alternativas para abordar la adherencia a las restricciones de líquidos en pacientes con ESRD.¹⁸⁻²⁰ Los resultados indicaron una tendencia hacia un mejor control de los líquidos entre el grupo de intervención, aunque las percepciones de la enfermedad no se abordaron específicamente dentro de estas intervenciones. La evidencia de otras poblaciones clínicas sugiere que la intervención psicológica tiene el potencial de alterar las percepciones negativas de la enfermedad, mostrando beneficios tanto psicológicos como clínicos para el paciente. Broadbent y col aconsejan realizar intervenciones de percepción de la enfermedad en una etapa temprana, antes de que las creencias se hayan establecido por completo.²¹⁻²⁴

Esto destaca la importancia de alterar las percepciones inútiles de la ERC y los comportamientos asociados en el entorno previo a la diálisis. Proporcionar una intervención en esta etapa puede

fomentar regímenes positivos de manejo de la enfermedad que tienen el potencial de modificar una serie de factores relacionados con la progresión de la enfermedad y la comorbilidad. Sin embargo, antes de desarrollar intervenciones centradas en la percepción de la enfermedad, es importante obtener una comprensión inicial de cómo los pacientes con ERC dan sentido a su enfermedad y cómo esto influye en sus comportamientos y resultados de afrontamiento. Según el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que la Enfermedad Renal Crónica es una afección que padece la población a nivel mundial, sin embargo, la importancia de la educación sanitaria juega un papel muy importante, ya que si no se previene esta enfermedad las consecuencias serían irreversibles para la salud del paciente, que en la mayoría de los casos los síntomas se presentan en etapas finales de la enfermedad. Una existencia de comidas poco saludables e inactividad física, aumenta con el tiempo los riesgos para salud. La información nutricional es necesaria para disminuir los riesgos de salud donde la población es más vulnerable.²⁵⁻²⁷

La adherencia al tratamiento no solo incluye procedimientos sustitutivos, administración de medicamentos, chequeos periódicos, sino también implica las intervenciones para fomentar modos de vida saludables. “Realizar actividad física, no fumar, llevar una dieta saludable, comer con poca sal y poca azúcar y chequearse regularmente”. En España, un informe realizado por Marti, en 2012, estimó que el 10% aproximadamente de la población adulta sufría de algún grado de ERC, y tener un estilo de vida saludable tiene un efecto beneficioso tanto en el enlentecimiento de la enfermedad como en la progresión de la misma. “La Enfermería está muy implicada en el consejo nutricional desde las fases tempranas de la enfermedad renal,

este consejo debe ofrecerse desde que el paciente acude por primera vez a la consulta”.²⁸

Según la Sociedad Española de Nefrología (SEN)²⁷, 2013 manifiesta que la base de una buena actitud saludable es la educación, esto le va a permitir al paciente crónico desarrollar habilidades, destrezas y actitudes que le van ayudar a asumir adecuada y autónomamente el control de su enfermedad. Es muy importante que la educación por parte del profesional de enfermería sea con métodos didácticos, grupal y multidisciplinar.

Según Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en España²⁹⁻³² realizó un informe donde manifiesta que el paciente que empieza por primera vez un tratamiento de hemodiálisis enfrentara una situación nueva y desconocida, que frecuentemente genera preocupación, ansiedad y miedo. Una información correcta y adecuada, junto a la labor de apoyo de parte de profesional de Enfermería ayudaría de manera positiva. La Asociación Colombiana de Nefrología en 2016, en un informe realizado por los especialistas advirtieron se ha incrementado los casos de enfermedades renales y uno de los principales factores es la falta de información. “el principal obstáculo en la lucha contra este mal es el bajo nivel de información en la ciudadanía, ya que es una enfermedad silenciosa, progresiva y el paciente debe tener en cuenta la importancia de tener buenos hábitos de vida saludable”. Según el Ministerio de Salud (MINSA)²⁹ en 2017, los especialistas manifestaron que las principales causas de desarrollar la enfermedad renal es la diabetes, hipertensión arterial y la obesidad y unas de las medidas importantes es que el paciente adopte un estilo de vida saludable, consumo diario de una dieta balanceada ricos en fibra, cereales, frutas y verduras y mantenerse con actividad física diariamente.

Según Dulanto³³, en el 2015, afirma que la incidencia de la ERC está en aumento conforme se incrementan los casos diabetes, obesidad e hipertensión arterial, la importancia de la hidratación es básica y fundamental para mantener una salud adecuada, para el correcto funcionamiento de los riñones en un paciente renal. También recomendó la importancia de la actividad física regular, una nutrición adecuada, y abordar el tema educativo tanto de la enfermera como de la nutricionista. Tiene como finalidad, proporcionar información actualizada de los resultados que se obtengan para tener en cuenta en los programas de capacitación para que contribuyan, motiven y promuevan al equipo de salud hacia un trabajo en conjunto con los pacientes sometidos a hemodiálisis. Así mismo, incentivar al profesional de enfermería a que enfatice en su rol de educador, con metodologías didácticas y participativas.

Es importante que los pacientes que se someten a hemodiálisis puedan adquirir nuevos conocimientos mediante la información obtenida, ya que esto permitirá que conozcan la importancia de llevar una dieta adecuada para mantener un mejor estado de salud, no solo una mayor supervivencia a largo plazo, sino también una mejor calidad de vida.³⁴⁻³⁷

ANTECEDENTES

Citaremos a la autora Jamilla A. Hussain et al con el trabajo titulado “Toma de decisiones de pacientes y profesionales de la salud para comenzar y retirarse de la diálisis renal: una revisión sistemática de la investigación cualitativa” (2017)³⁸

Antecedentes y objetivo

Para garantizar que las decisiones de iniciar y detener la diálisis en la ERT sean compartidas, se deben comprender los factores que afectan a los pacientes y a los profesionales de la salud en la toma de tales decisiones. Esta revisión sistemática buscó explorar cómo y por qué diferentes factores median en las elecciones sobre el tratamiento de diálisis.

Diseño, entorno, participantes y mediciones

Se realizaron búsquedas en MEDLINE, Embase, CINAHL y PsychINFO para obtener estudios cualitativos de los factores que afectan las decisiones de los pacientes o de los profesionales de la salud de comenzar o retirarse de la diálisis. Se realizó una síntesis temática.

Resultados

De 494 artículos examinados, se incluyeron 12 estudios (realizados entre 2002 y 2017). En ellos participaron 206 pacientes (la mayoría en hemodiálisis) y 64 profesionales de la salud (rangos de edad: pacientes, 26-93 años; profesionales, 26-61 años). Para comenzar la diálisis, los pacientes basaron su elección en el "instinto intestinal", además de deliberar sobre el efecto del tratamiento en la calidad de vida y la supervivencia. La forma en que las personas afrontaron la toma de decisiones fue influyente: algunas intentaron tomar el control del problema de la insuficiencia renal progresiva, mientras que otras se centraron en controlar sus emociones.

Los profesionales de la salud sopesaron los factores biomédicos y fueron guiados por el instinto de prolongar la vida. Tanto los pacientes como los profesionales sanitarios describieron sentirse impotentes. Con respecto a la retirada de diálisis, sólo después de periodos prolongados en diálisis se apreciaron plenamente las

realidades de la vida en diálisis y se cuestionaron las elecciones pasadas. En esta etapa, sin embargo, los pacientes dependían físicamente del tratamiento. Como se vio al comenzar la diálisis, los individuos se enfrentaron al retiro del tratamiento de una manera que controlaba el problema o las emociones. Las familias lucharon por diferenciar entre elegir y permitir la muerte.

Los equipos de salud evitaron y cuestionaron las discusiones sobre el retiro de la diálisis. Los pacientes, sin embargo, se perdieron el diálogo que experimentaron durante la educación previa a la diálisis. Las familias lucharon por diferenciar entre elegir y permitir la muerte. Los equipos de salud evitaron y cuestionaron las discusiones sobre el retiro de la diálisis. Los pacientes, sin embargo, se perdieron el diálogo que experimentaron durante la educación previa a la diálisis. Las familias lucharon por diferenciar entre elegir y permitir la muerte. Los equipos de salud evitaron y cuestionaron las discusiones sobre el retiro de la diálisis. Los pacientes, sin embargo, se perdieron el diálogo que experimentaron durante la educación previa a la diálisis.³⁸⁻⁴¹

Conclusiones

La toma de decisiones en la ERT es compleja y dinámica y evoluciona con el tiempo y hacia la muerte. Los factores que intervienen son multifacéticos y funcionan de forma diferente para los pacientes y los profesionales sanitarios. Se necesita más formación e investigación sobre comunicación abierta y toma de decisiones compartida.

Tendremos al autor Marilyn Li et al con el trabajo titulado “Mejora de la calidad mediante la introducción de la atención de rehabilitación de hemodiálisis geriátrica interdisciplinaria” (2018)⁴²

La provisión de rehabilitación con el objetivo de restaurar la independencia personal en pacientes ancianos en hemodiálisis se enfrenta a varios desafíos.

Diseño

Informe de mejora de la calidad.

Entorno y participantes

Primeros 3 años de experiencia de un programa de rehabilitación de hemodiálisis geriátrica para pacientes hospitalizados en Toronto. Pacientes con discapacidad de reciente aparición debido a una enfermedad prolongada o un evento agudo que los incapacita para vivir de forma independiente.

Plan de mejora de la calidad

Prestación de rehabilitación hospitalaria con diálisis in situ; un sistema de derivación simplificado; admisión preferencial de pacientes ancianos en diálisis; sesiones cortas de diálisis diarias; atención multidisciplinaria integrada por expertos en rehabilitación, medicina geriátrica y nefrología; y educación médica continua recíproca entre el personal.

Medidas

Las medidas de resultado fueron el porcentaje de pacientes dados de alta, la puntuación en la medida de independencia funcional y el logro de los objetivos de rehabilitación.

Resultados

En los primeros 36 meses ingresaron 164 pacientes en diálisis de 74,5 ± 7,8 años. Al ingreso, los pacientes tenían una puntuación media de comorbilidad de Charlson de 7,8 ± 2,5, el 98% tenía dificultad para caminar y el 84% requirió ayuda con los traslados de la cama a la silla. Después de una mediana de 48,5 días, 111 pacientes (69%) fueron dados de alta; 15 pacientes (9%), a un entorno de vida asistida; 20 pacientes (12%), a un centro de cuidados a largo plazo; y 18 pacientes (11%), a otras instalaciones para cuidados agudos o paliativos.

Limitaciones

El programa se basó en el liderazgo y el impulso de personal clave. La disposición del alta como resultado puede verse afectada por muchos factores y la definición del logro de los objetivos de rehabilitación es arbitraria.

Conclusión

La introducción de un servicio de rehabilitación de diálisis integrado puede ayudar a los pacientes de diálisis mayores con un deterioro funcional de reciente aparición a regresar a su hogar.

Citaremos al autor Mehdi Heidarzadeh et al con el trabajo titulado “Relación entre calidad de vida y capacidad de autocuidado en pacientes en hemodiálisis” (2018)⁴³

Aunque la hemodiálisis tiene un efecto terapéutico sobre la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), estos pacientes encuentran muchos factores estresantes físicos, psicológicos y sociales que conducen a una disminución en su calidad de vida (CDV). Uno de los factores que son efectivos para aumentar la calidad de vida es la capacidad de autocuidado. La revisión de la

literatura demostró algunos estudios realizados sobre diferentes aspectos de la calidad de vida en pacientes con ESRD en hemodiálisis y sus relaciones con la capacidad de autocuidado en Irán.

MÉTODOS:

Para ello, se seleccionaron todos los pacientes en hemodiálisis que tuvieran criterios de inclusión y estuvieran hospitalizados en las salas de hemodiálisis de los hospitales Bonab, Maragheh y Miandoab y se recogieron los datos mediante entrevista mediante un cuestionario que incluía tres partes, factores demográficos, calidad de vida y autogestión. -capacidad de cuidado.

RESULTADOS:

Los resultados indicaron que la calidad de vida en el 34% y la capacidad de autocuidado en el 78,3% de los pacientes en hemodiálisis eran deseables, existiendo una relación directa y significativa entre estas dos variables ($p < 0,001$, $r = 0,4$), como la capacidad de atención explicó el 29% de la varianza de la calidad de vida. En los subsectores de calidad de vida, la dimensión social en el 98,3% de los pacientes era deseable, mientras que la dimensión física (80%) y la dimensión psicológica (63,5%) en la mayoría de los pacientes eran indeseables. La dimensión física fue la dimensión más impresionante de la calidad de vida en la capacidad de autocuidado, mientras que la capacidad de autocuidado explicó el 27% de la varianza total de la dimensión física de la calidad de vida.

CONCLUSIONES:

Casi dos tercios de los pacientes mencionados no tenían una calidad de vida deseable y con respecto a la relación positiva entre la calidad de vida y la capacidad de autocuidado.

El autor Richard Howard et al con el trabajo titulado “Las opiniones de los pacientes y cuidadores en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad renal crónica: revisión sistemática y síntesis temática de estudios cualitativos” (2018)⁴⁴

Objetivo

Sintetizar las opiniones de los pacientes y cuidadores en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad renal crónica y determinar qué factores influyen en esas decisiones.

Diseño

Revisión sistemática de estudios cualitativos de toma de decisiones y elección de diálisis, trasplante o cuidados paliativos y síntesis temática de estudios cualitativos.

Fuentes de datos

Medline, PsycINFO, CINAHL, Embase, resúmenes de trabajo social y tesis digitales (desde el inicio de la base de datos hasta la semana 3 de octubre de 2018) para identificar la literatura utilizando métodos cualitativos (grupos focales, entrevistas o estudios de casos).

Métodos de revisión

La síntesis temática implicó la codificación línea por línea de los hallazgos de los estudios primarios y el desarrollo de temas descriptivos y analíticos.

Resultados

Se incluyeron 18 estudios que informaron las experiencias de 375 pacientes y 87 cuidadores. 14 estudios se centraron en las preferencias por la modalidad de diálisis, tres en el trasplante y uno en el manejo paliativo. Se identificaron cuatro temas

principales como fundamentales para las opciones de tratamiento: afrontar la mortalidad (elegir la vida o la muerte, ser una carga, vivir en el limbo), la falta de elección (decisión médica, falta de información, limitaciones de recursos), adquirir conocimiento de las opciones (influencia de los compañeros, momento de la información) y sopesar las alternativas (mantener el estilo de vida, las influencias familiares, mantener el status quo).

Conclusiones

Las experiencias de otros pacientes influyeron mucho en la toma de decisiones de pacientes y cuidadores. El momento problemático de la información sobre las opciones de tratamiento y la creación sincrónica de acceso vascular pareció predeterminar la hemodiálisis e inhibir la elección de otros tratamientos, incluidos los cuidados paliativos. La preferencia por mantener el status quo puede explicar por qué los pacientes a menudo permanecen en su terapia inicial.

El autor John Mayers et al con el trabajo titulado “Rehabilitación deprimente en pacientes geriátricos en hemodiálisis del centro de la ciudad” (2017)⁴⁵

Objetivo.

Evaluar el alcance de la rehabilitación funcional y vocacional lograda por pacientes ancianos del centro de la ciudad sometidos a hemodiálisis de mantenimiento.

Diseño.

Estudio de cohorte de iniciación de pacientes de edad avanzada con enfermedad renal en etapa terminal utilizando un sistema de clasificación de Karnofsky modificado. Se señaló la necesidad de una silla de ruedas, la participación en las actividades del hogar y el efecto de las condiciones comórbidas. Se comparó el estado

actual con el recuerdo del nivel de actividad funcional del paciente 2 años antes de comenzar la hemodiálisis de mantenimiento.

Ajuste.

Siete unidades de hemodiálisis privadas, afiliadas a hospitales y para pacientes ambulatorios en Brooklyn, NY.

Pacientes

Ciento cuatro pacientes de 65 años o más que recibieron hemodiálisis de mantenimiento durante al menos 6 meses.

Las principales medidas.

Una puntuación de 76 o más en una escala de Karnofsky modificada indicó una función independiente a un nivel que permitía la participación en actividades más allá de las exigidas por el régimen de hemodiálisis. Una puntuación de comorbilidad de 6 o más en un índice recién construido se correlacionó con una debilidad grave. También se registró la situación laboral.

Resultados.

La actividad funcional actual se había deteriorado a una puntuación de Karnofsky modificada de $66 \pm 12,3$ (\pm DE) en comparación con el recuerdo de los pacientes de una puntuación media de $84 \pm 14,3$ ($p < 0,001$) 2 años antes del inicio de la hemodiálisis. Los pacientes diabéticos tuvieron una puntuación más baja que los pacientes no diabéticos. El índice de comorbilidad medio de todo el grupo de estudio fue de $7,8 \pm 2,9$ (media \pm DE). Dentro del subconjunto de diabéticos, la debilidad grave obligó a 71 pacientes (68%) a limitar toda la actividad a su residencia, con la excepción de los viajes hacia y desde su centro de diálisis. Por el contrario, 2 años antes de comenzar la terapia dialítica, 81 pacientes diabéticos (78%) tenían intereses y

actividades que los llevaban fuera de sus hogares ($P < 0,001$). La debilidad generalizada fue la explicación más común dada para la falta de actividad exterior por nueve pacientes (9%) que estaban en silla de ruedas. La eritropoyetina, aunque se administró regularmente a 87 pacientes (84%).

Conclusiones.

La hemodiálisis de mantenimiento no devuelve a los pacientes ancianos del centro de la ciudad a su nivel de funcionamiento previo a la diálisis. Pocos pacientes diabéticos de edad avanzada en hemodiálisis llevan a cabo una parte sustancial de sus vidas fuera de sus hogares. Para los pacientes no diabéticos, la puntuación de Karnofsky modificada de los blancos ($70,4 \pm 11,9$) y los negros ($66,5 \pm 15,3$), aunque baja, fue equivalente ($p < 0,4$). (*JAMA* . 1994; 271: 29-33).

Tendremos al autor Mehdi Heidarzadeh et al con el trabajo titulado “Capacidad de autocuidado en pacientes en hemodiálisis” (2016)⁴⁶

Introducción:

Considerando los numerosos problemas físicos y psicológicos en los pacientes en hemodiálisis, estos son dependientes de otros en algunas actividades diarias y de hecho, no tienen una capacidad de autocuidado total. Se han realizado algunos estudios, particularmente en Irán, sobre la capacidad de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la capacidad de autocuidado de estos pacientes además de evaluar su asociación con algunas características demográficas.

Métodos:

estudio descriptivo en 2009 realizado en los hospitales de Maragheh, Bonab y Miandoab. La población del estudio incluyó a 115 pacientes en hemodiálisis que fueron elegibles. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario combinado y modificado que incluía características demográficas y elementos de capacidad de autocuidado.

Resultados:

La capacidad de autocuidado fue deseable en el 78,3 por ciento de los pacientes. La mayor capacidad de autocuidado deseable en los participantes del estudio se relacionó con el acceso vascular (73%) y la mayor capacidad de autocuidado indeseable se relacionó con el seguimiento de la dieta. Hubo una asociación significativa entre la capacidad de autocuidado y algunas características demográficas, como la edad, el sexo, el estado civil y la situación laboral.

Conclusión:

los pacientes en hemodiálisis no tenían una capacidad de autocuidado total. Es necesario potenciar sus conocimientos sobre alimentación, complicaciones de la hemodiálisis.

Citaremos al autor Jordan Casey et al con el trabajo titulado “Perspectivas de los pacientes sobre el acceso vascular para hemodiálisis: una revisión sistemática de estudios cualitativos”⁴⁷

La creación tardía del acceso vascular puede deberse en parte a la negativa del paciente y se asocia con resultados adversos . Las preocupaciones sobre el acceso vascular son factores estresantes relacionados con el tratamiento predominantes para los pacientes en terapia de hemodiálisis.

Diseño del estudio

Revisión sistemática y síntesis temática de estudios cualitativos.

Entorno y población

Pacientes con enfermedad renal crónica que opinan sobre el acceso vascular para hemodiálisis .

Estrategia de búsqueda y fuentes

Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, listas de referencias y disertaciones de doctorado hasta octubre de 2013.

Resultados

De 46 estudios en los que participaron 1034 pacientes, identificamos 6 temas: mayor vulnerabilidad (intrusión corporal, miedo a la canulación , amenaza de complicaciones y fallas, falta de preparación, dependencia de una línea de vida y desconfianza de proveedores desconocidos), desfiguración (preservación de la apariencia normal, recordatorio visual) enfermedad y evitar el estigma), mecanización del cuerpo (ligado a una máquina, anormalidad interna y mantenimiento constante), afectación en la forma de vida (incapacidad física, instigación de tensión familiar, pérdida de tiempo y gasto adicional), autoconservación y propiedad (control centrado en la tarea, defensa de la protección y aceptación), y confrontación de decisiones y consecuencias (inminencia de la terapia de diálisis y pensamientos existenciales).

Conclusiones

El acceso vascular es más que una intervención quirúrgica. La iniciación del acceso vascular significa insuficiencia renal y diálisis inminente, que es un enfrentamiento emocional. Los pacientes se esfuerzan por preservar su acceso vascular para sobrevivir, pero

al mismo tiempo lo describen como un doloroso recordatorio de las fallas de su cuerpo y la "anormalidad" de estar fusionados con una máquina que interrumpe su identidad y estilo de vida. La educación y el asesoramiento oportunos sobre el acceso vascular y el fomento de la confianza de los pacientes en los proveedores de atención médica pueden mejorar la calidad de la diálisis y conducir a mejores resultados para los pacientes con enfermedad renal crónica que requieren hemodiálisis.

Citaremos al autor Henrique Novais Mansu et al "Fragilidad y calidad de vida: un estudio transversal de pacientes brasileños con enfermedad renal crónica prediálisis" (2018)⁴⁸

Propósito

La enfermedad renal crónica (ERC) induce fragilidad y empeora la calidad de vida (CV), incluso en las primeras etapas de la enfermedad y en pacientes jóvenes. Sin embargo, existe un desconocimiento sobre la relación entre la fragilidad y la calidad de vida en pacientes con ERC. Por tanto, investigamos esta relación en una muestra de pacientes con ERC.

Métodos

Se realizó un estudio observacional cruzado, en el que se evaluaron 61 pacientes con ERC en tratamiento prediálisis. Todos los participantes completaron la Encuesta de salud Short Form-36 (SF-36). Usamos métodos válidos y confiables para clasificar a los sujetos como frágiles o no frágiles de acuerdo con Johansen et al. (2007) criterios. Se utilizó un análisis de varianza de una vía (ANOVA) y pruebas de chi-cuadrado para comparar los grupos. Además, se realizó un análisis de correlación de Spearman para medir asociaciones entre las variables identificadas y la fragilidad.

También realizamos una regresión lineal simple utilizando las puntuaciones compuestas físicas y mentales del SF-36.

Resultados

Casi la mitad de la muestra (42,6%) presentó evidencia de fragilidad. Los grupos diferían significativamente en términos de edad, género y todos los dominios del SF-36, excluyendo el funcionamiento social y el rol emocional. La fragilidad se asoció significativamente con todos los dominios del SF-36, nuevamente excluyendo el funcionamiento social y el rol emocional. El análisis de regresión no reveló diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones compuestas de salud física y mental generadas por el SF-36 ($p > 0,05$).

Conclusión

Los pacientes con ERC frágiles y no frágiles difirieron significativamente en siete de los ocho dominios del SF-36. El grupo frágil mostró un funcionamiento físico y mental disminuido cuando sus puntajes SF-36 se dividieron por sus puntajes compuestos físicos y mentales. La fragilidad se correlacionó con los dominios de la calidad de vida, con la excepción del dominio social. Existe la necesidad de intervenciones dirigidas a las características de la fragilidad, para proporcionar un mejor tratamiento y optimizar la calidad de vida general.

Citaremos a la autora Allison Tong et al con el trabajo titulado “Las perspectivas de los adultos que viven con diálisis peritoneal: síntesis temática de estudios cualitativos” (2016)⁴⁹

La mayoría de los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal requieren diálisis para sobrevivir porque no pueden acceder al trasplante de riñón . Algunas guías de práctica clínica

recomiendan la diálisis peritoneal (DP) como el tratamiento de diálisis de elección para adultos sin enfermedades co-mórbidas significativas o aquellos con función renal residual.

Métodos

Realizamos una revisión sistemática y una síntesis temática de estudios cualitativos sobre las perspectivas de los adultos sobre la vida con la EP. Se realizaron búsquedas en las bases de datos (MEDLINE, Embase, PsycINFO y CINAHL), tesis y listas de referencias hasta noviembre de 2016.

Resultados

Se incluyeron 39 estudios con 387 participantes. Identificamos 7 temas: resiliencia y confianza (determinación y superación de vicisitudes), estructuras de apoyo (fuerte relación familiar, apoyo de pares, dedicación profesional, abandono social y deseo de atención integral), responsabilidad abrumadora (intrusión disruptiva, carga familiar y trato oneroso). régimen), control (ganar conciencia corporal, lograr independencia y autoeficacia y búsqueda de información), libertad (flexibilidad y autonomía, conservación del funcionamiento social y capacidad para viajar), identidad enferma (daño a la autoestima y sufrimiento invisible), e invalidez (incapacidad física y pérdida y devaluación social).

Conclusiones

La EP puede ofrecer a los pacientes una sensación de control, independencia, autoeficacia y libertad. Sin embargo, se necesita una atención integral y multidisciplinaria para mitigar los riesgos de deterioro de la autoestima, incapacitación física, funcionamiento social reducido y falta de autoestima. Las estrategias que tienen como objetivo fortalecer el apoyo social y promover la resiliencia y la confianza en los pacientes son

fundamentales para lograr un ajuste positivo, mejores resultados psicosociales y satisfacción con el tratamiento.

El autor Frances Kam con el trabajo titulado “Evaluación de un programa de manejo de enfermedades dirigido por enfermeras para la enfermedad renal crónica: un ensayo controlado aleatorio” (2017)⁵⁰

Antecedentes

Los pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal requieren diálisis y un estricto cumplimiento de los planes de tratamiento para mantener la vida. Sin embargo, la falta de adherencia es un problema común y grave entre los pacientes con enfermedad renal crónica. Hay una escasez de estudios que examinen los efectos de los programas de manejo de enfermedades en pacientes con enfermedad renal crónica.

Objetivos

Este artículo examina si el grupo de estudio que recibe el programa de manejo de la enfermedad tiene una mejor mejora que el grupo de control, comparando los resultados al inicio (O1), a las 7 semanas al finalizar el programa (O2) y a las 13 semanas (O3).

Métodos

Este es un ensayo controlado aleatorio. Las medidas de resultado fueron la falta de adherencia en la dieta, los líquidos, la diálisis y la medicación, la calidad de vida, la satisfacción, el control de los síntomas, el control de las complicaciones y la utilización de los servicios de salud.

Resultados

No hubo diferencias significativas entre el grupo de control y el grupo de estudio para las medidas de referencia, excepto para el sueño. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el grupo de control y el grupo de estudio en O2 en las medidas de resultado de grado de no adherencia a la dieta, sueño, síntomas, ánimo del personal, salud general y satisfacción. Se observaron efectos sostenidos en O3 en las medidas de resultado del grado de no adherencia a la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD), el sueño, los síntomas y el efecto de la enfermedad renal.

Conclusiones

Muchos estudios que exploran el manejo de enfermedades crónicas han descuidado al grupo con insuficiencia renal en etapa terminal y este estudio llena este vacío. Este estudio ha empleado un modelo innovador de combinación de habilidades utilizando enfermeras especializadas y generales y ha demostrado una mejora del paciente en la no adherencia a la dieta, la no adherencia a la CAPD, los aspectos de la calidad de vida y la satisfacción con la atención. El rediseño de los programas de manejo de enfermedades crónicas ayuda a optimizar el uso de diferentes niveles de habilidades y recursos para lograr resultados positivos.

El autor Juan Lin et al con el trabajo titulado “Efectos de la atención de apoyo telefónica posterior al alta administrada por enfermeras para pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en China: un ensayo controlado aleatorio” (2018)⁵¹

Antecedentes

Los pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal (ESRF) necesitan atención médica integrada para mantener una calidad

de vida deseable. Los estudios sugieren que el apoyo telefónico a cargo de enfermeras después del alta tiene un efecto positivo para los pacientes que padecen enfermedades crónicas. Pero la atención posterior al alta está subdesarrollada en China continental y los efectos de la atención posterior al alta en pacientes con diálisis peritoneal no han sido concluyentes.

Objetivo

El propósito de este estudio es probar la efectividad de la asistencia telefónica dirigida por enfermeras después del alta en pacientes con diálisis peritoneal en China continental.

Métodos

Se realizó un ensayo controlado aleatorio en el departamento médico de un hospital regional en Guangzhou. Se reclutaron 135 pacientes, 69 en el grupo de estudio y 66 en el grupo de control. El grupo de control recibió atención al alta hospitalaria de rutina. El grupo de estudio recibió apoyo telefónico dirigido por enfermeras después del alta. La calidad de vida (Kidney Disease Quality of Life Short Form, KDQOL-SF), la química sanguínea, el control de complicaciones, los reingresos y las tasas de visitas a la clínica se observaron en tres intervalos de tiempo: línea de base antes del alta (T1), 6 (T2) y 12 (T3) semanas después del alta.

Resultados

Se encontraron efectos estadísticamente significativos para los síntomas / problemas, el estado laboral, el estímulo del personal, la satisfacción del paciente y la energía / fatiga en KDQOL-SF y las tasas de visitas a la clínica de 84 días (12 semanas) entre los dos grupos. El grupo de estudio tuvo una mejoría más significativa que el grupo de control para el sueño, el estímulo del personal tanto en T2 como en T3, y el dolor en T2 y la satisfacción del

paciente en T3. No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos para las medidas iniciales, otras dimensiones en KDQOL-SF, química sanguínea, control de complicaciones, tasas de reingreso en todos los intervalos de tiempo y tasas de visitas clínicas en los dos primeros intervalos de tiempo.

Conclusiones

El apoyo telefónico a cargo de enfermeras después del alta para los pacientes sometidos a diálisis peritoneal es eficaz para mejorar el bienestar de los pacientes en la transición del hospital al hogar en China continental.

V. MÉTODOS O PROCEDIMIENTO

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizó basado en el tipo de investigación diseño no experimental, ya que las variables que fueron planteadas no se llegaron a manipularlas, se obtuvieron tal cual del registro.

Transversal, debido a que se realizó en un tiempo determinado durante el año 2016. Retrospectivo, se obtuvieron datos de forma retrograda.

MÉTODO Y DISEÑO

Nuestro estudio contó con la revisión y el análisis documentario de las historias clínicas revisadas la cual fue la elaboración de nuestro instrumento, tal como lo es la ficha de recolección de datos, el mismo que fue calificado por 3 expertos en la materia, se llegó a recolectar la fuente necesaria para la ejecución de nuestro trabajo.

POBLACIÓN

Nuestra población en la cual se ejecutó se llegó a tener la participación de 110 pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

MUESTRA

Para obtener la muestra de nuestro estudio, se llegó a contar con la ayuda de la fórmula de poblaciones finitas, la misma cumple con todos los parámetros para la elaboración de nuestra tesis.

La terminología utilizada es:

n : El valor final de la muestra que debe estudiar.

Z²: valor fijo de 1.96 (relacionado con un CC de 0.95).

pe : 0.5 (P(ocurrencia)).

qe : 0.5 (P(no ocurrencia)).

E²: 0.05 (P(error))

N : 110 (Universo poblacional)

Utilizando las fórmulas:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

$$n = 1.536 > 0.10$$

N

Donde el valor relevante es

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{110}}$$

Se contó con la participación de 86 pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

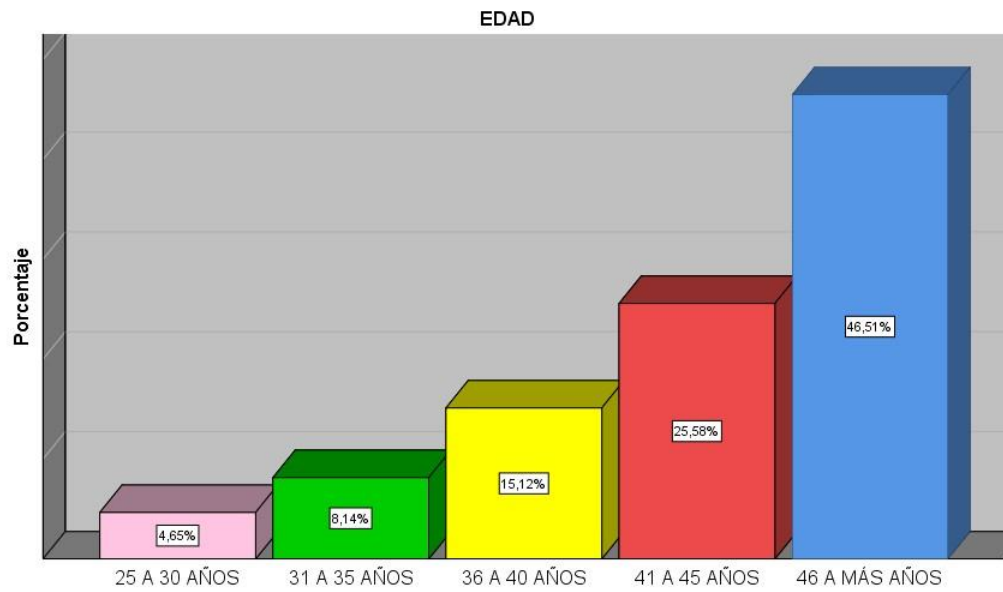
VI. RESULTADOS

1. Edad:

TABLA N° 01

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25 A 30 AÑOS	4	4,7	4,7	4,7
	31 A 35 AÑOS	7	8,1	8,1	12,8
	36 A 40 AÑOS	13	15,1	15,1	27,9
	41 A 45 AÑOS	22	25,6	25,6	53,5
	46 A MÁS AÑOS	40	46,5	46,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 01



INTERPRETACIÓN:

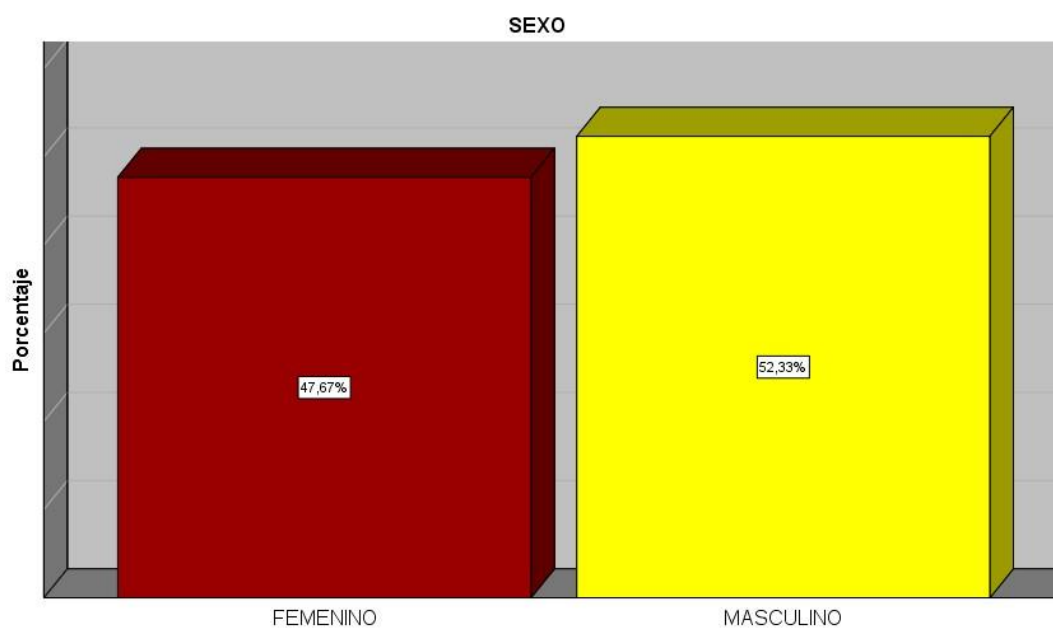
Respecto a la edad de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, se demostró que el 46.51% (46 a más años), 25.58% (41 a 45 años), 15.12% (36 a 40 años), 8.14% (31 a 35 años) y 4.65% (25 a 30 años).

2. Sexo:

TABLA N° 02

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	41	47,7	47,7	47,7
	MASCULINO	45	52,3	52,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 02



INTERPRETACIÓN:

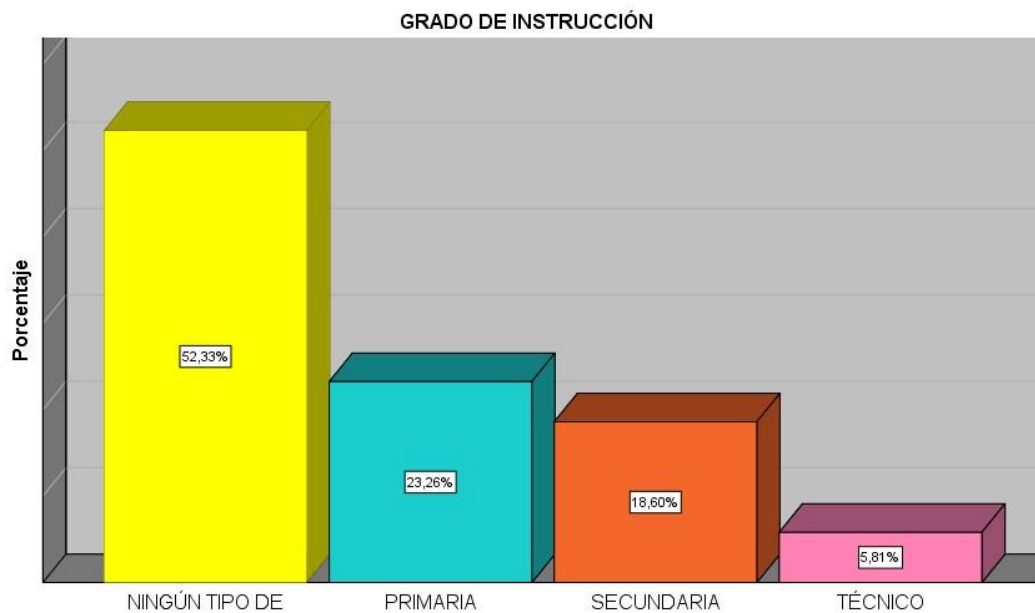
Respecto al sexo de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, se demostró que el 52.33% son masculinos y 47.67% son femeninos.

3. Grado de instrucción:

TABLA N° 03

GRADO DE INSTRUCCIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGÚN TIPO DE EDUCACIÓN	45	52,3	52,3	52,3
	PRIMARIA	20	23,3	23,3	75,6
	SECUNDARIA	16	18,6	18,6	94,2
	TÉCNICO	5	5,8	5,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 03



INTERPRETACIÓN:

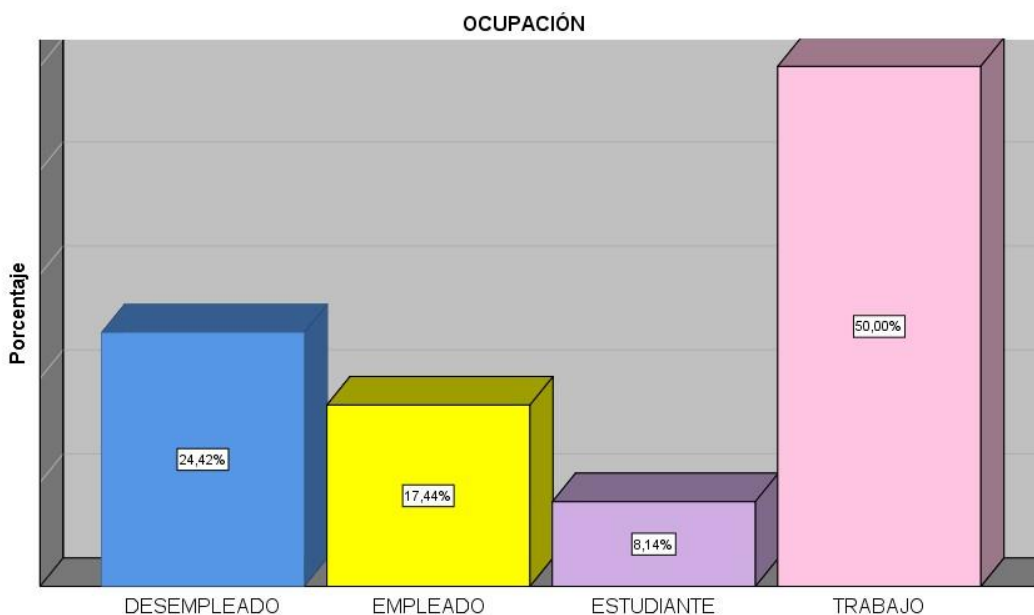
Respecto al grado de instrucción de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 52.33% (ningún tipo de educación), 23.26% (primaria), 18.60% (secundaria) y 5.81% (técnico).

4. Ocupación:

TABLA N° 04

OCUPACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESEMPLEADO	21	24,4	24,4	24,4
	EMPLEADO	15	17,4	17,4	41,9
	ESTUDIANTE	7	8,1	8,1	50,0
	TRABAJO INDEPENDIENTE	43	50,0	50,0	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 04



INTERPRETACIÓN:

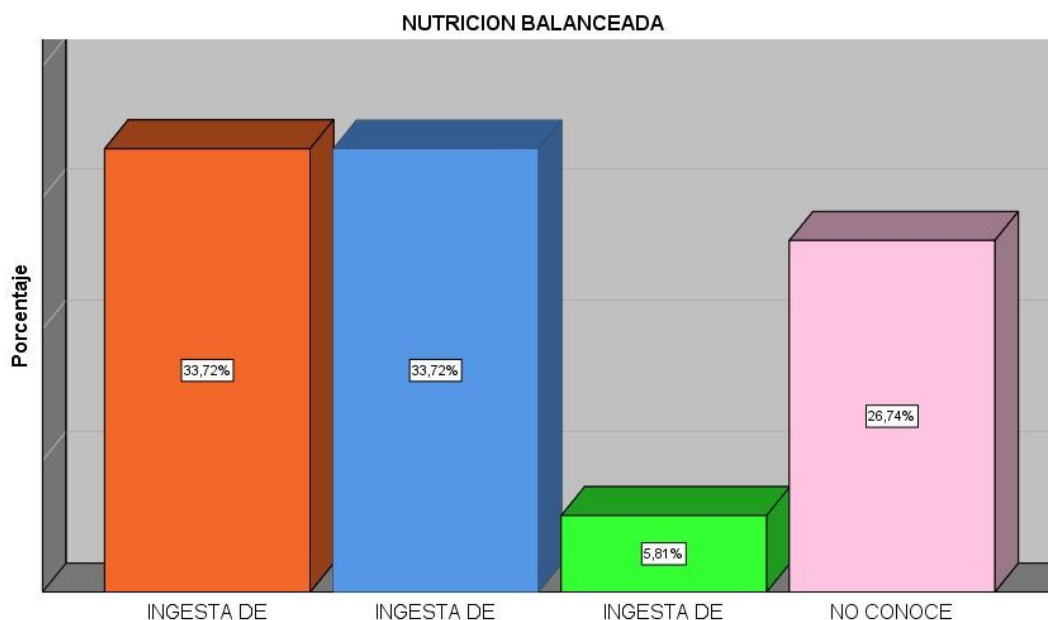
Respecto a la ocupación de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, el 50% (trabajo independiente), 24.42% (desempleado), 17.44% (empleado) y 8.14% (estudiante).

5. ¿Qué entiende Usted por nutrición balanceada?

TABLA N° 05

NUTRICION BALANCEADA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INGESTA DE ALIMENTACION QUE NO ENGORDA	29	33,7	33,7	33,7
	INGESTA DE CANTIDADES ADECUADAS DE ALIMENTOS	29	33,7	33,7	67,4
	INGESTA DE PRODUCTOS COMIDA RAPIDA	5	5,8	5,8	73,3
	NO CONOCE	23	26,7	26,7	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 05



INTERPRETACIÓN:

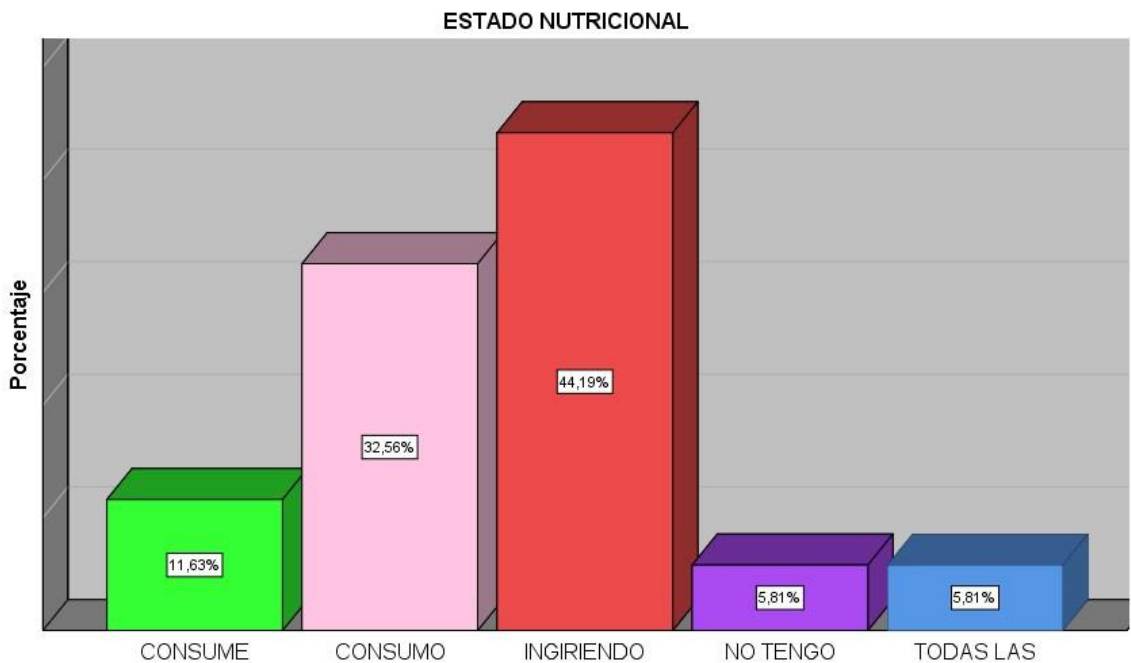
Respecto sobre la nutrición balanceada de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 33.72% (ingesta de alimentación que no engorda e ingesta de cantidades adecuadas de alimentos), 26.74% (no conoce) y 5.81% (ingesta de productos de comida rápida).

6. ¿Cómo mantiene Usted un buen estado nutricional?

TABLA N° 06

ESTADO NUTRICIONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CONSUME ALIMENTOS NUTRITIVOS	10	11,6	11,6	11,6
	CONSUMO ALIMENTOS DE MI PREFERENCIA	28	32,6	32,6	44,2
	INGIRIENDO COMIDA RAPIDA	38	44,2	44,2	88,4
	NO TENGO INFORMACION	5	5,8	5,8	94,2
	TODAS LAS ANTERIORES	5	5,8	5,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 06



INTERPRETACIÓN:

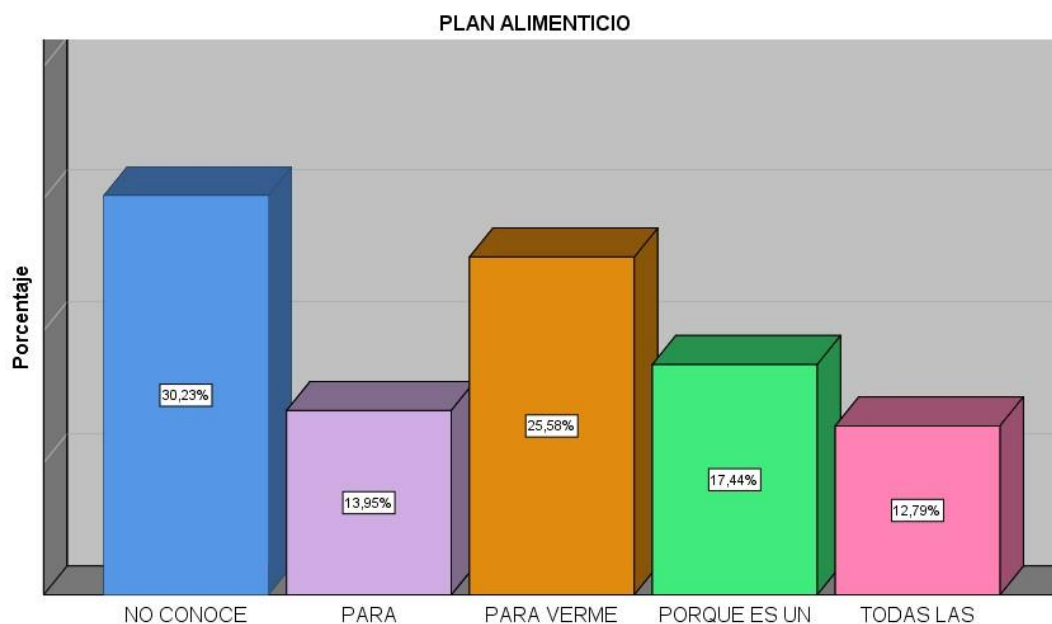
Respecto al estado nutricional de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, el 44.19% (ingiriendo comida rápida), 32.56%(consumo de alimentos de mi preferencia), 11.63% (consume alimentos nutritivos) y 5.81% (no tengo información y todas las anteriores).

7. ¿Por qué necesito seguir un plan alimenticio?

TABLA N° 07

PLAN ALIMENTICIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO CONOCE	26	30,2	30,2	30,2
	PARA CONTROLAR LO QUE VOY A INGERIR, Y NO COMPLICAR MI ESTADO DE SALUD	12	14,0	14,0	44,2
	PARA VERME FISICAMENTE BIEN	22	25,6	25,6	69,8
	PORQUE ES UN METODO ADECUADO PARA NO PASAR HAMBRE	15	17,4	17,4	87,2
	TODAS LAS ANTERIORES	11	12,8	12,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 07



INTERPRETACIÓN:

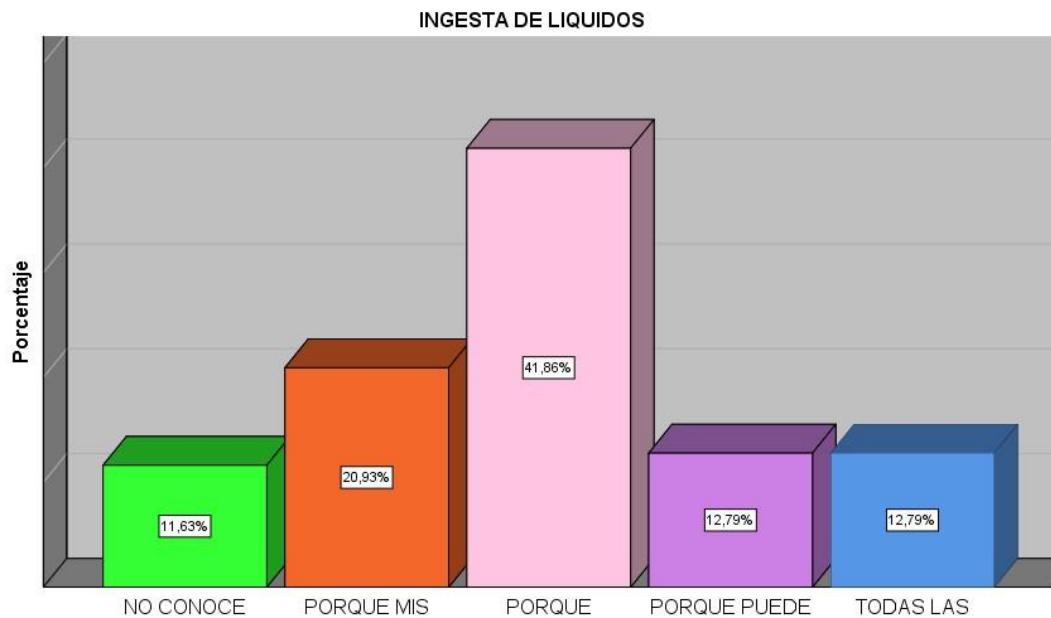
Respecto al plan alimenticio de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, el 30.23% (no conoce), 25.58% (para verme físicamente bien), 17.44% (porque es un método adecuado para no pasar hambre), 13.95% (para controlar lo que voy a ingerir, y no complicar mi estado de salud) y 12.79% (todas las anteriores).

8. ¿Por qué debo limitar la ingesta de líquidos?

TABLA N° 08

INGESTA DE LIQUIDOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO CONOCE	10	11,6	11,6	11,6
	PORQUE MIS RIÑONES FUNCIONAN CORRECTAMENTE	18	20,9	20,9	32,6
	PORQUE NECESITO ZACEAR MI SED	36	41,9	41,9	74,4
	PORQUE PUEDE PROVOCAR HIPERTENSION, INFLAMACION DE LOS TEJIDOS Y FALLAS DEL CORAZON	11	12,8	12,8	87,2
	TODAS LAS ANTERIORES	11	12,8	12,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 08



INTERPRETACIÓN:

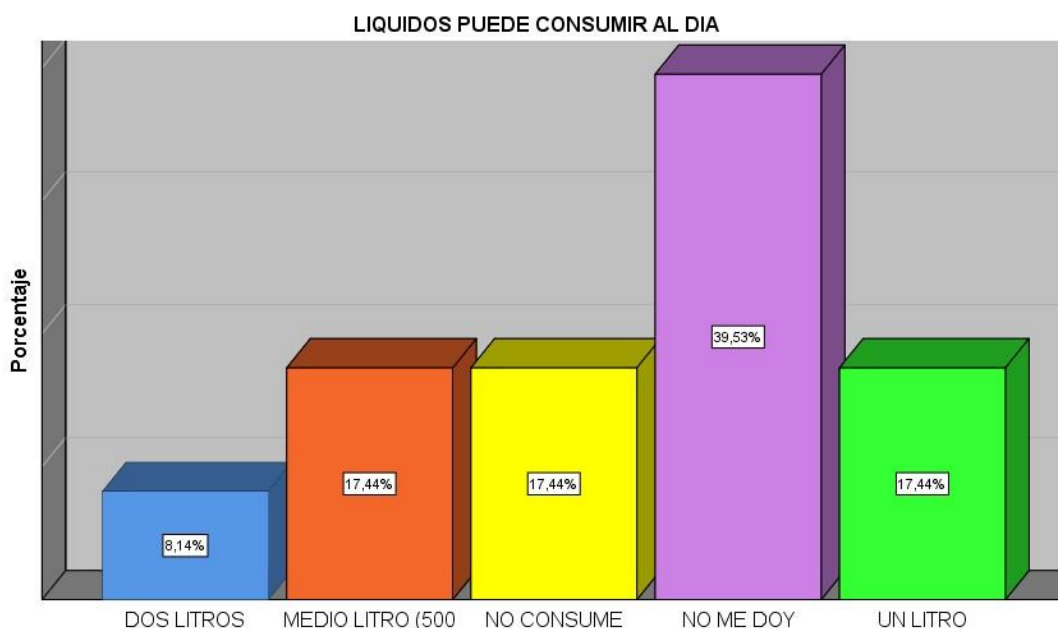
Respecto a la ingesta de líquidos de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 41.86% (porque necesito zacear mi sed), 20.93% (porque mis riñones funcionan correctamente), 12.79% (porque puede provocar hipertensión, inflamación de los tejidos y fallas del corazón y todas las anteriores) y 11.63% (no conoce).

9. ¿Cuánta cantidad de líquidos puede consumir al día?

TABLA N° 09

LIQUIDOS PUEDE CONSUMIR AL DIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DOS LITROS	7	8,1	8,1	8,1
	MEDIO LITRO (500 ML)	15	17,4	17,4	25,6
	NO CONSUME AGUA	15	17,4	17,4	43,0
	NO ME DOY CUENTA CUANTO CONSUMO	34	39,5	39,5	82,6
	UN LITRO	15	17,4	17,4	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 09



INTERPRETACIÓN:

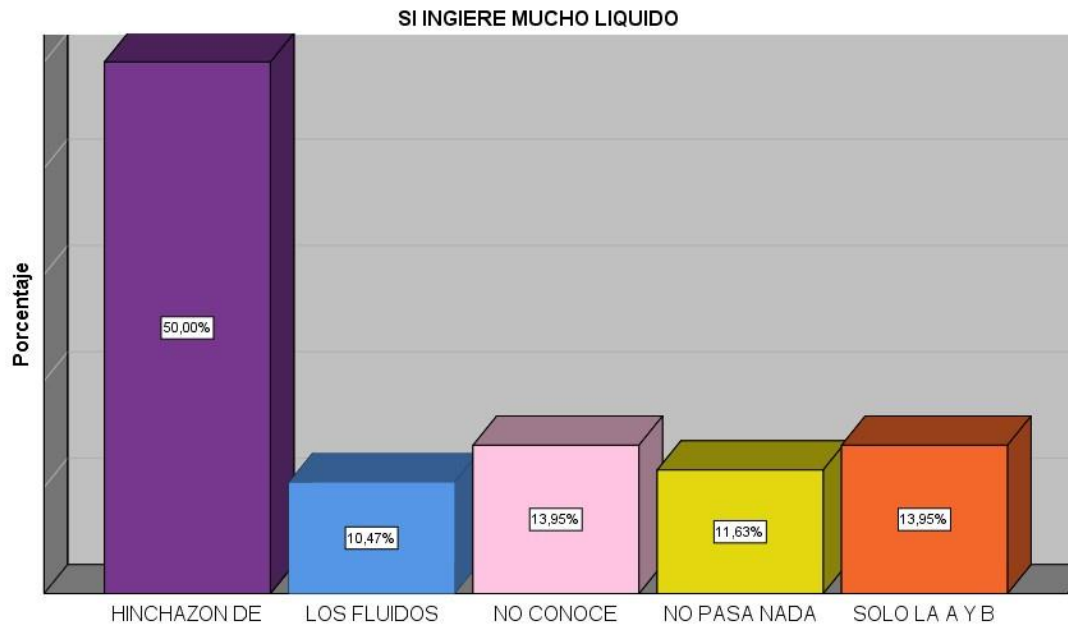
Respecto a los líquidos que puede consumir al día los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 39.53% (no me doy cuenta cuanto consumo), 17.44% (medio litro 500 ml, un litro y no consume) y 8.14% (dos litros).

10. ¿Qué puede pasar si ingiere mucho líquido?

TABLA N° 10

SI INGIERE MUCHO LIQUIDO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HINCHAZON DE PIES, CARA, FALTA DE AIRE	43	50,0	50,0	50,0
	LOS FLUIDOS PUEDEN ALMACENARSE EN LOS PULMONES Y PROVOCAR FALTA DE AIRE	9	10,5	10,5	60,5
	NO CONOCE	12	14,0	14,0	74,4
	NO PASA NADA	10	11,6	11,6	86,0
	SOLO LA A Y B	12	14,0	14,0	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 10



INTERPRETACIÓN:

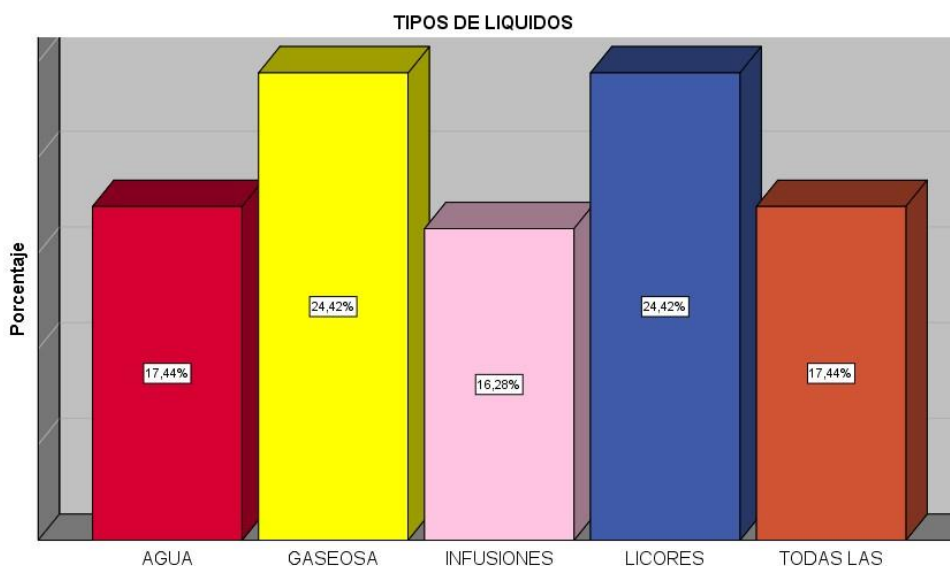
Respecto si ingiere mucho liquido los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 50% (hinchazón de pies, cara, falta de aire), 13.95% (no conoce y solo la A y B), 11.63% (no pasa nada) y 10.47% (los fluidos pueden almacenarse en los pulmones y provocar falta de aire).

11. ¿Qué tipo de líquidos consumes?

TABLA N° 11

TIPOS DE LIQUIDOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AGUA	15	17,4	17,4	17,4
	GASEOSA	21	24,4	24,4	41,9
	INFUSIONES	14	16,3	16,3	58,1
	LICORES (CERVEZAS, RON, VINO)	21	24,4	24,4	82,6
	TODAS LAS ANTERIORES	15	17,4	17,4	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 11



INTERPRETACIÓN:

Respecto a los tipos de líquidos que consume de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica,

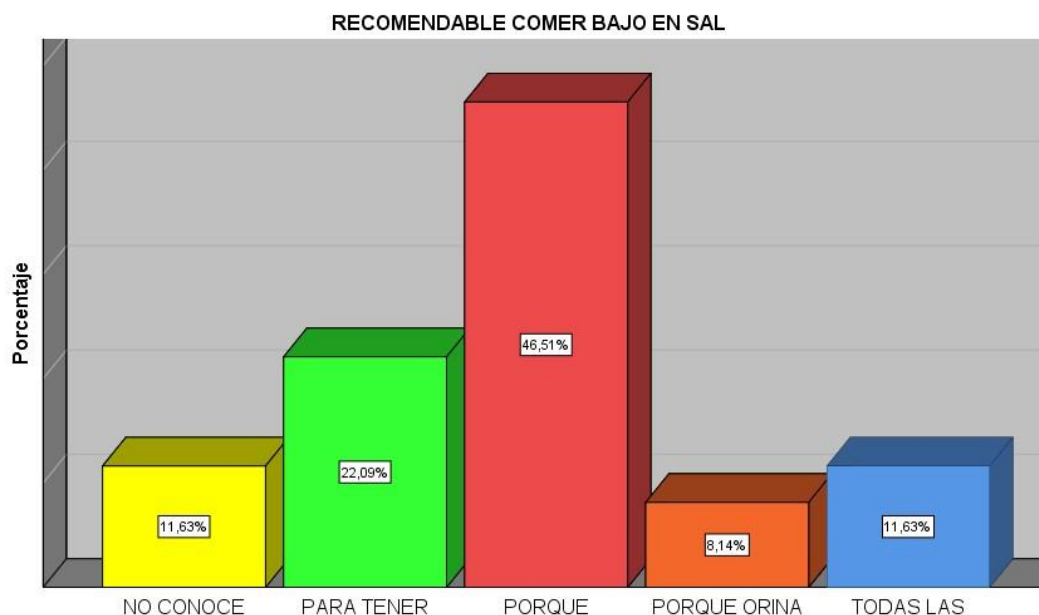
24.42% (gaseosa y licores), 17.44% (agua y todas las anteriores) y 16.28% (infusiones).

12. ¿Por qué cree usted que es recomendable comer bajo en sal?

TABLA N° 12

RECOMENDABLE COMER BAJO EN SAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO CONOCE	10	11,6	11,6	11,6
	PARA TENER MENOS SED Y PARA QUE SU PRESION ARTERIAL NO SE ALTERE	19	22,1	22,1	33,7
	PORQUE DISMINUYE EL TIEMPO DE DIALISIS	40	46,5	46,5	80,2
	PORQUE ORINA MAS	7	8,1	8,1	88,4
	TODAS LAS ANTERIORES	10	11,6	11,6	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 12



INTERPRETACIÓN:

Respecto si es recomendable comer bajo en sal de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 46.51% (porque disminuye el tiempo de diálisis), 22.09% (para tener menos sed y para que su presión arterial no se altere), 11.63% (no conoce y todas las anteriores) y 8.14% (porque orina más).

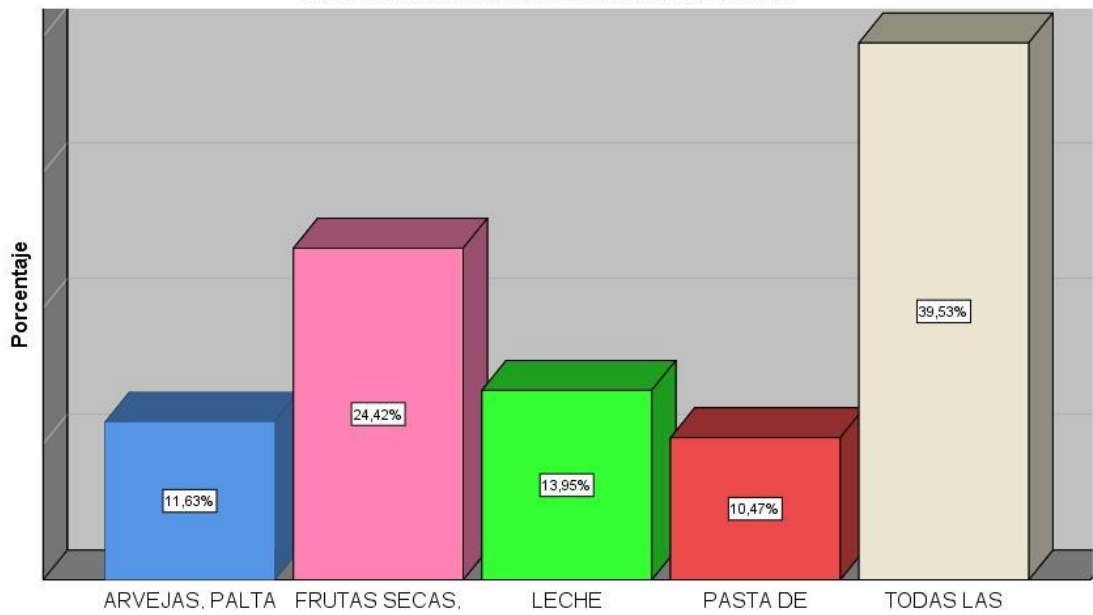
13. De los siguientes alimentos, ¿Sabe usted que alimentos contienen alto contenido de potasio?

TABLA N° 13

ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE POTASIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ARVEJAS, PALTA	10	11,6	11,6	11,6
	FRUTAS SECAS, PLATANO	21	24,4	24,4	36,0
	LECHE	12	14,0	14,0	50,0
	PASTA DE TOMATES, NUECES, CHOCOLATE	9	10,5	10,5	60,5
	TODAS LAS ANTERIORES	34	39,5	39,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 13

ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE POTASIO



INTERPRETACIÓN:

Respecto a los alimentos con alto contenido de potasio de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 39.53% (todas las anteriores), 24.42% (frutas secas, plátanos), 13.95% (leche), 11.63% (arvejas, palta) y 10.47% (pasta de tomates, nueces y chocolate).

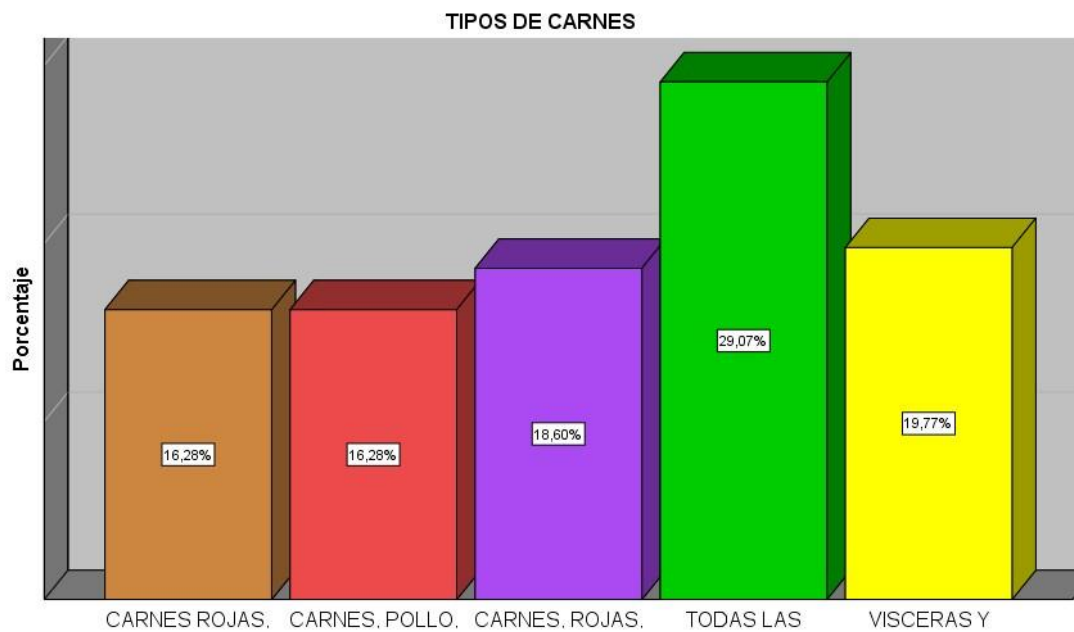
14. ¿Qué tipo de carnes debe consumir usted?

TABLA N° 14

TIPOS DE CARNES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	CARNES ROJAS, CHANCHO, CARNES ENLATADAS	14	16,3	16,3	16,3
	CARNES, POLLO, PESCADO BLANCO	14	16,3	16,3	32,6
	CARNES, ROJAS, VISCERAS	16	18,6	18,6	51,2
	TODAS LAS ANTERIORES	25	29,1	29,1	80,2
	VISCERAS Y LACTEOS	17	19,8	19,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

CUADRO N° 14



INTERPRETACIÓN:

Respecto a los tipos de carne, 29.07% (todas las anteriores), 19.77% (vísceras y lácteos), 18.60% (carnes,

rojas, vísceras), 16.28% (carnes rojas, chanco, carnes enlatadas y carnes, pollo y pescado blanco).

PRUEBA DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

Hi Existirá el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Ho No existirá el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el

			TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A 38	B 16	54
NO	C 18	D 14	32
TMC	56	30	86

Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.

Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

$$F_e = \frac{(TMR) (TMC)}{N}$$

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

Fe casilla A = $(54) (56) / (86) = 35.16$

Fe casilla B = $(54) (30) / (86) = 18.83$

Fe casilla C = $(32) (56) / (86) = 20.83$

Fe casilla D = $(32) (30) / (86) = 11.16$

FACTORES ASOCIADOS	ANEMIA		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A fo = 38 fe = 35.16	B fo = 16 fe = 18.83	54
NO	C fo = 18 fe = 20.83	D fo = 14 fe = 11.16	32
TMC	56	30	86

Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) ²	(fo - fe) ² / fe
A	38	35.16	2.84	8.065	0.229
B	16	18.83	-2.83	8.008	0.425
C	18	20.83	-2.83	8.008	0.384
D	14	11.16	2.84	8.065	0.7226
	N = 86				= 1.760

Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

c = Columnas del cuadro

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)



SE ACEPTA LA HIPÓTESIS
GENERAL

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a) CONCLUSIONES

1. Utilizando herramientas de la estadística inferencial, se demostró que existe un adecuado conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
2. En el presente trabajo se evidencio que las edad de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, se demostró que el 46.51% (46 a más años), 25.58% (41 a 45 años), 15.12% (36 a 40 años), 8.14% (31 a 35 años) y 4.65% (25 a 30 años). Además se evidencio que rrespecto al sexo de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, se demostró que el 52.33% son masculinos y 47.67% son femeninos. Otro punto importante dentro de las características sociodemográficas, se evidencio que el grado de instrucción de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 52.33% (ningún tipo de educación), 23.26% (primaria), 18.60% (secundaria) y 5.81% (técnico).
3. La nutrición en este tipo de pacientes es importante , en este punto la nutrición balanceada de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 33.72% (ingesta de alimentación que no engorda e ingesta de cantidades adecuadas de alimentos), 26.74%

(no conoce) y 5.81% (ingesta de productos de comida rápida). Respecto al estado nutricional de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, el 44.19% (ingiriendo comida rápida), 32.56% (consumo de alimentos de mi preferencia), 11.63% (consume alimentos nutritivos) y 5.81% (no tengo información y todas las anteriores). Además, respecto al plan alimenticio de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, el 30.23% (no conoce), 25.58% (para verme físicamente bien), 17.44% (porque es un método adecuado para no pasar hambre), 13.95% (para controlar lo que voy a ingerir, y no complicar mi estado de salud) y 12.79% (todas las anteriores).

4. Dado la importancia en la ingesta de líquidos se evidenció que los los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 41.86% (porque necesito zacear mi sed), 20.93% (porque mis riñones funcionan correctamente), 12.79% (porque puede provocar hipertensión, inflamación de los tejidos y fallas del corazón y todas las anteriores) y 11.63% (no conoce). De la misma manera los líquidos que puede consumir al día los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 39.53% (no me doy cuenta cuanto consumo), 17.44% (medio litro 500 ml, un litro y no consume) y 8.14% (dos litros). Por último si ingiere mucho liquido los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 50% (hinchazón de pies, cara, falta de aire), 13.95% (no conoce y solo la A y B), 11.63% (no pasa nada) y 10.47% (los fluidos pueden almacenarse en los pulmones y provocar falta de aire).

5. Respecto a los tipos de líquidos que consume de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 24.42% (gaseosa y licores), 17.44% (agua y todas las anteriores) y 16.28% (infusiones). Respecto si es recomendable comer bajo en sal de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 46.51% (porque disminuye el tiempo de diálisis), 22.09% (para tener menos sed y para que su presión arterial no se altere), 11.63% (no conoce y todas las anteriores) y 8.14% (porque orina más). Respecto a los alimentos con alto contenido de potasio de los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica, 39.53% (todas las anteriores), 24.42% (frutas secas, plátanos), 13.95% (leche), 11.63% (arvejas, palta) y 10.47% (pasta de tomates, nueces y chocolate). Respecto a los tipos de carne, 29.07% (todas las anteriores), 19.77% (vísceras y lácteos), 18.60% (carnes, rojas, vísceras), 16.28% (carnes rojas, chancho, carnes enlatadas y carnes, pollo y pescado blanco).

b) RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la realización de talleres y charlas educativas por personal calificado, sobre la adecuada nutrición al personal que labora en el servicio de hemodiálisis en el en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.
2. Realizar un seguimiento adecuado, sobre la ingesta de alimentos, tomándolo en cuenta su necesidad nutricional de cada paciente, todo ello con la finalidad de poder realizar un seguimiento adecuado de la ingesta de proteínas, vitaminas y carbohidratos de cada paciente.
3. Realizar un seguimiento adecuado, sobre la ingesta de líquidos, tomándolo en cuenta la necesidad de cada paciente correlacionándolo con su estado de salud, todo ello con la finalidad de poder realizar un seguimiento adecuado de la ingesta electrolitos y líquidos.
4. Crear un protocolo adecuado sobre la alimentación adecuada en pacientes con hemodiálisis, para ello crear un equipo multidisciplinario nutricionista, personal de enfermería y personal médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Hussain JA, Mooney A, Russon L: Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. *Palliat Med* 27: 829– 839, 201
2. Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K: Survival of elderly patients with stage
3. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE: Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 22: 1955–1962, 2007.
4. Renal Physicians Association Working Group: Shared decisionmaking in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis: Clinical practice guideline. Renal Physicians Association. 2010. Available at: <http://www.renalmd.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=2710> Accessed January 2015
5. Madani H, Navipour H, Rozbayani P. el efecto del programa de autocuidado en la autoestima en pacientes con esclerosis múltiple. *Revista de la Universidad de Ciencias Médicas de Zanjan*. 2002; 40 : 35–9.
6. Golchin M, Shabanloee R, Asvadi Kermani A, Eivazi J, Nikanfar A, dovlatkah R. el efecto del programa de autocuidado en la calidad de vida en pacientes con leucemia que se tratan con quimioterapia. *Diario de Tabib Shargh*. 2008; 10 (3): 174–82.
7. Zandi M, Alavian M, Memarian R, Kazemnejad A. el efecto del programa de autocuidado en la calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática que se refieren al centro de hepatitis. *Revista de la Universidad de Ciencias Médicas de Irán*. 2002; 41 (11): 411-22.

8. Alimohamadi N, Pahlevanzadeh S, Soltani M, Hasanzadeh A. el efecto del autocuidado en la calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple. *Revista de la Universidad de Ciencias Médicas Shahrekord*. 2001; 3 (2): 79–86.
9. Kristen L. Filadelfia: WB Saunders Company; 1999. *Enfermería de rehabilitación gerontológica*; pags. 266.
10. Suh MR, Jung hH, Kim SB, Park JS, Yang WS. Efectos del ejercicio regular sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis de mantenimiento. *Diario de insuficiencia renal*. 2002; 24 (3): 337–45.
11. Ganbari A. Tabriz. Irán: Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz; 2001. El efecto de la educación en autocuidado basado en Orem sobre la calidad de vida y la situación metabólica en pacientes diabéticos tipo II que remiten a centros educativos de diabetes.
12. Oshvandi KH. Teherán: Universidad Tarbiat Modarres; 1993. El efecto de la educación en el autocuidado en la disminución de los problemas de los pacientes en hemodiálisis.
13. Evans E. La calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal. *Revista de medicina de Nueva Inglaterra*. 1985; 312 (9): 553–9.
14. De Oreo PB. El estado de salud funcional evaluado por el paciente en hemodiálisis predice la supervivencia continua, la hospitalización y el cumplimiento de la asistencia a la diálisis. *Am J Kidney Dis*. 1997; 30 : 204-12.

15. Mapes DL. Sanfrancisco: Universidad de California; 1991. Cumplimiento de autocuidado y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica.
16. Helmseresht P, Delpisheh A. 1ª ed. Teherán: Publicación Chehr; 1997. Enfermería comunitaria de salud; págs. 36–69.
17. Heidarzadeh M. Tabriz. Irán: Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz ;; 2006. Relación entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes en hemodiálisis en hospitales de la Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz.
18. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. 9ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins; 2000. El libro de texto de enfermería médico-quirúrgica de Brunner y Suddarth; págs. 1718–9.
19. Johansen LK, Chertow GM, Jin C, Kutner NG: Importancia de la fragilidad entre los pacientes en diálisis. *J Am Soc Nephrol* 2007, 18: 2960–2967. 10.1681 / ASN.2007020221
20. Mansur HN, Damasceno VO, Bastos MG: Prevalencia de fragilidad en pacientes con enfermedad renal crónica aún no y en diálisis. *Brazil J Nephrol* 2012, 34: 153–160.
21. Wilhelm-Leen ER, Hall YN, Tamura MK, Chertow GM: Fragilidad y enfermedad renal crónica: la tercera encuesta nacional de evaluación de la salud y la nutrición. *Am J Med* 2009, 7: 664–671.
22. Karnik K, Mazzatti DJ: Revisión de herramientas y tecnologías para evaluar el deterioro funcional y la fragilidad de múltiples sistemas. *Clin Med Geriatr* 2009, 3: 1–8.
23. Kanauchi M, Kubo A, Kanauchi K, Saito Y: Fragilidad, calidad de vida relacionada con la salud y bienestar mental en adultos mayores con factores de riesgo cardiometabólicos. *Int J Clin Pract* 2008, 62: 1447–1451. 10.1111 / j.1742-1241.2008.01830.x

24. Lúpon J, González B, Santaeugenia S, Altimir S, Urrutia A, Más D, Dias C, Pascual T, Cano L, Valle V: Implicación pronóstica de la fragilidad y los síntomas depresivos en una población ambulatoria con insuficiencia cardíaca. *Español J Cardiol* 2008, 61: 835–842.
25. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA, Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group: Grupo de investigación colaborativo para el estudio de salud cardiovascular: fragilidad en adultos mayores: evidencia de un fenotipo. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2001, 56A: M146-M156.
26. Masel MC, Ostir GV, Ottenbacher KJ: Fragilidad, mortalidad y calidad de vida relacionada con la salud en los mexicoamericanos mayores. *J Am Geriatr Soc* 2010, 58: 2149–2153. 10.1111 / j.1532-5415.2010.03146.x
27. Bilotta C, Bowling A, Caso A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M, Vergani C: Dimensiones y correlaciones de la calidad de vida según el estado de fragilidad: un estudio transversal sobre adultos mayores residentes en la comunidad derivados a un servicio geriátrico ambulatorio en Italia. *Health Qual Life Outcome* 2010, 8:56. 10.1186 / 1477-7525-8-56
28. Lin CC, Li CI, Chang CK, Liu CS, Lin CH, Meng NH, Lee YD, Cheen FN, Li TC: Reducción de la calidad de vida relacionada con la salud en ancianos con fragilidad: un estudio transversal de ancianos que viven en la comunidad en Taiwán. *PLoS One* 2011, 6: 1–7.
29. Chan R, Brooks R, Erlich J, Chow J, Suryani M: Los efectos de la pérdida relacionada con la enfermedad renal en la depresión y la calidad de vida de los pacientes en diálisis a largo plazo: afecto

positivo como mediador. Clin J Am Soc Nephrol 2009, 4: 160–167.
10.2215 / CJN.01520308

30. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds MA: Calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal: disminución con el tiempo y asociación con resultados clínicos. Kidney Int 2002, 61: 239–248.
10.1046 / j.1523-1755.2002.00096.x
31. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH: Sugerencias para la utilización del mini examen del estado mental en Brasil. Arco de Neuropsiquiatría 2003, 61: 777–781.
32. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-estado mental": un método práctico para calificar el estado cognitivo de los pacientes para el médico. J Psychiatry Res 1975, 12: 189-198. 10.1016 / 0022-3956 (75) 90026-6
33. National Kidney Foundation: guías de práctica clínica K / DOQI para la enfermedad renal crónica: evaluación, clasificación y estratificación. Am J Kidney Dis 2002, 39 (Suppl 2): S1-S246.
34. Cicconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR: Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "estudio de resultados médicos de 36 ítems de formato corto de salud (SF-36). Brazil J Rheumatol 1999, 39: 143–150.
35. Tesis doctoral Cicconelli RM. En Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item-Short-Form Health Survey (SF-36)." . São Paulo: Universidad Federal de São Paulo, Facultad de Medicina; 1997.

36. Ware JE, Kosinski M, Keller SD: SF-36 escalas de resumen de salud física y mental: manual del usuario. Boston: Centro Médico de Nueva Inglaterra - Instituto de Salud; 1994.
37. Organización Mundial de la Salud. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión [en línea] 10 de marzo de 2015.
38. Según la Organización Mundial de la Salud. Boletín de la OMS Recopilación de artículos [en línea] Volumen 96: 2018 Volumen 96, Número 6, junio 2018, 369-4406 de abril de 2016-Ginebra. URL disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/17-206441-ab/es/>
39. Organización Mundial de la Salud. Crece el número de enfermos renales [en línea] 12 de marzo 2014 [fecha de acceso 14 de marzo de 2014]. URL disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1297:crece-numero-enfermos-renales-entre-mayores-anos-diabetes-hipertension&Itemid=234
40. Anna Marti. La enfermería Nefrológica española está a la cabeza de Europa; 2010.
41. Sociedad Española de Nefrología. Guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos minerales y óseos en la enfermedad renal crónica [en línea] 11 de febrero de 2013. URL disponible en: <http://www.senefro.org/modules.php?name=home&lang=ES>
42. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad España [sitio en internet] URL disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enf>

ermedad renal Cronica 2015.pdf. Consultado: 3 de febrero 2015

43. Ministerio de Salud (MINSA). Dieta balanceada y actividad física ayudan a prevenir enfermedades renales; [Sitio en internet] URL disponible: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22472>
Consultado: 10 de marzo 2017.
44. Hospital Nacional Cayetano Heredia del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud. Diabéticos hipertensos pueden padecer de una enfermedad renal; [Sitio en internet]; 5 de marzo 2015. URL disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16193>.
45. Espinoza M. Enfermedad Renal. Permanyer [en línea] 20 de Junio 2016; 152 Suppl 1:90-6. URL disponible en:
https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM_152_2016_S1_090-096.pdf
46. Mercado C. Correlación entre nivel de conocimiento sobre alimentación y estado nutricional en pacientes sometidos a hemodiálisis. [Tesis de maestría]. Huánuco: Centro Nefrológico Integral Renal Care; 2014. URL disponible en:
<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/575407/1/TESIS+MESTRIA+FINALCorrelacion.pdf>
47. Probiomed Biofarmacéutica de Mexico. Insuficiencia Renal Crónica [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.probiomed.com.mx/divisiones/art-culos-de-alta-especialidad/insuficiencia-renal-cr-nica/signos-y-s-ntomas-de-la-enfermedad-renal-cr-nica/>. Consultado: 15 de enero 2017.
48. Martín P. Trasplante renal Dpto. de Nefrología. Clínica Universitaria.

Pamplona. [en línea] An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 2): 79-92. URL disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s2/original7.pdf>.

49. Ateneo. Nivel de conocimiento sobre alimentación en Hemodiálisis. [Sitio en internet] disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4976/1/Montesinos_Vela_Odaliss_Katiry_2015.pdf

50. American Kidney Fund. Alimentos Saludables para Hemodiálisis. [en línea] 1 de enero de 2006. URL disponible en:
http://www2.kidneyfund.org/site/DocServer/Health_Eating_for_Hemodialysis_Spanish.pdf?docID=181

51. National institutes of Health. Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal. [en línea] 25 mayo 2017. URL disponible en:
file:///C:/Users/ursula/Downloads/KFS-Hemodialysis_SP_508.pdf

52. CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. Nephrol Dial Transplant 26: 1608–1614, 2011

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	TEC. INSTRU	POBLACION Y MUESTRA
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son	General: Determinar el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.	General: Existirá el nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.	Nivel de conocimiento sobre la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de	Conceptos generales. Consumo de minerales Consumo de líquidos.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Encuesta. Plan de tabulación de datos: Se hará uso del programa	Población en estudio: Nuestra población en la cual se ejecutó se llegó a tener la participación de 110 pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital

<p>atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016?</p>	<p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Correlacionar el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según conceptos generales en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. •Identificar el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de minerales en los pacientes que son 	<p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Existe el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según conceptos generales en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016. •Existe el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de minerales en los 	<p>Ica durante el periodo 2016.</p>		<p>SPSS y Excel.</p> <p>Plan de análisis e interpretación:</p> <p>Se utilizará la prueba estadística del Chi cuadrado</p>	<p>Regional de Ica durante el periodo 2016.</p> <p>Selección de la muestra:</p> <p>Se contó con la participación de 86 pacientes en tratamiento de hemodiálisis que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p>
--	--	--	-------------------------------------	--	--	--

	<p>atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p> <p>•Determinar el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de líquidos en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p>	<p>pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p> <p>•Existe el nivel de conocimiento de la alimentación en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis según consumo de líquidos en los pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2016.</p>				
--	---	---	--	--	--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, identificado con DNI N°, en pleno uso de mis facultades mentales me comprometo a participar del estudio de "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO 2016" y declaro:

Haber sido informado de forma clara y precisa sobre el test a realizarse a mi menor hijo y la ficha a llenarse, sabiendo que este estudio tiene fines de investigación médica.

Estando de acuerdo una vez leído los documentos, de responder las preguntas.

Teniendo a mi favor el derecho de retirar mi participación durante el transcurso de la entrevista.

Fecha: / /

.....
Firma del padre de familia

.....
Huella digital del padre de familia

INSTRUMENTO



A continuación, se le planteara preguntas relacionadas con el trabajo de investigación “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACION EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DURANTE EL PERIODO 2016”, información veraz que oriente la formulación de estrategias que permitan mejorar el estado el estado nutricional de los pacientes sometido a Hemodiálisis. Para lo cual se le solicita que responda con sinceridad las preguntas, agradeciendo anticipadamente su participación.

- El cuestionario es anónimo por lo que le pido que sus respuestas sean sinceras. No todas las preguntas.
- Lea con atención las preguntas antes de responder.
- Marque con una X en el paréntesis.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:

- a) 25 a 30 años
- b) 31 a 35 años
- c) 36 a 40 años
- d) 41 a 45 años
- e) 46 a más años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Ningún tipo de educación

4. Ocupación:

- a) Empleado
- b) Desempleado
- c) Trabajo independiente
- d) Estudiante

5. ¿Qué entiende Usted por nutrición balanceada?

- a) Ingesta de alimentación que no engorda
- b) Ingesta de cantidades adecuadas de alimentos
- c) Ingesta de productos comida rápida
- d) No conoce

6. ¿Cómo mantiene Usted un buen estado nutricional?

- a) Consume alimentos nutritivos
- b) Ingiriendo comida rápida (comida chatarra)
- c) Consumo alimentos de mi preferencia
- d) Todas las anteriores
- e) No tengo información

7. ¿Por qué necesito seguir un plan alimenticio?

- a) Para verme físicamente bien
- b) Porque es un método adecuado para no pasar hambre
- c) Para controlar lo que voy ingerir, y no complicar mi de estado salud
- d) Todas las anteriores
- e) No conoce

8. ¿Por qué debo limitar la ingesta de líquidos?

- a) Porque necesito saciar mi sed

- b) Porque mis riñones funcionan correctamente
- c) Porque puede provocar hipertensión, inflamación de los tejidos y fallas del corazón
- d) Todas las anteriores
- e) No conoce

9. ¿Cuánta cantidad de líquidos puede consumir al día?

- a) Un litro
- b) Medio litro (500 ml)
- c) Dos litros
- d) No consume agua
- e) No me doy cuenta cuanto consumo

10. ¿Qué puede pasar si ingiere mucho líquido?

- a) Hinchazón de pies, cara, falta de aire
- b) Los fluidos pueden almacenarse en los pulmones y provocar falta de aire
- c) No pasa nada
- d) Solo la a y b
- e) No conoce

11. ¿Qué tipo de líquidos consumes?

- a) Agua
- b) Gaseosa
- c) Infusiones
- d) Licores (cervezas, ron, vino)
- e) Todas las anteriores

12. ¿Por qué cree usted que es recomendable comer bajo en sal?

- a) Porque disminuye el tiempo de diálisis
- b) Para tener menos sed y para que su presión arterial no se altere
- c) Porque orina mas
- d) Todas las anteriores
- e) No conoce

13. De los siguientes alimentos, ¿Sabe usted que alimentos contienen alto contenido de potasio?

- a) Leche
- b) Frutas secas, plátano
- c) Pasta de tomates, nueces, chocolate
- d) Arvejas, palta
- e) Todas las anteriores

14. ¿Qué tipo de carnes debe consumir usted?

- a) Carnes rojas, vísceras
- b) Canes, pollo, pescado blanco
- c) Vísceras y lácteos
- d) Carnes rojas, chanco, carnes enlatadas
- e) Todas las anteriores

VALIDACION DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: / /

.....
NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO