



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA

**“CORRELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ERC QUE
TIENE EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE DIÁLISIS
PERITONEAL”**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
MAYRA CASTILLO CAMPOS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. DAVID GUTIÉRREZ SORIA
MÉDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
ASESOR CLÍNICO**

**DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR METODOLÓGICO

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2010-2013**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa.

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNANDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESOR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN

POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACIONAL DEL IMSS HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN
SALUD DELEGACIÓN IMSS HIDALGO

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA, HIDALGO IMSS.

DRA. MARÍA DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA, HIDALGO, IMSS.

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DEL PROGRAMA EN
MEDICINA FAMILIAR

DR. DAVID GUTIERREZ SORIA
ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA
ASESOR CLINICO

DR. MARIO JOAQUIN LOPEZ CARBAJAL
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLOGICO

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES:

TUTOR CLÍNICO:

Dr. David Gutiérrez Soria.

Médico Internista y Nefrólogo Clínico adscrito a HGZMF 1.

Dirección: Calle tierra y libertad 102, Col. Javier Rojo Gómez, Pachuca Hgo.

Matricula: 99132715

Tel. 01 (771)153 32 97

E-mail: daquso72@hotmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Mario Joaquín López Carbajal

Médico Especialista en Medicina Familiar y epidemiólogo adscrito a HGZMF 1

Dirección: Av. Madero 405, Col. Nva. Fco. I. Madero.

Matricula: 6052681

Tel. 044 (771) 129 46 14

E-mail: epiblasto@hotmail.com

TESISTA:

Dra. Mayra Castillo Campos.

Médico residente de medicina Familiar de tercer año de HGZMF 1

Dirección: Las Cruces 306, esq. Norte 1, Col. Buenos Aires, Pachuca Hidalgo.

Matricula: 99134831

TEL. 044 (771) 202 7805

E-mail: maycastlesp@hotmail.com

Agradecimientos:

A DIOS por demostrarme a cada momento que existes, por dejarme ser y elegir, por darme todo lo que necesito, gracias Padre eterno.

A mi familia:

Mami por apoyarme siempre, por no cortar mis alas, por obligarme a superarme, por conocerme y amarme tal y como soy, quiero que sepas que esto no es el fin de una carrera... es solo un paso más.

A Cielo, Giovanni, Guillermo, por ser mi todo. Por ser lo que mantiene en equilibrio mi mundo, por dar sentido a mi vida, por ese amor que me rescata cuando más he estado a punto de caer. Por perdonar mis ausencias, mi cansancio, por recibirme siempre con una sonrisa y los brazos abiertos. Por ser mis cómplices y mí apoyo.

Porque teniéndolos a ustedes soy indestructible.

A mis maestros y amigos por su apoyo y comprensión para la realización de este trabajo. Dr. López Carbajal, Dr. Duarte, Dra. Pasten, he aprendido a valorarlos, a respetarlos y a admirarlos, como personas, como autoridades y sobre todo como ejemplos.

Dr. David Gutiérrez Soria, gracias por todo, porque eres la máxima expresión de lo que un médico debe ser, por ser humano y cálido en especial con el grupo de pacientes al que decidiste dedicarte en cuerpo y alma, me has enseñado que un médico no solo cura y controla, sino también apoya y consuela.

A todos ustedes gracias por estar en esta fase llamada: ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

Con admiración, amor y respeto.

Mayra Castillo Campos.

III. RESUMEN

TITULO. “Correlación entre sobrecarga y el nivel de conocimiento que tiene el cuidador primario de pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal”.

ANTECEDENTES. La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema global de salud pública, según la National Kidney Foundation (NKF). Los cambios demográficos y el envejecimiento paulatino de la población con ERC en tratamiento sustitutivo y las múltiples patologías asociadas determinan una población dependiente de un cuidador primario.

El cuidador primario es la persona que presta cuidados a personas dependientes, pueden ser familiares o personas, habitualmente mujeres, ya sean esposas, hermanas o hijas, que no reciben una retribución económica por la ayuda que ofrecen que puede ocasionar una serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y alterar su capacidad para atender a su asistido a causa de esta labor, a esto se le llama sobrecarga.

La adecuada información y capacitación del cuidador permite mantener la atención domiciliaria disminuyendo la ansiedad y sobrecarga de la persona que asume el papel principal generando un adecuado y oportuno autocuidado además del apoyo familiar, evitando el riesgo de complicaciones que ocasionan frecuentes reingresos hospitalarios por falta de conocimiento sobre su enfermedad, lo cual genera mayores costos al paciente, a su familia y a la institución.

OBJETIVO. Determinar la correlación entre el grado de sobrecarga y el nivel de conocimiento sobre ERC que tiene el cuidador primario de los pacientes que se encuentran registrados en el programa de diálisis peritoneal del el HGZMF 1 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y correlacional mediante la aplicación de cuestionarios validados dirigidos al cuidador primario de pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de DP.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se obtuvo estadística descriptiva y estadística inferencial, el análisis univariado se realizó con frecuencias simples, proporciones, porcentajes, medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o varianza).

CONCLUSIONES Y RESULTADOS. En el presente estudio se encontró que a mayor grado de conocimiento que tiene el cuidador es menor la sobrecarga, aunque el resultado no fue estadísticamente significativo, lo que pudiera explicarse por el tamaño de muestra.

IV. MARCO TEORICO

La enfermedad renal crónica (ERC) en la actualidad es cada vez más reconocida como problema global de salud pública (1). La definición y la clasificación por The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI), of the National kidney Foundation (NKF) define a la ERC como el daño renal o la tasa de filtración glomerular (TFG) menor de $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ por tres o más meses con o sin evidencia de daño renal desde el punto de vista anatómico independientemente de su causa (2,3).

Es una alteración en donde se pierde la capacidad y funcionalidad del riñón, presentándose múltiples síntomas, que afectan diferentes sistemas. Consideramos criterios tales como la depuración de creatinina menor a $15\text{ ml}/\text{min}$ para una clase 5 (4).

Se puede determinar el daño renal en muchas nefropatías por la presencia de albuminuria, que se define como una relación albumina- creatinina mayor a 30 mg en dos de tres muestras de orina al azar. Se estima la Tasa de filtración glomerular a partir de la creatinina sérica calibrada y formulas de estimación tales como la formula de Modification of Diet in Renal disease Study (MDRD- Estudio de modificación de la dieta en las nefropatías) de 1999 o la formula de Cockcroft-Gault de 1976 (CG) y actualmente con la Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation 2008 (CKD-EPI) (5).

La incidencia global de ERC es de 242 casos por un millón de habitantes de los cuales 16% es tratado con diálisis peritoneal (DP) (6) y la prevalencia es de 1142 por millón de habitantes, según reportes de la unidad de Investigación en Enfermedades Nefrológicas del Centro Médico Nacional siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (7).

La ERC se encuentra entre las primeras 10 causas de morbilidad general. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupa La octava causa de defunción

en el varón en edad reproductiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años, mientras que por demanda de atención en los servicios de urgencias del 2º nivel de atención ocupa el decimo tercer lugar, el noveno en las unidades de tercer nivel y el octavo como causa de egreso hospitalario por defunción. (8)

Se cuenta con alrededor de 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de las cuales el 80% son atendidos en el IMSS. Los servicios de salud en México son proporcionados por la seguridad social que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62% de los mexicanos, seguro popular 15%, el ISSSTE 11.9%, sector privado 3.9%, hospitales militares 2% y otros 4.9%. (9,10).

Para mantener la vida del paciente se requieren tratamientos tales como Diálisis peritoneal (DP), Hemodiálisis (HD), y trasplante renal. La diálisis peritoneal es el método más antiguo utilizado en el tratamiento de la ERC, en etapa terminal, esta descrito como un método de irrigación intermitente a la cavidad peritoneal, se lleva a cabo un intercambio de fluidos y solutos entre la sangre de los capilares peritoneales y la solución dializante. (11).

La solución dializante está compuesto por concentraciones de solutos que facilitan la remoción de agua y sustancias toxicas producto del metabolismo como urea, creatinina, concentraciones altas de potasio, iones, sales orgánicas, por mecanismos de difusión y osmosis donde el peritoneo sirve como membrana semipermeable en el intercambio.(12).

El liquido dializante tiene una concentración de solutos (1.5%, 2.5% y 4.25%), lo que nos indica la cantidad de dextrosa y glucosa que contiene. La solución al 1.5% realiza una remoción de solutos y agua en forma más lenta. Las soluciones al 2.5 y 4.25% realizan una extracción más intensa de líquidos y solutos. La selección de la solución a utilizar depende principalmente del estado del paciente y de la urgencia que exista en realizar la diálisis además se debe tomar en cuenta el volumen de agua que se pretenda extraer. (13).

Existen tres tipos de diálisis peritoneal:

Diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA). Consiste en la introducción de líquido de diálisis peritoneal en el abdomen mediante un catéter permanente, el cual permanece en la cavidad peritoneal durante varias horas, en este tiempo tiene lugar la difusión de solutos a través de la membrana peritoneal en función de su peso molecular y gradiente de concentración, se produce ultrafiltración mediante gradiente osmótico por la elevada concentración de glucosa que contiene la solución dializante, finalizado el tiempo de estancia intraperitoneal de la solución esta se drena y es remplazada por una nueva solución, este proceso es realizado de tres a cuatro veces al día y una antes de acostarse, en el domicilio del paciente. Acuden a su centro hospitalario solo en caso de complicaciones o para cambios de equipo y controles rutinarios.

Diálisis peritoneal automatizada (DPA). Se utiliza un dispositivo denominado unidad de diálisis peritoneal (cicladora), y su función principal es suministrar el líquido dializante a la cavidad peritoneal y maneja los ciclos de drenado y permanencia del mismo por la noche mientras el paciente duerme.

Diálisis peritoneal intermitente (DPI). Consiste en sesiones de un número limitado de intercambios (15 a 20 minutos) se practica según necesidades del paciente de dos a tres veces por semana en el centro hospitalario por personal capacitado. Esta es ocupada únicamente cuando el paciente y/o familiares no conocen las técnicas para realizar el proceso dialítico, se realizan de 20 a 30 recambios una vez por semana hasta que el paciente se incorpora al programa de diálisis peritoneal definitivo. (14,15)

Un estudio retrospectivo de informes mensuales de los programas de diálisis de unidades médicas de 2º nivel de 21 estados de México que se publicó en el 2010, concluyó que se contaron 20,702 pacientes en terapia sustitutiva de las cuales

13,042 (63%) estuvieron en DPCA y 7,660(37%) en DPA. De los cuales 19,439 (94%) eran adultos, 10,265 (53%), varones y 9,174 (47%) mujeres con una relación 1:1, el grupo más prevalente fue de 40 a 49 años. (16).

En el estado de Hidalgo, en el año 2008, se registraron 277 defunciones por ERC, con una tasa de 11.5, siendo un 2.2% del total de las causas de mortalidad en el estado para ese año con afectación mayor del grupo en edad reproductiva. (17).

En el hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 1 de Pachuca Hgo. (HGZMF 1) Perteneciente al IMSS, cuenta con un registro de 380 pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis peritoneal. En 2010 en el HGZMF 1 se registraron 1364 consultas por IRC en mayores de 60 años en el primer y segundo nivel de atención y 137 egresos hospitalarios por la misma causa. (18).

Los cambios demográficos, el envejecimiento de la población y los cambios en las condiciones de vida de un paciente con ERC en terapia sustitutiva y sus patologías asociadas determinan una población dependiente de una persona muy importante para su manejo y pocas veces reconocido el cuidador principal o primario. (19,20).

El cuidador primario, es aquella persona que presta cuidados a personas dependientes, puede ser un familiar o persona que no recibe retribución económica por la ayuda y cuidados que ofrece. Y por lo regular el cuidado no se reparte entre distintos miembros de la familia, sino en uno solo de ellos, y con esta situación se crea una serie de complicaciones en el cuidador primario que puede repercutir en su salud física y emocional, también denominado sobrecarga.(21).

Se entiende como sobrecarga del cuidador a la serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su asistido a causa de esta labor. (22).

El cuidador de un enfermo, necesita tener apoyo con su familia, por lo que debe haber comunicación efectiva entre el profesional de la salud y estos para apoyarle en su sobrecarga. (23). En el presente estudio se aplicara un cuestionario específico de sobrecarga en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal. (24).

Es importante dar información y capacitación adecuada al inicio del tratamiento y continuarla a lo largo del mismo, ya que por sí solos, los cuidadores no aumentan el nivel de conocimientos, se encontró que es poca la experiencia publicada sobre cómo se informa a los pacientes y familiares y como estos perciben la información. (25).

El proceso de información y elección de la modalidad de diálisis es una etapa clave para el tratamiento de la persona que padece dicha enfermedad, y la mayor parte de los pacientes no disponen de conocimiento suficiente sobre DP. (26,27). Es necesario para generar un adecuado y oportuno autocuidado y apoyo de la familia evitando el riesgo de complicaciones que ocasionan frecuentes reingresos a través del servicio de urgencias por falta de conocimiento sobre su enfermedad, lo cual genera mayores costos al paciente, a su familia y a la institución. (28, 29,30).

La adecuada información y capacitación del cuidador permitirá mantener la atención domiciliaria y disminuirá la ansiedad y sobrecarga de la persona que asume el papel principal en el cuidado, comprendiendo aspectos, tales como el proceso de la enfermedad, medidas higiénicas, dietéticas, medicación, efectos secundarios, monitorización de parámetros tales como tensión arterial, diuresis etc. (31,32).

Existen estudios que evalúan calidad de vida, como el de Soltero y Salazar en 2006 y otros que evalúan sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, como el de Paleo y Rodríguez en 2007 (33, 34). Y pocos sobre el paciente renal en sí. (35).

El principal objetivo es evaluar la sobrecarga del cuidador primario de pacientes con ERC, sometidos al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y el nivel de conocimiento que tienen sobre la enfermedad, mediante instrumentos validados. Se determinó que pacientes son dependientes en su tratamiento y auto cuidado. Se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador de paciente en diálisis peritoneal. Ya que también encontramos que hay diversos estudios, como el de Cristina Malash quien en 1974 estudio la sobrecarga en profesionales, de ahí surge el cuestionario de Zarit que evalúa sobrecarga en pacientes crónicos, pero no se ha evaluado la sobrecarga con un instrumento específico de pacientes renales. (34,35).

MEDICION DE LA SOBRECARGA.

La evaluación de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis peritoneal es un instrumento autoaplicado que valora la vivencia subjetiva de la sobrecarga sentida por el cuidador, consta de 30 ítems que reflejan los sentimientos habituales de los cuidadores, la primera parte son ocho preguntas acerca del paciente con ERC y las subsecuentes tratan acerca del cuidador primario, cada ítem se evalúa con una escala de 5 respuestas posibles (nunca, un poco, mucho, bastante, totalmente) define una puntuación total de entre 30 y 150. Los puntos de corte propuestos son 30-59 no sobrecarga, 60-89, sobrecarga leve, 90-120, sobrecarga moderada y 121 a 150 sobrecarga intensa. Este cuestionario cumple con los requisitos de fiabilidad y validez para ser aplicado, tiene un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.894.

MEDICION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO.

La herramienta utilizada para medir el nivel de conocimiento es integrada por un cuestionario de preguntas sobre conocimientos generales, prevención y complicación respecto a la ERC, donde se evalúo el conocimiento acerca del manejo extrahospitalario de diálisis peritoneal, incluye información sobre el estado de salud empleado en pacientes dializados, consta de 29 preguntas, las primeras 6 son acerca de conocimientos generales, 8 preguntas acerca de la dieta, 8 preguntas acerca del proceso de diálisis y sus complicaciones, y las ultimas 7 preguntas son del tratamiento farmacológico. Se aplicó al cuidador primario y se evalúo como correcto e incorrecto, con los siguientes puntos de corte de 1 a 10 preguntas correctas, el nivel de conocimiento será bajo, de 11 a 19 preguntas correctas el nivel de conocimiento será mediano y de 20 a 29 será categorizado como alto. Este cuestionario ha sido empleado por la sociedad de Nefrología de España, siendo modificado por cuestión de lenguaje para la aplicación en este trabajo. Tiene un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach del 0.886.

V. JUSTIFICACION

AREAS ESPECÍFICAS.

Justificación teórica.- La ERC es un problema mayor de salud pública, que se encuentra entre las 10 primeras causas de morbilidad general, en el IMSS ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad reproductiva y las sexta en la mujer. Y por demanda de atención en los servicios de urgencias ocupa el decimo tercer lugar, y el octavo como causa de egreso hospitalario por defunción. Las características de la enfermedad de los pacientes con enfermedad renal crónica y el tratamiento sustitutivo provocan una serie de cambios que afectan de manera importante la vida del paciente y su familia. El cambio en las condiciones de vida de una persona con ERC introduce a un miembro de la familia pocas veces reconocido, el cuidador primario, cuyas características de su ocupación lo colocan en un continuo contacto con su asistido lo que puede alterar su capacidad para atender y provocar conductas agresivas hacia su asistido o boicotear su tratamiento, lo cual se denomina sobrecarga del cuidador, el que tenga una adecuada información y formación puede mantener controlado al paciente y disminuir la sobrecarga de la persona que asume el papel principal, esta información debe ser adecuada desde el inicio y durante el tratamiento. En el hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 1 de Pachuca Hgo. Perteneciente al IMSS, se cuenta con un registro de 380 pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. En 2010 en el HGZMF 1 se registraron 1364 consultas por ERC en mayores de 60 años en el primer y segundo nivel de atención y 137 egresos hospitalarios por la misma causa. La realización de esta investigación nos permitió darnos cuenta de la correlación entre el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente con ERC con el nivel de conocimiento que tiene de la enfermedad, la modalidad y el tiempo de tratamiento.

Justificación metodológica.- Al realizar esta investigación y de acuerdo a los resultados establecimos la correlación entre sobrecarga del cuidador primario con el nivel de conocimiento de la enfermedad renal crónica, la modalidad y el tiempo de tratamiento de diálisis peritoneal, para detectar si se está capacitando adecuadamente a el familiar y si el nivel de conocimiento disminuye la sobrecarga de el cuidador.

Justificación practica.- Los resultados de esta investigación nos permitieron conocer la correlación entre sobrecarga del cuidador y el nivel de conocimiento que tiene acerca de la enfermedad renal crónica, lo que nos permite dar una adecuada información desde el inicio del tratamiento, así como un adecuado y

oportuno autocuidado, evitando el riesgo de complicaciones que ocasionan frecuentes ingresos a través del servicio de urgencias, y que a la vez nos lleva a mayores costos tanto a el paciente, como a su familia y a la institución.

ASPECTOS METODOLOGICOS.

Pertinencia: La enfermedad renal crónica (ERC) en la actualidad es cada vez más reconocida como problema global de salud pública. La incidencia global de IRCT es de 242 casos por un millón de habitantes de los cuales 16% es tratado con DP y la prevalencia es de 1142 por millón de habitantes, según reportes de la unidad de Investigación en Enfermedades Nefrológicas del CMN siglo XXI del IMSS.

Magnitud: La ERC se encuentra dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general, en el IMSS ocupa la octava causa de defunción en el varón en edad reproductiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años, además de ser una de las principales causas de demanda de atención. Se cuenta con alrededor de 52, 000 pacientes en terapias sustitutivas, de las cuales el 80% son atendidas en el IMSS. La ERC es un padecimiento que trae consigo una serie de complicaciones, que intervienen en la calidad de vida de los pacientes, muerte prematura así como el aumento en los costos de atención y tasas de hospitalización. Por consiguiente el haber realizado esta investigación, permitirá una intervención eficaz, en el nivel de conocimiento del cuidador primario y la familia del paciente con lo que disminuirá también la sobrecarga que esta enfermedad representa.

Trascendencia: La realización de este trabajo tiene una consecuencia importante dentro de los servicios médicos y de la investigación ya que nos permite ampliar el panorama acerca de los conocimientos del cuidador primario, y disminuir su grado de sobrecarga en el HGZ MF1.

Factibilidad: En el hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 1 de Pachuca Hgo. Perteneciente al IMSS, tiene un registro de 380 pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis peritoneal, por lo que se conto con los recursos humanos, operativos, técnicos y económicos necesarios para llevar a cabo los objetivos señalados, esta investigación es factible.

Viabilidad: Esta investigación es viable, ya que se conto con los recursos humanos y materiales para realizarse, ya que el hospital cuenta con una población registrada en diálisis peritoneal y aéreas específicas de Nefrología.

Congruencia: Esta investigación es conveniente, coherente y con relación lógica, ya que el conocer el grado de sobrecarga y su correlación con el nivel de conocimientos de la ERC del cuidador primario nos permite dar una información adecuada desde el inicio y durante el tratamiento, previniendo complicaciones y disminuyendo costos hospitalarios.

Político- Administrativa: Considerando que la ERC asociada a diabetes es un problema creciente día a día, se justifica médica y socialmente el enfocarse a este problema, lo cual es acorde con la política y administración del gobierno actual. Esta investigación es de carácter metodológico, organizado y con propósito de generación de conocimiento de aspectos importantes de la enfermedad.

Plausibilidad: La investigación que se realizó sobre la correlación entre grado de sobrecarga y nivel de conocimientos que tiene el cuidador primario sobre ERC fue posible ya que se contó con los recursos materiales y humanos, así como la disponibilidad de la muestra para dicho estudio, el cual puede utilizarse en otros trabajos de investigación y nos sirve para poder ampliar o modificar la capacitación que se les da a los familiares y al paciente con ERC, por lo que este estudio de investigación es atendible, admisible y recomendable.

Aspectos éticos: Esta investigación se sustenta en aspectos médico legales ya que la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

El propósito de la investigación médica con seres humanos es mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos.

De acuerdo a los principios de ética y la ley general de salud, esta investigación representa riesgo mínimo para los pacientes involucrados. Durante la realización de dicha investigación se conservaron los principios de Justicia, Deber, Autonomía, Beneficencia, Validez científica, Dignidad de la persona, Consentimiento informado y representatividad.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema mayor de salud pública, que se encuentra entre las 10 primeras causas de morbilidad general, en el IMSS ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad reproductiva y las sexta en la mujer. En México las cifras de morbimortalidad son muy elevadas, y es una de las principales causas de atención hospitalaria.

Existe una incidencia de pacientes con ERC de 377 por millón de paciente (pmp) y una prevalencia de 1,142, con alrededor de 52 000 pacientes en terapias sustitutivas, de las cuales el 80% recibe atención en el IMSS.

En el HGZMF 1 de Pachuca Hgo perteneciente al IMSS, se cuenta con un registro de 380 pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. En 2010 en el HGZMF 1 se registraron 1364 consultas por ERC en mayores de 60 años en el primer y segundo nivel de atención y 137 egresos hospitalarios por la misma causa.

Las características de la enfermedad de los pacientes con enfermedad renal crónica y el tratamiento sustitutivo provocan una serie de cambios que afectan de manera importante la vida del paciente y su familia. El cambio en las condiciones de vida de una persona con ERC introduce a un persona pocas veces reconocida, el cuidador primario, cuyas características de su ocupación lo colocan en un continuo contacto con el paciente lo que puede alterar su capacidad para atender y provocar conductas agresivas hacia el enfermo o boicotear su tratamiento, lo cual se denomina sobrecarga del cuidador, esta sobrecarga aumenta cuando el cuidador principal desconoce las estrategias sobre el paciente dando como resultado una aumento en las complicaciones, el que tenga una adecuada información y capacitación puede mantener controlado al paciente y disminuir la sobrecarga de la persona que asume el papel principal, ya que se ha visto que la mayoría de los pacientes al complicarse aumenta la necesidad de cuidados y por consiguiente la sobrecarga, además la información sobre la enfermedad y su manejo debe ser adecuada desde el inicio y durante el tratamiento. Por lo cual surgió la interrogante:

¿Existe correlación entre el grado de sobrecarga y el nivel de conocimiento sobre ERC que tiene el cuidador primario de los pacientes en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal?

VII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la correlación entre el grado de sobrecarga y el nivel de conocimiento sobre ERC que tiene el cuidador primario de los pacientes que se encuentran registrados en el programa de diálisis peritoneal del HGZ UMF 1 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar características socio-demográficas de los cuidadores primarios de pacientes con ERC en tratamiento con diálisis peritoneal.
- Determinar el grado de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal.
- Determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad renal crónica del cuidador primario.
- Determinar la correlación que existe entre el nivel de conocimiento que tiene el cuidador principal del paciente con ERC en diálisis peritoneal y la sobrecarga que para él representa esta actividad.

VIII. HIPÓTESIS

Hipótesis general:

- Existe correlación entre sobrecarga y nivel de conocimientos ya que entre mayor es el nivel de conocimientos sobre la ERC es menor la sobrecarga en el cuidador primario de pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.

Hipótesis alternas:

HA. 1 Los cuidadores primarios se encuentran entre los 18 y los 25 años de edad, principalmente del sexo femenino.

HA. 2 Existe una sobrecarga leve en los cuidadores primarios que tienen un mayor nivel de conocimientos sobre la ERC en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal.

HA. 3 Los cuidadores primarios que tienen un nivel de conocimiento más bajo tienen una mayor sobrecarga.

Hipótesis nula

- No existe correlación entre sobrecarga y nivel de conocimientos sobre ERC del cuidador primario de pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo. Ya que se hizo un proceso en el cual generaremos un documento describiendo la metodología para obtener conocimiento sin interferir o modificar el fenómeno estudiado.
- Correlacional. Se relaciono el grado de sobrecarga con el nivel de conocimientos en cuidadores primarios.

B. DISEÑO METODOLOGICO

- Transversal: Ya que fue medido en una sola ocasión.
- Prospectivo: Ya que la medición de la variable fue a futuro.

C. UNIVERSO DE TRABAJO

Cuidadores primarios de pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, en todas las modalidades adscritos a el hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 1 de Pachuca Hgo, perteneciente al IMSS.

Población: El HGZMF 1, del IMSS de Pachuca Hgo, tiene un registro de 380 pacientes que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal, por lo cual se tomo una muestra representativa entre dichos pacientes y sus cuidadores primarios.

Muestra: La muestra fue de tipo probabilística integrada por 69 cuidadores primarios.

Se calculó el tamaño de la muestra con la ecuación para poblaciones finitas

$$\underline{n = N * a^2 * p * q / e^2 (N - 1) + a^2 * p * q}$$

Donde:

- **n**= Numero de elementos de la muestra
- **a**= Nivel de Confianza =1.96
- **N**=Universo= 380 pacientes.
- **p**=Probabilidad a favor = 0.05
- **q**=1-p (en este caso 1-0.05= 0.95)
- **e**=Error de estimación= 0.05

Por lo tanto:

$$n = \frac{(380 \times 1.96^2) (0.05 \times 0.95)}{0.05^2 (380-1) + 1.96^2 (0.05 \times 0.95)}$$

$$n = \frac{380 \times 3.8416 (0.0475)}{0.0025 (379) + 3.8416 (0.0475)}$$

$$n = \frac{(1459.808) (0.0475)}{0.9475 + 0.182476}$$

$$n = \frac{69.34}{1.129976}$$

Total: 61.63 =62 + 10 % = 69 cuidadores primarios.

D. PERIODO DE ESTUDIO

La recolección de la información se llevó a cabo en el lapso de dos meses a partir de la autorización por el comité de investigación del HGZMF 1. Es decir en noviembre y diciembre del pasado año.

E. CRITERIOS DE SELECCIÓN

○ CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Cuidador primario de paciente con ERC en DP en cualquier modalidad.
- ❖ Sexo: Indistinto.
- ❖ Edad: de 18 años a 60 años.
- ❖ Escolaridad: Saber leer y escribir, en adelante.
- ❖ Tiempo de cuidador primario. De 3 meses, en adelante.
- ❖ Horas dedicadas al cuidado. Desde 6 horas, hasta tiempo completo.
- ❖ Cuidadores primarios que aceptaron la entrevista y la aplicación de los instrumentos de evaluación de sobrecarga y nivel de conocimiento, de forma voluntaria, con firma del consentimiento informado.

○ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Cuidadores primarios que no cumplieron con el rango de edad.
- ❖ Cuidadores primarios analfabetas, ya que se completaron cuestionarios que requerían ser entendibles para los cuidadores primarios.
- ❖ Cuidadores primarios que no cumplían el rango de tiempo y horas dedicadas al cuidado del paciente con ERC en diálisis peritoneal.
- ❖ Cuidadores primarios que no aceptaron la entrevista y la aplicación del instrumento de evaluación.
- ❖ Cuidadores primarios que no firmaron el consentimiento informado.

○ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- ❖ Cuidadores primarios que no contestaron totalmente el cuestionario.
- ❖ Cuidadores primarios con cuestionarios donde existía más de una respuesta en las preguntas realizadas.
- ❖ Cuidadores primarios que en cualquier momento de la entrevista desearan retirarse del estudio, aun cuando ya se hubiera firmado el consentimiento informado. Ya que los datos otorgados en los cuestionarios son contestados de forma voluntaria.

F. VARIABLES

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Dimensión
SOBRECARGA	Conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas con enfermedades y como estos problemas afectan sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional	Conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas con enfermedades. Se evaluó con el cuestionario de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad renal.	Cualitativa Ordinal	30 a 59 puntos 60 a 80 puntos 90 a 120 puntos 121 a 150 puntos	No sobrecarga Sobrecarga leve Sobrecarga moderada Sobrecarga intensa

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Dimensión
Nivel de conocimiento	Es el proceso mediante el cual un individuo maneja la información previamente otorgada acerca de un procedimiento. Para que exista el conocimiento debe existir una relación en la cual existen cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido o la información recabada acerca del objeto.	Es el proceso mediante el cual un individuo maneja la información previamente otorgada acerca de un procedimiento. Para que exista el conocimiento debe existir una relación en la cual existen cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido o la información recabada acerca del objeto. Se evaluó con el cuestionario de nivel de conocimiento de cuidadores primarios de pacientes con ERC en DP.	Cualitativa ordinal	0 a 11 puntos 11 a 19 puntos 20 a 29 puntos	Bajo Mediano Alto

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Dimensión
Correlación entre sobrecarga y nivel de conocimiento	<p>indica la fuerza y la dirección de una relación lineal y proporcionalidad entre dos variables estadísticas</p> <p>Es la relación que existe entre la existencia de sobrecarga con el nivel de conocimiento que tiene el cuidador primario con la enfermedad renal crónica de su paciente.</p>	Se determinó el nivel de conocimiento y el grado de sobrecarga que tiene el cuidador primario del paciente con ERC en DP y si existe o no relación entre ambos.	Cualitativa Ordinal	<p>No sobrecarga + conocimiento alto.</p> <p>Sobrecarga leve + conocimiento medio.</p> <p>Sobrecarga moderada a intensa + conocimiento bajo.</p>	<p>Correlación positiva</p> <p>Correlación negativa.</p> <p>Correlación negativa perfecta.</p>

- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL CUIDADOR

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Dimensión
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	El género o sexo se registraron en la ficha de identificación.	Cualitativa dicotómica	Características propias.	Hombre. Mujer.
Edad	Tiempo transcurrido, desde el nacimiento, que ha vivido una persona hasta el momento actual	Años de vida del paciente referido por el mismo y se registro en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal.	Número de años. 18 - 25 años 26 - 30 años 31 - 35 años 36 - 40 años 41 - 45 años 46 - 50 años 51 - 55 años 56 - 60 años	Adulto joven Adulto Adulto mayor
parentesco	Características Biológicas que definen afinidad	Registrado en la ficha de identificación	Cualitativa dicotómica	Grado de afinidad que exista entre paciente y cuidador.	Hermana(o) Esposa (o) Hija(o) Madre/ padre
Escolaridad	Nivel de educativo cursado	El nivel educativo se registro en la ficha de identificación	Cualitativa Ordinal	Años escolares cursados y concluidos.	1.Sabe leer y escribir 2.Primaria incompleta 3.Primaria completa 4.Secundaria incompleta 5.Secundaria completa 6.Técnico 7.Preparatoria incompleta 8.Preparatoria completa 9.Licenciatura trunca 10.Licenciatura 11.Maestría 12. otro

Ocupación	Trabajo que una persona realiza en un determinado tiempo y generalmente a cambio de algún tipo de pago.	El oficio del paciente se registro en la ficha de identificación	Cualitativa nominal	Trabajo que realiza el cuidador primario	1. Ama de casa 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Se registro en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal	Situación de persona física determinada por su relación de familia	1. Soltero 2. Unión libre 3. Concubinato 4. Casado 5. Divorciado
Tiempo de cuidador	Es el tiempo desde que se hizo cargo del cuidado del paciente	Se registro en la ficha de identificación.	Cualitativa nominal	Poco tiempo Mucho tiempo	3 meses a 3 años. 4 - 6 años 7 - 9 años 10 años o mas
Horas dedicadas al cuidado del paciente con ERC	Consiste en anotar las horas por día que se hace cargo del cuidado del paciente con ERC	Se registro en la ficha de identificación	Cualitativa nominal	Poco tiempo Mucho tiempo	0 a 6 horas. 7 a 12 horas 13 a 18 horas 19 a 24 horas

- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE CON ERC EN DP

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Dimensión
Tiempo de tratamiento en diálisis peritoneal.	Fecha en que se inicia manejo farmacológico Para el control de la ERC V.	Se registro en la ficha de identificación.	Cuantitativa Discreta.	Poco tiempo Mucho tiempo	3 meses - 3 años 4 - 6 años 7 - 9 años 10 años o mas
Tipo de diálisis Peritoneal	Existen los tipos Diálisis Continua Ambulatoria, la Diálisis Automatizada y la Diálisis Intermitente.	Se registro en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal	Modalidad de DP en la que se encuentra el paciente con ERC	1.-DPCA 2.-DPA 3.-DPI

G. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización del Comité de Investigación y de las autoridades correspondientes del HGZMF No.1 Pachuca, Hidalgo. El estudio se llevo a cabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca de Soto, Hidalgo, donde se localizo a los pacientes y sus familiares, en las áreas destinadas a nefrología de la unidad, ya sea consulta externa, hospitalización, y urgencias, se determino quienes son dependientes de un cuidador primario y con autorización del mismo, además de firma del consentimiento informado, se realizaron ambos cuestionarios.

TECNICA	INSTRUMENTO	LUGAR DE APLICACION
Formularios auto administrados	Formularios que constan de tres partes: ficha de identificación, y cuestionarios para determinar sobrecarga y nivel de conocimientos en cuidadores primarios. Se encuestó a los informantes de forma anónima. Apoyando ante cualquier duda que pudiera surgir, sin intervenir en la respuesta . Ver anexos.	Áreas de nefrología del HGZ MF No.1 Pachuca, Hgo.

H. TAMAÑO DE MUESTRA

En esta investigación la población está identificada y registrada en la base de datos del departamento de epidemiología y en el programa de diálisis peritoneal, que representa el universo de pacientes en terapia sustitutiva con diálisis peritoneal, la mayoría depende de un cuidador principal. Se cuenta con 380 pacientes registrados, de los cuales se incluyó a 69 cuidadores primarios que cumplieron con los criterios de inclusión, a estos se les solicitó su autorización para participar en el estudio, previa firma de la carta de consentimiento informado, a los que aceptaron, se les aplicaron ambos cuestionarios.

I. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de datos se llevo a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows, de donde se obtuvo estadística descriptiva y estadística inferencial.

El análisis univariado se realizó con frecuencias simples, proporciones, porcentajes, medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (derivación estándar o varianza).

Para el análisis bivariado se obtuvo correlación de Pearson, tomando como significativos aquellos valores de P menores a 0.05

X. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación, se sustento en aspectos medico legales cumpliendo con las normas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1987.

De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifico como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el titulo segundo, capitulo 1, articulo 17, de la ley general de salud “ investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modifican intencionadamente en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

La información obtenida cumplió lo establecido en la declaración de la Asociación Medica Mundial sobre las consideraciones éticas de las bases de datos de salud respetándose los principios de accesibilidad, confidencialidad, consentimiento, autorización y uso de información, integridad de la misma, documentación y administración desde el punto de vista médico- ético. Además la confidencialidad de la información se encontrará protegida según lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico, y en el artículo 22 de la ley del seguro social.

El estudio no represento riesgo alguno para los pacientes, conservando los principios de respeto a la persona, beneficencia y justicia. Los resultados permiten conocer la asociación entre grado de conocimientos y sobrecarga en el cuidador primario de pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, en una parte de la población adscrita a nuestra unidad lo cual nos permite crear

estrategias encaminadas hacia un mejor manejo en los cuidados de estos y a la vez disminuir la sobrecarga y consecuencias que esta representa. Además de que los resultados de esta investigación pueden dar pauta a futuras líneas de investigación.

El proyecto respeta los códigos de ética en la investigación con seres humanos de Helsinki, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

XI. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos

- Tutor clínico: Dr. David Gutiérrez Soria. Nefrólogo Clínico.
- Asesor metodológico: Dr. Mario Joaquín López Carbajal. Médico Familiar.
- Investigador: Mayra Castillo Campos, médico residente de medicina familiar.

Recursos Materiales

- Hoja de recolección de datos
- Cuestionarios
- Papelería. (Hojas, lápices, lapiceros)
- Computadora
- Impresora
- Artículos médicos de investigación.
- Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal.
- Escala de evaluación de conocimientos para cuidadores de pacientes dependientes en diálisis peritoneal modificado.

Recursos financieros

- Pertenecientes al investigador (por cuenta del propio investigador).
- Recursos humanos y materiales pertenecientes al IMSS HGZMF No.1 Pachuca Hidalgo, para obtener datos estadísticos de programa de diálisis peritoneal.

XII. RESULTADOS.

ANALISIS DE DATOS.

Los resultados que a continuación se detallan es el análisis descriptivo y consta básicamente de datos sociodemográficos de los cuidadores, tiempo que llevan al cuidado, cantidad de horas y días que dedican a la atención del paciente, parentesco, grado de sobrecarga y nivel de conocimiento, así como correlación entre estos dos últimos.

Tabla 1.

Sexo.

	frecuencia	%
Hombre	28	40.6
Mujer	41	59.4
Total	69	100

En cuanto al sexo el 59.4% corresponde al género femenino, aunque se observa que la población masculina cada vez tiene mayor participación en los cuidados del paciente en DP.

Tabla 2.

Edad.

	frecuencia	%
18-25	8	11.6
26-30	12	17.4
31-35	11	15.9
36-40	13	18.8
41-45	8	11.6
46-50	5	7.2
51-55	7	10.1
56-60	5	7.2
total	69	100

La mayor cantidad de cuidadores se sitúa en una edad de 36 a 46 años, aunque cada vez los cuidadores suelen ser más jóvenes, correspondiendo estos a las hijas del paciente, esposas, y las del rango de mayor edad a las madres de los pacientes.

Tabla 3.

Parentesco.

	frecuencia	%
Hermano	14	20.3
Esposo (a)	23	33.3
Hijo	18	26.1
otro	14	20.3
Total	69	100

En el parentesco la mayoría suele ser la esposa (o), hija u otro (madre), principalmente.

Tabla 4.

Escolaridad.

	frecuencia	%
Sabe leer y escribir	3	4.3
Primaria incompleta	5	7.2
Primaria completa	13	18.8
Secundaria incompleta	3	4.3
Secundaria completa	26	37.7
Técnico	3	4.3
Preparatoria incompleta	2	2.9
Preparatoria completa	8	11.6
Licenciatura trunca	3	4.3
Licenciatura	1	1.4
Otro	2	2.9
	69	100

Los cuidadores primarios suelen tener una escolaridad de nivel secundaria (el 37.7%). Esto debe considerarse importante ya que se les capacita para realizar labores y cuidados que requieren cierto grado de conocimiento de enfermería y medico en el momento específico de realizar la diálisis peritoneal.

Tabla 5.

Ocupación.

	frecuencia	%
Ama de casa	21	30.4
Empleado	31	44.9
Obrero	4	5.8
Comerciante	1	1.4
Otro	12	17.4
Total	69	100

Actualmente las necesidades de la vida diaria no permiten que una sola persona cubra los requerimientos en el hogar y eso se ve reflejado en el presente estudio, ya que observamos que el 44.9% de los cuidadores cuentan con un empleo de medio tiempo y solo el 30.4% son amas de casa.

Tabla 6.

Estado civil.

	frecuencia	%
Soltero	14	20.3
Unión libre	18	26.1
Casado	37	53.7
Total	69	100

Se observa que el 37% de nuestra población de cuidadores primarios son casados lo cual implica dedicar tiempo a los hijos, al conyugue y al hogar, que en muchos casos no suele ser equitativa la distribución de tiempo, lo que puede ser un factor que influya en el aumento de la sobrecarga.

Tabla 7.

Tiempo de cuidador.

	frecuencia	%
3 meses a 3 años	43	62.3
4 años a 6 años	15	21.7
7 años a 9 años	8	11.6
10 o más años	3	4.3
Total	69	100

Se puede observar que la mayor parte de los cuidadores tienen entre tres meses y tres años, (62.3%) esto pudo influir en el resultado ya que no se encontró en la muestra algún cuidador que reflejara un grado intenso de sobrecarga, debido a que solo el 4.3% llevan 10 años o más de ser cuidadores primarios.

Tabla 8.

Horas diarias dedicadas al cuidado.

	frecuencia	%
0-6 horas	17	24.6
7-12 horas	14	20.3
13-18 horas	7	10.1
19-24 horas	31	44.9
Total	69	100

31 cuidadores primarios comentan que se encuentran dedicados de tiempo completo, cabe aclarar que en las encuestas coincide con las hijas, esposas y madres de los pacientes, dedicadas al hogar.

Tabla 9.

Tiempo de tratamiento en diálisis peritoneal.

	frecuencia	%
3 meses a 3 años	43	62.3
4 años a 6 años	15	21.7
7 años a 9 años	8	11.6
10 años o mas	3	4.3
	69	100

El 62.3 % de los cuidadores primarios tienen entre tres meses y tres años de estar al cuidado de el paciente con ERC en DP, y el mayor porcentaje, 31% dedica de 19 a 24 horas al cuidado de su familiar.

Tabla 10.

Tipo de diálisis peritoneal.

	frecuencia	%
DPCA	25	36.3
DPA	39	56.5
DPI	5	7.2
Total	69	100

El 56% de los pacientes se encuentran en diálisis peritoneal automatizada, y el 36.3 % se encuentran en diálisis peritoneal continua ambulatoria, solo 5 pacientes se encuentran en periodo de capacitación con diálisis peritoneal intermitente.

Tabla 11.

Nivel de sobrecarga.

	frecuencia	%
No sobrecarga	24	34.8
Sobrecarga leve	42	60.9
Sobrecarga mediana	3	4.3
Sobrecarga intensa	0	0
Total	69	100

Ningún cuidador primario mostro sobrecarga intensa, sin embargo si existe algún grado de sobrecarga, ya que el 60.9% mostro sobrecarga leve, lo cual puede estar en relación con el tiempo que llevan al cuidado de sus pacientes (menos de 3 años) y a que la mayoría tienen una buena capacitación por parte del servicio de Nefrología de la unidad.

Tabla 12.

Nivel de conocimiento.

	frecuencia	%
Conocimiento bajo	0	0
Conocimiento medio	12	17.4
Conocimiento alto	57	82.6
Total	69	100

La mayor parte mostro un nivel de conocimiento alto (82.6%), seguido por conocimiento medio, ningún familiar tiene un nivel de conocimiento bajo. Se detecto con las entrevistas que la mayor parte de las dudas se encuentra relacionada básicamente con la alimentación del paciente, y el hecho de cómo actuar en el caso necesario de encontrarse fuera de su unidad de adscripción. Y con las dudas acerca de si en algún momento determinado recuperaran la función renal ya sea con el medicamento o con la diálisis.

Tabla 13.

Correlación entre sobrecarga y nivel de conocimiento.

	Nivel de conocimiento
Sobrecarga	-.116
Correlación de Pearson	P = .344
	69 cuidadores primarios.

La correlación entre grado de sobrecarga y el nivel de conocimiento sobre ERC que tiene el cuidador primario de paciente en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal fue de -0.116, con un valor de p de 0.344. Lo que sugiere que a mayor grado de conocimiento que tiene el cuidador es menor la sobrecarga, aunque el resultado no fue estadísticamente significativo, lo que pudiera explicarse por el tamaño de muestra.

XIII. **CONCLUSIONES.**

Se encontró que los individuos que formaron parte de la muestra que se dedicaban a cuidar al enfermo en su mayoría pertenecen al sexo femenino, con un rango de edad de entre 26 a 40 años de edad, en relación al parentesco la mayoría son esposas, hijas o madres del enfermo. Y en el estado civil la mayoría son casadas.

Llama la atención en cuanto al nivel de escolaridad el mayor porcentaje 37.7% solo cuentan con secundaria completa y el 11.6% con preparatoria.

La ocupación que ocupa el mayor porcentaje son empleados, dedicando 0-6 horas al cuidado del paciente, seguidos de las amas de casa y llevan por lo menos tres años y dedican de 17 a 24 horas.

Se encontró en nivel de sobrecarga leve, existiendo asociación con conocimiento alto. Se encontró que la sobrecarga se va intensificando en las personas que llevan lapsos más prolongados cuidando al enfermo, es decir a mayor tiempo mayor sobrecarga. Es importante señalar que algunas personas aunque llevan poco tiempo como cuidador ya presentan un grado de sobrecarga.

Además se detecto que no solo influye el tiempo que se lleva al cuidado del enfermo sino la personalidad de ambos, la calidad y tipo de relación “cuidador-enfermo”, estado de salud del cuidador, edad, recursos económicos, cantidad de actividad laboral o domestica, estado y entorno emocional, así como el conocimiento de la enfermedad.

XIV. DISCUSION.

En el presente estudio se encontró que coincide con las bibliografías consultadas en cuanto a sexo y edades de los cuidadores, la mayoría corresponde a mujeres, con edad promedio de entre 26 y 40 años de edad, la mayor parte realiza otras actividades además del cuidado del paciente, tienen un empleo. Son principalmente familiares, hijas, esposas o madres.

Se encontró que la sobrecarga más que con el nivel de conocimiento se relaciona con el tiempo que dedican a dicha actividad y que existen cuidadores que aun llevando poco tiempo en esta actividad, presentan algún nivel de sobrecarga.

Sería interesante destacar que en cuanto al nivel de escolaridad el mayor porcentaje 37.7% solo cuentan con secundaria completa y posteriormente con preparatoria.

La ocupación que ocupa el mayor porcentaje son empleados, dedicando 0-6 horas al cuidado del paciente, seguidos de las amas de casa y llevan por lo menos tres años y dedican de 17 a 24 horas.

Se encontró en nivel de sobrecarga leve, existiendo asociación con conocimiento alto. Se encontró que la sobrecarga se va intensificando en las personas que llevan lapsos más prolongados cuidando al enfermo, es decir a mayor tiempo mayor sobrecarga. Es importante señalar que algunas personas aunque llevan poco tiempo como cuidador ya presentan un grado de sobrecarga.

Además se detecto que no solo influye el tiempo que se lleva al cuidado del enfermo sino la personalidad de ambos, la calidad y tipo de relación “cuidador-enfermo”, estado de salud del cuidador, edad, recursos económicos, cantidad de actividad laboral o domestica, estado y entorno emocional, así como el conocimiento de la enfermedad.

Es importante que conozcamos estas características, para conocer el entorno en que se desarrollan nuestros pacientes y sus familiares, ya que esto también nos permite evitar complicaciones a futuro.

SUGERENCIAS.

- Realizar un estudio comparativo entre cuidadores de pacientes en diálisis y hemodiálisis.
- Realizar un estudio comparativo en diferentes instituciones de salud ya sean públicas o privadas, con el fin de conocer mejor a cada paciente y cuidadores primarios así como privadas y su entorno, ya que influye en el tratamiento y en las complicaciones de esta enfermedad crónica.
- Que en las instituciones de salud exista un grupo de apoyo a los familiares que cuidan de enfermos crónicos, para orientarlos acerca de la enfermedad y el afrontamiento ante el desgaste.

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES Y AÑO	N O V 1 1	D I C 1 1	E N E 1 2	F E B 1 2	M A R 1 2	A B R 1 2	M A Y 1 2	J U N 1 2	J U L 1 2	A G O 1 2	S E P 1 2	O C T 1 2	N O V 1 2	D I C 1 2	E N E 1 3
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR REALIZADO															
RECUPERACIÓN, REVISION Y SELECCIÓN DE BIBLIOGRAFIA REALIZADO															
ELABORACION DEL PROTOCOLO REALIZADO															
REVISIÓN POR COMITÉ DE INVESTIGACIÓN REALIZADO															
PLANEACION OPERATIVA REALIZADO															
RECOLECCION DE INFORMACIÓN REALIZADO															
ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSION REALIZADO															

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt KU, et al. Enfermedad renal crónica como problema global en salud pública: Abordajes e iniciativas- propuesta de la Kidney Disease Improving Global Outcomes Kidney international. Rev kidney international (edición español), 2007; 3 (8): 232-245.
2. Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. Rev BMC Public Health 2008; 8:117.
3. Paniagua R, Ramos A, Fabián R, Lagunas J, Amato D. Chronic kidney disease and dialysis in México. Rev Perit Dial Int 2007; 27:405–409
4. Cusumano AM, González BM. Chronic Kidney Disease in Latin America: Time to Improve Screening and Detection. Rev Clin J Am Soc Nephrol, 2008; 3: 594-600.
5. Levey AS, Eckardt KU, Yusuke T, Levin A, Coresh J, Dick ZR., et al. Definición y clasificación de la enfermedad renal crónica, Propuesta de KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Rev Kidney International (Edición Español) ,2005; 1: 135-146.
6. United States Renal Data System (USRDS) annual Data Report 2011 Bethesda, MD; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2011; 2: 294.
7. Amato D, Alvarez AC, Castan R, Limones E, Rodríguez E, Ávila DM, et al. Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. Rev Kidney Int Suppl 2008; (97): S11-17.
8. Méndez DA, Méndez BJ, Tapia YT, Muñoz MA, Aguilar SL. Epidemiología de la insuficiencia Renal Crónica en México. Rev. Diálisis y trasplante: Publicación oficial de la sociedad Española de Diálisis y trasplante, 2010; 31(1): 7-11.

9. Obrador GT, García GG, Villa AR, Rubilar X, Olvera N, Ferreira E., et. al. Prevalence of chronic kidney disease in the kidney early Evaluation Program (KEEP), México and comparison with KEEP US. *Rev Kidney Internacional* , 2010;77(116): 77.
10. Martínez RH, Cueto MA, Rojas CE, Cortes SL. Estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica, temprana en primer nivel de atención. *Rev el Residente*, 2011;6(1) :44-50.
11. Francisco AL, Sanjuan AF, Foraster S, Fabado D, Carretero ML, Santamaria C, et. al. Estudio epidemiológico de pacientes ancianos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Rev Nefrología* 2008; 28 (1):48-55.
12. Montenegro J. Soluciones de diálisis peritoneal. *Rev Nefrología* 2008, 5:59-65.
13. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek J, Eggers P, et. al. Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States. *JAMA*, 2007; 298.(17):2038-2047.
14. Montenegro MJ. Tratado de Diálisis Peritoneal. Editorial Elsevier año 2009, pág. 25-40.
15. Guía tecnológica no. 16. Sistema de diálisis peritoneal (GMDN 11226) CENETEC SALUD, Noviembre de 2004, México: 3.
16. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por Entidad Federativa Hidalgo.
17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2005.
18. SISMOR. Sistema de Información concentrado de principales causas de egreso hospitalario del Hospital General de Zona y Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo, Instituto Mexicano del Seguro Social en Hidalgo, Octubre del 2011.
19. Kurella TM, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld J, McChulloch CE. Functional Status of Elderly Adults before and after Initiation of Dialysis. *Rev N Engl J Med* 2009; 361:1539-1547.

20. Banobre GA, Vázquez RJ, Outeiriño NS, Rodríguez GM. Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. Servicio de Nefrología. Complejo hospitalario de Ourense. Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrol. 2005; 8 (2):156-165.
21. Barrera OL, Galvis LC, Moreno F, Pinto AN, Pinzon R, Romero GE. La habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad renal crónica. Rev Inv. Educación en enfermería 2008; 24 (1): 36.
22. González F, Graz A, Pitiot D. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones crónicas. Revista del hospital J.M. Ramos Mejía, 2007 vol. XI no 4, 2007; 10(4):1-22.
23. Astudillo W, Mendinueta C, Granja P. Como apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. Rev Psicooncología, 2008;5(3): 359-381.
24. Teixido J, Tarrats L, Arias N, Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. Rev de Nefrología, 2006;26(1):74-86.
25. Pastor JL, Julian JC. Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Nefrología, 2010; 1(1):15-20.
26. Liakopoulos V, Dombros N. Patient selection For Automated Peritoneal Dialysis: For Whom, When?. Rev Perit Dial Int ,2009;29(2):S102-S107.
27. Villavicencio RC, Ramírez PA, Saenz ÁJ. Nivel de conocimiento de la insuficiencia renal crónica terminal de los pacientes que reciben hemodiálisis y el reingreso por el servicio de emergencia. Hospital Central Militar. Rev. De Ciencias de la Salud, 2008; 1(1): 1-6
28. Jansena DL, Rijkena M, Heijmansa M. Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients; The importance of illness and treatment perceptions. Rev Psychology and health, 2010,; 25 (6):733-749.
29. Verger C, Duman M, Durand PY, Veniez G. Influence of autonomy and type of home assistance of the prevention of peritonitis in assisted automated peritoneal dialysis patients. Rev Nephrol Dial Transplant ,2007;22: 1218-1223.

30. Tejedor A, De las Cuevas B. Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzado (Grado 5), no susceptible de tratamiento dialítico, Guías S.E.N. ,2008; 1: 129-136.
31. Morales JR, Salazar ME, Flores VF. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal, el papel de la depresión. Rev Gaceta Medica Mexican, 2008; 144(2): 95-97.
32. Stanley LS, Sathick I, McKitty K, Punzalan S. Quality of life of caregivers and patients on peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant ,2008; 23:1713-1719.
33. Periz LA, Moreno AC, Julve IM. Características del cuidado familiar de pacientes dependientes en programa de hemodiálisis, Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2011; 14(1): 51-52.
34. McLaughlin K, Jones H, Vander SC. Why do patients choose self-care dialysis?. Rev Nephrol Dial Transplant 2008; 23: 3972-3976.
35. Pannekeet MM. PD in the elderly- a challenge for the (pre) dialysis team. Rev Nephrol Dial Transplant ,2006; 21:60-62.

XVII. ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS EN SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del Estudio:

“CORRELACION ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ERC QUE TIENE EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE DIALISIS PERITONEAL”

Lugar y Fecha: Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 Pachuca, Hidalgo a _____ de _____ 2012.

Número de Registro: R-2012-1201-25

El objetivo del estudio es Determinar la correlación entre el grado de sobrecarga y el nivel de conocimiento sobre ERC que tiene el cuidador primario de los pacientes que se encuentran registrados en el programa de diálisis peritoneal del HGZMFNo.1 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en Contestar el cuestionario de forma clara y completa.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación en el estudio son los siguientes:

“Al contestar esta encuesta usted nos aporta información con la cual tendremos un panorama de cuál es la situación de los cuidadores de enfermos con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal de el hospital general de zona y unidad de medicina familiar en este hospital y al mismo tiempo poder cumplir con el objetivo de este estudio, le recuerdo también que esta encuesta es completamente confidencial.”

Se me informa que conservo el derecho de retirarme del estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; asimismo me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio en forma clara y oportuna aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio puede dirigirse con El Investigador Responsable: Dra. Mayra Castillo Campos Medico residente de tercer año de Medicina Familiar, Matricula 99134831. Avenida Madero No. 405 Col Nueva Fco. I Madero Pachuca Hgo. Teléfono: 771 202 78 05. Correo electrónico: maycastlesp@hotmail.com

Investigador Principal: Dr. Mario Joaquín López Carbajal.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º. Piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 6900 extensión 21230, correo electrónico: comisión.ética@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matricula del Investigador responsable.

Testigo

Testigo

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 2.

FICHA DE IDENTIFICACION DEL CUIDADOR PRIMARIO

No. De folio: F-2012-1201-25

INSTRUCCIONES: complete con letra clara y legible.

sexo	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
1.Hombre 2. Mujer	18 - 25 años 26 - 30 años 31 - 35 años 36 - 40 años 41 - 45 años 46 - 50 años 51 - 55 años 56 - 60 años	1.Hermano(a) 2.- Esposo (a) 3.- Hijo(a) 3.- Otro	1.Sabe leer y escribir 2.Primaria incompleta 3.Primaria completa 4.Secundaria incompleta 5.Secundaria completa 6.Técnico 7.Preparatoria incompleta 8.Preparatoria completa 9.Licenciatura trunca 10.Licenciatura 11.Maestría 12. otro	1. Ama de casa 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante 5. otros
Estado civil	Tiempo de cuidador	Horas que dedica al cuidado de la persona con ERC en DP.	Tiempo de tratamiento en diálisis peritoneal de la persona que usted cuida.	Tipo de diálisis Peritoneal
1. Soltero 2.Unión libre 3.Concubinato 4.Casado 5.Divorciado	3 meses a 3 años 4 - 6 años 7 - 9 años 10 años o mas	0 a 6 horas 7 a 12 horas 13 a 18 horas 19 a 24 horas	3 meses - 3 años 4 - 6 años 7 - 9 años 10 años o mas	1.-DPCA 2.-DPA 3.-DPI

INSTRUCCIONES: Ponga una x en una de las opciones de cada pregunta. (No deje preguntas sin contestar).

No.	Planteamiento	nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	siempre
1	La persona que está en tratamiento de diálisis peritoneal sale de casa	1	2	3	4	5
2	Necesita ayuda en los desplazamientos	1	2	3	4	5
3	Hace alguna tarea del hogar.	1	2	3	4	5
4	Necesita ayuda para realizar su higiene.	1	2	3	4	5
5	Necesita ayuda para realizar sus necesidades (orinar, defecar).	1	2	3	4	5
6	Puede quedarse solo o sola 2 a 3 horas durante el día.	1	2	3	4	5
7	Puede quedarse solo/a toda la noche	1	2	3	4	5
8	hay problemas con la Diálisis, Recurre él/ella a usted para solucionarlos	1	2	3	4	5
9	Desde que tengo que ayudar en Diálisis Peritoneal cualquier cosa me pone fuera de mí	1	2	3	4	5
10	Desde que me hago cargo de la Diálisis Peritoneal, tengo problemas para dormir	1	2	3	4	5
11	El tener que ayudar en la Diálisis cada día me hace sentir cansado	1	2	3	4	5
12	Cuando pienso que la Diálisis Peritoneal hay que hacerla cada día me viene tristeza	1	2	3	4	5
13	Cuando veo a la persona que cuida conectada a la Diálisis Peritoneal, pienso que la vida no vale la pena	1	2	3	4	5
14	Cuando surge un problema, como una infección de catéter, no paro de darle vueltas pensando qué hice mal.	1	2	3	4	5
15	Desde que me hago cargo de la Diálisis Peritoneal, tengo la sensación de no dar abasto con todo lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5

16	Desde que cuido de la persona que hace Diálisis Peritoneal, no me apetece salir de casa ni divertirme	1	2	3	4	5
17	Desde que ayudo en la Diálisis Peritoneal no miro al futuro con ilusión	1	2	3	4	5
18	Cuando la persona a la que ayudo en Diálisis Peritoneal, no hace las cosas correctamente, me enfado	1	2	3	4	5
19	Desde que ayudo en la Diálisis Peritoneal, no soy capaz de mostrar afecto	1	2	3	4	5
20	Desde que ayudo en la Diálisis Peritoneal, me angustia tener que afrontar tantos problemas	1	2	3	4	5
21	¿En qué medida afecta a su situación laboral el hecho de ayudar con la Diálisis Peritoneal?	1	2	3	4	5
22	¿En qué medida ha tenido que modificar o adaptar sus vacaciones por ayudar en la Diálisis Peritoneal?	1	2	3	4	5
23	El hecho de que usted ayude en la Diálisis Peritoneal, ¿En qué medida ha afectado o alterado su vida familiar?	1	2	3	4	5
24	¿En qué medida se ha visto alterada su vida social desde que ayuda en la Diálisis?	1	2	3	4	5
25	¿En qué medida ha modificado o adaptado sus aficiones por ayudar en la Diálisis Peritoneal?	1	2	3	4	5
26	¿En qué medida su salud se ha visto afectada por el hecho de ayudar en la Diálisis?	1	2	3	4	5
27	¿En qué medida diría que algunos miembros de su familia se sienten perjudicados por estar usted haciéndose cargo de la Diálisis?	1	2	3	4	5
28	Desde que se hace cargo de la Diálisis Peritoneal	1	2	3	4	5
29	¿En qué medida ha tenido que modificar o reajustar sus horarios debido a la Diálisis?	1	2	3	4	5
30	¿En qué medida le afectan directamente las exigencias de limpieza que implica la Diálisis peritoneal?	1	2	3	4	5

1. ¿Sabe usted porque está incluido en programa de diálisis?

- a. Para recuperar su función renal.
b. Porque su función renal es inferior a un 10%.
c. Para aumentar su diuresis.
d. No sabe.

2. ¿Puede usted viajar o irse de vacaciones mientras esta en programa de diálisis?

- a. Nunca
b. Si. Su equipo de profesionales le organizará los tratamientos poniéndose en contacto y concertando los mismos con unidades de diálisis de otras ciudades
c. Si. Puede dejar de dializarse unos días.
d. No sabe.

3. ¿Con quién debe ponerse en contacto si le surge algún problema?

- a. Con su familia.
b. Con su médico familiar o nefrólogo.
c. Con su unidad de diálisis, o servicio de urgencias de un centro hospitalario.
d. No sabe.

4. ¿Cree usted que puede trasplantarse cuando quiera?

- a. No hay riñones para todos, existe una lista de espera para ello.
b. Si.
c. Depende del tiempo que lleve en programa de diálisis.
d. No sabe.

5. Si por algún motivo no puede seguir en programa de diálisis. ¿Conoce otras alternativas?

- a. No existe ninguna otra técnica de diálisis.
b. Si la hemodiálisis.
c. La única alternativa es el trasplante.
d. No sabe.

6. Si ante cualquier problema de salud ajeno a su patología renal le recetan un tratamiento.

- a. Lo tomará como le indiquen.
b. Consultará previamente con el nefrólogo.
c. No lo tomará.
d. No sabe.

7. ¿Por qué es importante la dieta?

- a. No es importante.
b. Porque determinados alimentos pueden aportar sustancias dañinas para el organismo entre cada diálisis.
c. Porque una dieta adecuada puede recuperarle la función renal.
d. No sabe.

8. ¿Sabe porque son peligrosos los alimentos que contienen potasio?

- a. Porque producen picor.
b. Porque producen dolor muscular, paro cardiaca, muerte...
c. Porque producen pérdida de audición.
d. No sabe.

9. ¿Qué alimento contiene más potasio?

- a. Verduras y frutas.
- b. Leche.
- c. Pastas.
- d. No sabe.

10. Las verduras son alimentos ricos en potasio. ¿Cómo deben de tomarse para disminuir el nivel de potasio?

- a. Crudas.
- b. Cocidas.
- c. Cocida en dos aguas.
- d. No sabe.

11. ¿Cuántas piezas de fruta puede tomar al día?

- a. Ninguna.
- b. Una.
- c. Todas las que quiera.
- d. No sabe.

12. ¿Cuánto líquido puede ingerir en su dieta diaria?

- a. Libre.
- b. 500 cc + diuresis.
- c. Dos litros.
- d. No sabe.

13. ¿Qué ocurre cuando ingiere mucho líquido?

- a. Respira mal, hinchazón de manos y piernas.
- b. Tiene calambres.
- c. Orina más.
- d. No sabe.

14. ¿Por qué debe de comer sin sal?

- a. Para tener menos sed y para que su tensión arterial no se altere.
- b. Porque se disminuye el tiempo de diálisis.
- c. Porque orina más.
- d. No sabe.

15. ¿Qué es un catéter de diálisis peritoneal?

- a. Un tubo blando que se coloca en abdomen
- b. Unión de una arteria y una vena
- c. Un tubo que se coloca en vena femoral
- d. No sabe.

16. ¿Para qué sirve el catéter de diálisis peritoneal?

- a. Para que entre y salga el líquido de diálisis
- b. Para eliminar líquidos
- c. Para controlar peso
- d. No sabe

17. La curación del catéter es imprescindible realizarla:

- a. Todos los días
- b. Un día por semana
- c. Tres veces al día
- d. No sabe

18. ¿Cómo debe realizar la curación del catéter de diálisis peritoneal?

- a. Limpiar con suero fisiológico, secar con gasa estéril, colocar gasa alrededor catéter y colocar apósito estéril.
- b. Lavar con agua, secar con gasa estéril y colocar apósito estéril.
- c. a y b son ciertas
- d. No sabe

19. ¿Qué debe hacer si el orificio supura y/o está enrojecido?

- a. Acudir al médico familiar o nefrólogo
- b. Se pondrá en contacto con su unidad de diálisis o área de urgencias.
- c. Esperar unos días a ver si se resuelve
- d. No sabe

20. ¿Qué debe hacer si el líquido no entra o no sale al realizar el intercambio de diálisis?

- a. Comprobar que las pinzas del sistema están abiertas y/o no haya acodamientos.
- b. ponerse en contacto con el centro de diálisis
- b. No hacer intercambio y esperar al siguiente
- d. No sabe

21. Ante ruptura o desconexión accidental del catéter de diálisis ¿qué debe hacer?

- a. Acudir a centro de salud
- b. Intentar solucionarlo y no avisar
- c. Acudir rápidamente a unida de diálisis
- d. No sabe

22. ¿Qué debe hacer si al drenar el líquido es turbio y/o tiene dolor abdominal?

- a. Introducir antibióticos en bolsa
- b. Esperar al día siguiente a ver si el líquido es más claro y/o cede el dolor
- c. Acudir a centro de diálisis
- d. No sabe

23. La diálisis peritoneal consiste:

- a. En introducir un líquido especial en cavidad abdominal a través de un catéter
- b. Es un método por el que se eliminan toxinas y exceso de líquidos, utilizando el peritoneo como filtro
- c. a y b son ciertas
- d. No sabe

24. En la diálisis peritoneal continua ambulatoria se realizan:

- a. 4 o 5 intercambios manuales, en casa durante el día y todos los días.
- b. 4 intercambios en casa descansando los fines de semana
- c. 4 intercambios en casa, durante la noche
- d. No sabe

25. ¿Qué es la diálisis peritoneal automática?

- a. Diálisis que se realiza en casa, por la noche y con ayuda de una máquina
- b. El tratamiento se realiza todas las noches
- c. a y b son ciertas
- d. No sabe

26. ¿Sabe cómo evitar la entrada de gérmenes al realizar los intercambios de diálisis?

- a. Realizando los intercambios con las ventanas abiertas
- b. Utilizando mascarilla y desinfectando manos
- c. Utilizando para secado de manos, toalla usada por otra persona
- d. No sabe

27. ¿Qué debe hacer si tiene sobrecarga de líquidos?

- a. Tomar algo para orinar más
- b. Dejar de tomar líquidos totalmente esperando que se resuelva el problema.
- c. Ponerse en contacto con la unidad de diálisis
- d. No sabe

28. ¿Sabe para qué sirve la inyección de eritropoyetina que se administra?

- a. Para aumentar el calcio de los huesos
- b. Para corregir anemia y evitar transfusiones
- c. Para regular tensión arterial y frecuencia cardíaca
- d. No sabe

29. En relación al fósforo:

- a. Suele aumentar en la IRC y puede producir picor y con la medicación
- b. Disminuye evitando alimentos ricos en fósforo, con la diálisis
- c. a y b son ciertas
- d. No sabe