



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ACTITUDES FRENTE AL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN
RENAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HEMODIALIZADOS EN EL
CENTRO NEFROLÓGICO SUCRE. CUMANÁ, ESTADO SUCRE.
(Modalidad: Cursos Especiales de Grado)

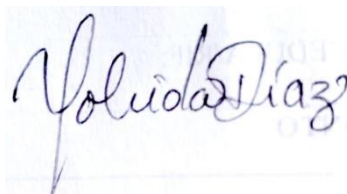
Mariana Carolina Carvajal Abache
Arellys Carolina Rodríguez Serrano

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CUMANÁ, JUNIO DE 2019

ACTITUDES FRENTE AL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCIÓN
RENAL EN FAMILIARES DE PACIENTES HEMODIALIZADOS EN EL
CENTRO NEFROLÓGICO SUCRE. CUMANÁ, ESTADO SUCRE.

APROBADO POR:

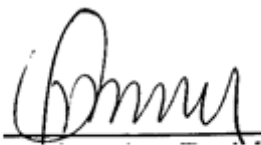


Lcda. Yoleida Díaz
Asesora



MSc. Maritza Rojas de G.

Coasesora



Prof. Olga Rodríguez

Jurado

DEDICATORIA

A:

Dios que me dio la vida, el que me ha dado fortaleza para continuar y permitir el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional; por ello, dedico primero mi trabajo a Dios .

Mis padres Virgilio Carvajal y Maritza Abache, por enseñarme a luchar, por haberme brindado su comprensión y apoyo incondicional durante toda mi carrera, por sus consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones y por creer en mí.

Mis hermanos Marielys, Daniel, Virginia y Antonio que siempre han estado allí apoyándome en los momentos buenos y malos de mí vida.

Mis sobrinos Luis y Fabiola que han sido para mí un motivo más para seguir superándome, gracias a mis hermanos por haberme dado esos dos regalitos tan especiales.

Mi amiga, compañera de estudio y de trabajo de grado Arelys Rodríguez por haberme apoyado y soportado durante este largo camino que fue grato y muy divertido.

Mariana Carvajal

DEDICATORIA

A:

Mi Dios Todopoderoso, por haberme dado la fuerza y sabiduría para culminar esta carrera, por haber iluminado mis pasos y guiado hasta ahora, por ayudarme a no rendirme, por tu amor infinito mi señor, Para ti sea toda la gloria y la honra.

Mis Padres, María Serrano y Fernando Rodríguez por su amor, apoyo, sus correcciones y por haberme guiado por el buen camino enseñándome la honestidad y el respeto como valores fundamentales.

Mis hermanas: María Fernanda y Zulianmy Las mejores hermanas que puedan existir, en quienes he confiado, las que me han acompañado durante toda mi vida, brindándome apoyo en todo lo que he necesitado, siempre han estado allí para mí.

Mi esposo Jesús Gregorio por ser mi amigo, mi confidente, mi ayuda incondicional, por su apoyo y comprensión gracias mi amor.

Mis sobrinos Freinner y Luis Fernando, los angelitos de la familia que con sus ocurrencias han llenado mi vida de alegría, son el mejor regalo que me han dado mis hermanas.

Mis abuelos maternos Ramona Ramos y Miguel Serrano, paternos Zulay Soledad y Rafael Rodríguez, por su cariño incondicional, apoyo y comprensión, además de haber iniciado el origen de mi vida.

Mi mejor amiga Patricia Vargas, que desde el bachillerato estuvo conmigo siempre apoyándome y dándome ánimos en mis estudios y en lo que necesitara, de igual manera a sus padres Luisa y José Luis, quienes tuvieron un importante papel al inicio de mi carrera universitaria.

Mi amiga y compañera de trabajo de grado Mariana Carvajal, por su esfuerzo, dedicación y entusiasmo para culminar con éxito nuestro trabajo de investigación.

Arelys Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A

Dios, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por darnos el entendimiento y paciencia necesaria para poder alcanzar esta meta.

Le damos gracias a nuestros padres por apoyarnos en todo momento, por los valores que nos han inculcado y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

Nuestra asesora Lcda. Yoleida Díaz un especial agradecimiento por sus orientaciones en cada momento de esta investigación, por su empeño, mucha paciencia y constancia además de su valiosa colaboración para culminar con éxito nuestro trabajo investigativo.

La Universidad de Oriente la casa más alta, nuestra escuela de enfermería y a todos aquellos profesores que nos aportaron no solo la educación necesaria, sino también su amistad y comprensión, para formarnos como profesionales de calidad.

Todas aquellas personas que de una u otra manera nos ayudaron en el transcurso de nuestra carrera incluyendo familiares, amigos y a nuestros compañeros de estudio.

Los familiares de los pacientes que participaron en nuestro estudio. De cada uno de ellos obtuvimos un aprendizaje invaluable, que nos permitió conocer las diferentes realidades por las que cada uno de ellos está atravesando, la falta que les hace una oportuna orientación sobre su enfermedad, lo que nos hace un llamado de atención para que no perdamos el norte como profesionales de salud.

Arelys Rodríguez

Mariana Carvajal

INDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	V
INDICE	VI
LISTA DE TABLAS	VII
RESUMEN	VIII
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	6
Área de estudio	6
Tipo de investigación.....	6
Muestra poblacional.....	6
Normas de Bioéticas	6
Determinación de las características sociodemográficas	6
Determinación del nivel de conocimiento sobre tratamiento sustitutivo de la función renal	7
Análisis de estadísticos	7
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	8
Características socio demográficas	8
CONCLUSIONES	16
RECOMENDACIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍAS	18
ANEXOS	19
METADATOS.....	27

LISTA DE TABLAS

1. Distribución absoluta y porcentual de las características sociodemográfica de los familiares de pacientes hemodializados del centro nefrológico Sucre. Cumana, estado Sucre..... 8
2. Respuestas correctas e incorrectas de los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna del hospital Antonio Patricio de Alcalá Cumaná, estado Sucre.....10
3. Distribución absoluta y porcentual del nivel de conocimiento sobre HTA de los pacientes que asiste a la consulta de medicina interna del hospital Antonio patricio de Alcalá. Cumaná, estado Sucre.....11
4. Respuestas correctas e incorrectas de los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna del hospital Antonio Patricio de Alcalá Cumaná, estado Sucre.....13
5. Distribución absoluta y porcentual del nivel de conocimiento sobre ERC de los pacientes que asiste a la consulta de medicina interna del hospital Antonio patricio de Alcalá. Cumaná, estado Sucre.....14

RESUMEN

El vínculo entre Hipertensión Arterial (HTA) y Enfermedad Renal Crónica (ERC) es recíproco y complejo. La HTA es un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de ERC, y la incidencia de enfermedad renal se incrementa conforme aumenta la severidad de la HTA. La presente investigación permitió evaluar HTA como factor de riesgo para el desarrollo de la ERC, en pacientes hipertensos que asisten al hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, mediante una investigación descriptiva y de campo, se contó con la participación de 27 pacientes que acudieron a la consulta, en el periodo establecido (febrero- marzo 2018), a los cuales se le aplicó un instrumento de recolección de datos el cual constó de 18 preguntas policotómicas. Los resultados arrojaron que el rango de edad que predominó fue de 55 a 69 años con un 44,5%; en cuanto al grado de instrucción fue la secundaria completa con 44,5%; y con respecto al sexo el 63% eran femeninas y el 37% eran masculinos. En referencia al conocimiento que poseían sobre HTA y ERC obteniendo un 55,6 % medio, seguido de un 25,9% alto y el 18,5% restante un bajo conocimiento. En cuanto a ERC el nivel de conocimiento fue bajo con un 81,5%, seguido de medio 18,5% y 0% un alto conocimiento. De acuerdo a estos resultados se implementaron sesiones educativas, complementadas por trípticos, con el propósito de resaltar los conocimientos sobre la hipertensión arterial y enfermedad renal.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) representa en el momento actual un problema de salud que afecta a casi el 10% de la población mundial. Es definida como una enfermedad epidémica, que puede llevar inexorablemente a la muerte del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno y adecuado. Es una afección de origen multifactorial de carácter congénito y/o hereditario, que puede ser también adquirido, la cual ha incrementado su incidencia dentro de la población (Valera, *et al.*, 2011).

Valverde y Zari (2016), consideran que esta enfermedad es prevenible, pero no tiene cura; suele ser progresiva, silenciosa y no presenta síntomas hasta etapas avanzadas cuando las soluciones serían tratamientos sustitutivos renales. Lógicamente, lo más completo y óptimo es el trasplante renal ya que reemplaza la función renal deteriorada; sin embargo, la disponibilidad de riñón es escasa, y por ello se recurre a la diálisis. A criterio de Wang (2006), el objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular.

En palabras de Olivares (2012), la diálisis es un tratamiento imperfecto para reemplazar la función renal ya que no sustituye las funciones endocrinas del riñón, pues reemplazan solo algunas de esas funciones a través de la difusión (eliminación de desechos) y ultrafiltración (eliminación de líquidos) también explica que esta puede ser de dos tipos: hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal, ambas, diferenciadas por el lugar donde ocurre la filtración de los residuos; la primera consiste en depurar la sangre a través de una máquina desde una arteria del paciente hacia el dializador en el que las sustancias tóxicas se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. La HD es un proceso lento que se realiza conectando al enfermo durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana.

En el caso de la diálisis peritoneal (DP) se utiliza una membrana orgánica situada en la zona abdominal de todas las personas: el peritoneo. El propio paciente introduce el líquido de diálisis en la cavidad abdominal que queda a un lado del peritoneo. El proceso físico de diálisis es el mismo que hemos descrito, pero, a diferencia de la hemodiálisis, el intercambio entre la sangre y la solución de diálisis se realiza durante veinticuatro horas, ya que el líquido de diálisis está en la cavidad abdominal durante todo el día y la noche. Éste líquido suele cambiarse tres o cuatro veces al día. La preparación del paciente para esta modalidad de diálisis consiste en realizar una intervención de cirugía menor, en la que se practica un orificio en el abdomen para introducir en él un catéter que ponga en contacto la cavidad del peritoneo con el exterior (Magaz, 2003).

El ingreso de los pacientes al programa de diálisis periódica, supone un punto de inflexión importante en sus vidas. Han de adaptarse a una situación nueva, con el temor a lo desconocido, la sensación de dependencia, el sufrimiento por la situación personal y por ver sufrir a quienes tienen cerca en estos casos a los familiares. El paciente está obligado a realizar cambios individuales complejos, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible (Rodríguez y Rodríguez, 2004).

La familia se define como un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto. Está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Es un ámbito determinante de realización, equilibrio, salud y plenitud afectiva que las personas pueden alcanzar, pues es la principal fuente de costumbres, creencias y actitudes que influye en la promoción, prevención y educación de la salud y de los comportamientos saludables de sus miembros (Cárdenas, 2013).

La familia es la institución básica de la sociedad, ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha

asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social, y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en ella como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre (Louro, 2007)

Constituye la más importante y efectiva red de apoyo social, y desempeña un papel clave en el proceso salud-enfermedad pues influye en que sus miembros asuman conductas protectoras de su salud o por el contrario conductas de riesgo que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes. En la familia se fomentan estilos de vida saludables, se presenta la enfermedad, se recupera la salud y se apoya en el momento de morir.

En este orden de ideas, López *et al.*, (2009), comenta que la actuación de la familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental, ya que éste presenta cambios físicos inherentes a la patología, en este caso ERC, igualmente cambios en sus actividades de la vida diaria y en su estado anímico. Por ello, inmiscuir a la familia en esta situación es muy positivo, pues el enfermo sentirá el apoyo en una situación que afronta en soledad, que no sólo afectará el tratamiento, porque también en su domicilio continuará con la instauración de una dieta adecuada a la diálisis, toma de medicación correcta y una estabilidad emocional que será contenida por la familia, principalmente al presentar cambios de humor e incluso de carácter en algunos casos o inadecuación a la nueva situación en su vida.

Bañobre *et al.*, (2005), comentan que la educación sanitaria es una parte integral del rol enfermero, con atención especial a la prevención, educación y ayuda. Una buena educación mejora la calidad de vida, mientras que por el contrario, la falta de información adecuada provoca un efecto negativo. La educación es el componente esencial de los programas de diálisis, y el autocuidado es uno de los propósitos mejor definidos en enfermería. Murguesa y Villanueva (2006), consideran que la enfermera educa al paciente y familiar, basándose en la Andragogía, disciplina se ocupa de la

educación y el aprendizaje del adulto, donde el proceso enseñanza aprendizaje no funciona si se transmiten los hechos simplemente para ser memorizados.

De acuerdo con Virginia Henderson (teorista de enfermería) aseguraba que para tener salud era necesario disponer de información, y que no se podía tener salud si no se sabía cómo conservarla, mantenerla o recuperarla. Una condición básica para que el tratamiento sea favorable es que el paciente y familiares conozcan del mismo y eso sólo se puede conseguir si interiorizan lo que significa ser portador de la enfermedad crónica. Por ello es clave que tengan conocimientos sobre la enfermedad, siendo la educación sanitaria la mejor herramienta para lograrlo. Para que la educación y el aprendizaje sean eficaces se precisa de la participación activa tanto del paciente como del familiar.

Reyes y Castañeda (2006), señalan que durante el proceso de la enfermedad la familia juega un rol esencial, pues como principal ente socializador del individuo, trasmite conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Simultáneamente, cumple con una serie de funciones como garantizar la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes, en función de su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.

De acuerdo a una investigación realizada por Valverde y Zari (2016), en Ecuador, quienes determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autocuidado de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de la función renal del Centro DIALI LIFE. Encontraron que el nivel de conocimiento es significativo con un 39,4% por ende realizan prácticas adecuadas de autocuidados que ayudan a conllevar de mejor manera la enfermedad y su tratamiento. No obstante, la actitud se refleja con un 46,97% indiferente porque aceptar la enfermedad les resulta

complejo, mucho más adaptarse al tratamiento a lo largo de sus vidas. Asimismo es esencial que la familia deba estar inmiscuida en cada detalle de la enfermedad del paciente, debido a que no sólo afectará a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio es donde continuará con la instauración de una dieta adecuada a la hemodiálisis, toma de medicación correcta y una gran estabilidad emocional. Esto dependerá del trabajo paralelo del área de salud y la familia. El área de salud representada por enfermería que, a más, de brindar apoyo educativo al usuario y a su familia, es responsable de fortalecer y promover el vínculo familiar para lograr que el individuo con la patología se sienta aceptado en la sociedad y así se adapte mejor a su problema y tratamiento, manteniendo una mejor calidad de vida y conservando su bienestar, a pesar de la situación médica.

Nola Pender citado por Noverola (2014), explica en su modelo de promoción de la salud (MPS), que las influencias interpersonales son cogniciones relacionadas con las conductas, creencias o actitudes de otros y que estas, pueden o no corresponder con la realidad. Las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud son la familia, los compañeros y los profesionales de la salud. Se ha demostrado que estas influencias interpersonales afectan la predisposición de los individuos para realizar las conductas promotoras de la salud. Pender, explica que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano (Noverola, 2014).

Por lo antes expuesto se ejecutó el presente estudio el cual tiene gran importancia e impacto en la sociedad actual, teniendo presente que es necesario contar con la participación activa de los familiares que acuden al centro nefrológico Sucre.

METODOLOGÍA

Área de estudio

La investigación fue realizada en la unidad de diálisis del Centro Nefrológico Sucre Compañía Anónima (CENESUCA), ubicada en la avenida Fernández de Zerpa, municipio Sucre, Cumaná, estado Sucre.

Tipo de investigación

Fue una investigación descriptiva, de campo y de corte transversal, realizada durante la tercera semana del mes de mayo de 2019.

Muestra poblacional

La muestra estuvo constituida por 28 familiares de pacientes hemodializados que acudieron al centro durante el lapso de estudio. La misma, fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple, ya que todos ellos tenían la misma probabilidad de ser seleccionados, y fueron escogidos al azar.

Normas de Bioéticas

La investigación se realizó siguiendo las normas de ética establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para trabajos de investigación en humanos y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2004). Una vez que los familiares de los pacientes aceptaron participar en el estudio, se les pidió un consentimiento informado (Anexo 1).

Determinación de las características sociodemográficas

Para determinar las características sociodemográficas se aplicó un cuestionario (Anexo 2), realizado por las autoras del presente trabajo investigativo, el cual fue validado según juicio de expertos. El mismo, consta de tres partes: la primera, referida a los datos como sexo, edad, parentesco y ocupación de los familiares de pacientes hemodializados, la segunda parte referida a las actitudes y la tercera parte al conocimiento.

Identificación de las actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal.

Para identificar las actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal se aplicó la segunda parte del cuestionario ya mencionado. Las actitudes constan de una escala de Lickert, específicamente los ítems del 1 al 9 con cinco criterios de respuesta: totalmente de acuerdo (T.A), de acuerdo (A), ni acuerdo ni en desacuerdo (N), desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (T.D). Cada una de ellas con un puntaje de 5, 4, 3, 2 y 1 respectivamente. De acuerdo al puntaje obtenido, las actitudes fueron categorizadas de la siguiente manera.

Actitud de rechazo: 9 – 22 puntos

Actitud de indiferencia: 23 – 43 puntos

Actitud de aceptación: > 44 puntos

Determinación del nivel de conocimiento sobre tratamiento sustitutivo de la función renal

El conocimiento fue determinado con la tercera parte del cuestionario ya referido (Anexo 2), específicamente los ítems del 10 al 15 con tres opciones de respuesta Si, No y No sé.

Análisis de estadísticos

Para relacionar el nivel de conocimientos con las actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal en los familiares de pacientes hemodializados se aplicó el estadístico Pearson

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características socio demográficas

La tabla 1, muestra las características sociodemográficas de los familiares de pacientes hemodializados en relación a la edad y al sexo. El rango predominante con un 46,4% fueron las edades entre 35 a 51 años, seguido de 39,3% en el intervalo de 52 a 63 años y por ultimo 14,3% el rango de edad de 18 a 34 años. En referencia al sexo el 78,6% eran del sexo femenino y el 21,4 masculinos. Esto pudiera deberse fundamentalmente al rol que las sociedades han establecidos tradicionalmente para la mujer adulta, es decir a factores culturales que le han asignado la función encargada de las labores del hogar, del cuidados de los enfermos y del cuidado de la familia en general.

Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual de los familiares encuestados en el Centro Nefrológico Sucre en relación a la edad y al sexo. Cumaná, estado Sucre.

Datos	N°	%	
	18 a 34	4	14,3
Edad	35 a 51	13	46,4
	52 a 63	11	39,3
Total	28	100	
Sexo	Femenino	22	78,6
	Masculino	6	21,4
Total	28	100	

N= número de familiares, % = porcentaje

Velásquez y Andrade (2011), en relación al tema obtuvieron resultados similares al identificar las características demográficas, socioeconómicas y psicológicas en cuidadores informales de paciente con ERC, de un total de 100% el 41,6% estuvo en rango de edad de 40 a 59 años, seguido de 29,1% para mayores de 40 y 60 años; el 85,5% eran mujeres y el 12,5% hombres. Igualmente Romero *et al*, (2015), evaluaron la sobre carga y calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con ERC, se observó 75,1% en el rango de edad de 36 a 59 años; el 76,99% eran de sexo femenino.

Por su parte García *et al*, (2015), en su investigación demostró que del 100% de los familiares encuestados el 62,9% eran mujeres con un promedio de edad de 55 años.

Romero *et al*, (2015) demostraron en su estudio que el 96,0% de los cuidadores familiares eran de sexo femenino mayores de 35 años de edad. Ellos refieren que esta realidad responde a modelos patriarcales de familias y sociedad en los que la mujer es la encargada del cuidado, debido a que históricamente es esta a quien se le ha asignado este papel, aduciendo condiciones inherentes a su naturaleza que la preparan para cuidar y ser más abnegada.

Las características sociodemográficas en relación a la ocupación y parentesco de los familiares encuestados se muestran en la tabla número 2. En la ocupación como indicador se encontró que un 46,4% se dedicaban al oficio del hogar, seguido de 21,4% obreros, 14,3% docentes, 10,7% comerciantes y por ultimo 7,2% tenían otras ocupaciones. Con respecto al parentesco el 50% de los encuestados son hijos (a) de los pacientes, seguido del 28,6% las esposas (o), el 14,2% cuyo parentesco es hermanos(a) y por ultimo con 7,2% los padres. En este sentido muchos tienen que asumir por el completo el cuidado de su familiar para esto se ven obligados a abandonar el trabajo remunerado para dedicarse a las labores del hogar y al cuidado del enfermo como símbolo de gratitud por las atenciones que anteriormente habían recibido de la persona enferma; como una expresión de humanidad y de solidaridad; por el aprecio y compasión hacia ellos. Resultados que coinciden con una investigación realizada por Romero *et al*, (2015) al determinar la relación entre la sobrecarga percibida y la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica, en donde el 43,1% se dedicaban a los oficios del hogar, seguido de los empleados con un 32,9% y por último los estudiantes con un 2,7%. Por su parte Velásquez y Andrade (2011), difiere de los resultados debido a que en su estudio aplicado al cuidador informal, observo que las mayores proporciones de los encuestados correspondían a los empleados con un 35,7%, seguidos de las amas de casa en un 33,3% y por último el 25,0% los jubilados. En relación al parentesco los esposos (a) predominaron en el

estudio con un 41,6%, seguidos del 29,1% de los hijos (a), el 25,0% de los padres y el 4,1% de parentesco hermanos(a).

La interpretación fue realizada a partir de la descripción de los datos obtenidos en las encuestas aplicadas al grupo con bajo nivel de educación y al grupo con altos niveles de manera que se evidenciaron las diferencias que permitieron generar las conclusiones pertinentes.

Para fines del análisis, se utilizó como grupo I a los encuestados que cuenten con un nivel educativo bajo y como grupo II a los que tengan un nivel educativo superior. Las tablas utilizadas presentan los datos divididos por sexos y edad con la finalidad de hacer un análisis más detallado tomando en consideración las diferencias que existen entre géneros y edades.

Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de los familiares encuestados en el Centro Nefrológico Sucre en relación a la ocupación y el parentesco. Cumaná, estado Sucre.

Datos	N	%	
Ocupación	Amas de casa	13	46,4
	Obrero	6	21,4
	Docente	4	14,3
	Comerciante	3	10,7
	Otros	2	7,2
Total	28	100	
Parentesco	Hijo(a)	14	50,0
	Esposa(o)	8	28,6
	Hermanos	4	14,2
	Padres	2	7,2
Total	28	100	

N= número de familiares, % = porcentaje

Actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal

La tabla 2, muestra las actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal que demostró la población de estudio, la cual manifestó en su mayoría una actitud de

indiferencia con un 92.9%, seguido de un 7.1% de rechazo y finalmente el 0.0% restante una actitud de aceptación. Probablemente este resultado se deba a que los familiares están influenciados por las vivencias y experiencias lo que permite que despierten sentimientos y emociones como el miedo, el rechazo, la tristeza, la impotencia y desesperación. También pudieran deberse a que ellos no reciben información suficiente del personal de salud sobre el tratamiento

Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual en relación a las actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal, en los familiares de pacientes hemodializados en el Centro Nefrológico Sucre. Cumaná, estado Sucre.

Actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal	N	%
Rechazo	2	7,1
Indiferencia	26	92.9
Aceptación	0	0
Total	28	100

N= número de familiares, % = porcentaje

Resultados diferentes encontró Nolasco (2015) en Perú, en su trabajo de investigación sobre actitudes de los familiares hacia el tratamiento del enfermo, obtuvo que el 87,0% presentaban una actitud favorable y el 13,0% una actitud desfavorable. Estos resultados contribuyen a la prevención de complicaciones así como también favorecen el control de la sintomatología de la enfermedad.

Por otra parte Rojas (2006), estudio las actitudes de la familia hacia el tratamiento donde se observó un porcentaje muy significativo de actitud de aceptación 62,5 %, seguido de 37,5%, actitud de indiferencia y 0,0% rechazo. Datos que demuestran el apoyo que brinda la familia no solo a lo concerniente al tratamiento sino también va a apoyar a realizar cambios en los estilos de vida para evitar el posible abandono del tratamiento de la enfermedad además también ayudara a la familia a afrontar estas nuevas situaciones que pueden llevar a crear desequilibrios familiares.

La tabla 4 muestra el conocimiento frente al tratamiento sustitutivo de la función renal que demostró la población de estudio, de la cual en el primer ítem, la diálisis es un tratamiento preventivo un 60,7% de la población dijo que no y el 35,8% dijo que si, al igual en el segundo ítem que dice el tratamiento sustitutivo de la función renal cura los riñones un 82,1% dijo que no y el otro 10,8% dijo que si, mientras que en el tercer ítem donde habla sobre si el tratamiento sustitutivo renal prolonga la vida resulto que el 92,9% de la población dijo que si y el 7,1% dijo que no, el cuarto ítem, el paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal requieren dedicación y tiempo permanente el 57,1% dijo que no, mientras que el 35,8% dijo que si, el quinto ítem donde el control de peso es importante en el tratamiento sustitutivo de la función renal el 92,9% dijo que si y el 7,1% dijo que no.

Tabla 4. Conocimientos sobre tratamiento sustitutivo renal en familiares de pacientes hemodializados en el centro nefrológico sucre. Cumaná, estado Sucre.

CONOCIMIENTO	SI		NO		NO SE		Total N° %
	N°	%	N°	%	N°	%	
10. La diálisis es un tratamiento preventivo	10	35,8	17	60,7	1	3,5	100
11. El tratamiento sustitutivo de la función renal cura los riñones	03	10,8	23	82,1	2	7,1	100
12. El tratamiento sustitutivo de la función renal prolonga la vida	26	92,9	02	7,1	0	0	100
13. El paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal requieren dedicación y tiempo permanente	10	35,8	16	57,1	2	7,1	100
14. El control de peso es importante en el tratamiento sustitutivo de la función renal	26	92,9	02	7,1	0	0	100

Las respuestas recibidas por los pacientes sobre ERC se muestran en la tabla 4, en donde el conocimiento basado en las respuestas proporcionadas por los usuarios encuestados mostró que un 74,1 % desconoce cuáles son las complicaciones más frecuentes de la HTA, el 55,5% no saben qué es, el 70,3% no saben con qué frecuencia deben realizar ejercicios físicos, el 88,8% sabe cuál es la alimentación adecuada para un hipertenso y el 55,5% conoce las cifras normales de tensión arterial

Tabla 4. Respuestas correctas e incorrectas de los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna del hospital Antonio Patricio de Alcalá Cumaná, estado Sucre.

ERC	Correctas		Incorrectas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Funciones del riñón	17	63	10	37	27	100
Definición de ERC	21	77,8	6	22,2	27	100
Factores	12	44,4	15	55,6	27	100
Sustancias orgánicas aumentadas	00	00	27	100	27	100
Síntomas	07	25,9	20	74,1	27	100
Manifestaciones clínicas	04	14,8	23	85,2	27	100
Pruebas diagnóstica	05	18,5	22	81,5	27	100
Complicaciones más frecuentes	03	11,2	24	88,8	27	100
Tratamiento	16	59,3	11	40,7	27	100

Berrios *et al.* (2013), en relación al tema arrojaron resultados donde el 96,5% de la población estudiada ha escuchado hablar sobre la enfermedad renal, el 72,2% sabe que esta enfermedad afecta los riñones, el 51,3% reconoce de 2 a 5 síntomas, el 32,32% conoce dos métodos diagnósticos clínicos y el 44,9% no sabe sobre el tratamiento renal la diálisis.

De la misma manera, se realizó la categorización del conocimiento sobre ERC y se presenta en la tabla 5. Puede observarse principalmente un nivel de conocimiento bajo (81,5%), seguido de un nivel de conocimiento medio (18,5%), y 0% de conocimiento alto. Esto quizás sea, porque en la consulta no reciben información sanitaria adecuada, por la apatía de los usuarios y/o por la falta de personal sanitario, lo cual limita la difusión de conocimientos sobre ERC

Tabla 5. Distribución absoluta y porcentual en relación al nivel de conocimiento sobre ERC en los usuarios que acuden a la Clínica de Diálisis, SENESUCA Cumaná, estado Sucre.

Conocimiento de ERC	N	%
Conocimiento Alto	0	0
Conocimiento medio	05	18,5
Conocimiento bajo	22	81,5
Total	27	100

N= número % Porcentaje

Estos resultados coinciden con Rubio *et al.* (2016), donde un 55% de la población en estudio tienen conocimientos deficientes, con ideas equivocadas sobre ERC, concluyéndose que se requiere de un mayor esfuerzo en conjunto en materia de prevención y promoción, así como el nivel de comprensión de esta patología.

Por su parte Chuquipoma (2016), en Perú, encontró resultados que arrojaron que el 51% de la pacientes encuestados tienen un nivel de conocimiento medio, un 38% conocimiento bajo y un 11% alto. Concluyendo que el daño al riñón puede prevenirse si se modifican hábitos de vida no saludables y se controla de forma efectiva mediante tratamiento médico la tensión arterial como principal causa de desarrollo de la enfermedad renal.

En la investigación presentada por Arbeláez *et al.* (2014), realizada en Santiago de Cali en una institución educativa a nivel básico y diversificado, se obtuvo un conocimiento bajo en un 5%, con relación a la ubicación anatómica de los riñones, asimismo, de los adolescentes encuestados el 84,6% tienen conocimiento sobre el funcionamiento renal y un 57,1% refirió conocer sobre daño renal. Concluyendo que el conocimiento va aumentando en relación a la edad, por ello es necesario implementar la educación sanitaria en ambientes escolares, para fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad renal

Finalmente, Ulloa (2016), en su investigación referente al nivel de conocimiento sobre

la prevención de la ERC en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, arrojó que del 100% de su población conformada por 45 adultos en edades comprendidas de 18 a más de 60 años, en sus resultados el 71,1% de la población desconoce sobre las medidas preventivas de la enfermedad renal y el 28,9% las conoce. Concluyendo así, que la población estudiada posee poco conocimientos sobre la prevención de la enfermedad renal crónica en relación a la alimentación, actividad física, descanso y sueño y el control de tratamiento.

CONCLUSIONES

De acuerdo a las características sociodemográficas de la población se pudo determinar que el grupo etario predominante con el 46,4% comprenden las edades de 35 a 51 años. La mayoría de los familiares son del sexo femenino con 78,6%. Dedicadas al oficio del hogar cuyo parentesco fueron las hijas.

Al identificar las actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal, se encontró un predominio de actitud de indiferencia es decir que los familiares no sienten ningún tipo de inclinación hacia las actitudes descritas en el cuestionario; seguido de un porcentaje menor de rechazo. Pero a pesar de esto los familiares deben empezar a adaptarse a cambios en el estilo de vida, cambios que ocasionan muchas veces actitudes desfavorables frente al tratamiento y por ende a su salud.

En el nivel de conocimiento sobre el tratamiento sustitutivo de la función renal, los encuestados demostraron que fue de gran ayuda para ellos saber sobre el inicio de la terapia sustitutiva renal se sugiere considerar e investigar uno o más de los siguientes factores: síntomas o signos atribuibles a la insuficiencia renal (serositis, trastorno ácido base o electrolíticos, prurito, etc.); incapacidad para controlar el estado del volumen o la presión arterial; deterioro progresivo del estado nutricional refractario a la intervención dietética o deterioro cognitivo. En pacientes adultos ≥ 18 años que tienen una TGF < 15 ml /min por $1,73$ m², se recomienda mantener una conducta conservadora previo al inicio de la diálisis, siendo necesario un monitoreo estrecho de la presencia de síntomas urémicos, de complicaciones, así como de la velocidad de reducción de la TFG. Dado que el inicio programado de la terapia de la sustitución renal se asocia a un mejor pronóstico del paciente, debe preverse su inicio para que el paciente pueda decidir libremente sobre la técnica a emplear, una vez que se han descartado contraindicaciones médicas y psicosociales para cada una de ellas y de acuerdo a sus condiciones clínicas. En este estudio no se halló relación estadísticamente significativa entre las variables nivel de conocimiento sobre ITS y las actitudes frente las conductas sexuales de riesgo.

RECOMENDACIONES

Diseñar y distribuir de manera permanente material impreso y audiovisual dirigido a los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna, para que conozcan aspectos relevantes y significativos sobre la hipertensión arterial, el control y así evitar posibles complicaciones.

Motivar a las nuevas generaciones de estudio en la realización de investigaciones similares en áreas de mayor densidad poblacional que incluyan no solo aspectos sobre HTA y ERC sino también de otras enfermedades que afectan a la población.

BIBLIOGRAFÍAS

Barrera L. El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. En: *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería: Unibiblos; 2000. p. 233-237.

Rubio, R.; Sánchez, N.; Jiménez, M.; Kanhan, D. y Oria, C. 2011. Comparación de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en pacientes nefrópatas sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis, y su relación con el nivel socioeconómico. Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera y unidades de diálisis extra hospitalarias. Valencia, estado Carabobo. *Avances en ciencias de la Salud 1 (2)*: 14-21

Olivares, M. 2012. Ósmosis en la salud. Colegio Santa familia. Coquimbo, Chile. <http://quimica-osmosis-en-la-salud.blogspot.com/2012/11/nombre-maria-jose-olivares-araya-curso.html> (18/01/2017).

Rodríguez, G. y Rodríguez, I. 2004. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revistas Médicas IMSS*, 42 (2):97102.

Romero E, Montalvo A, Flórez I. Características de los cuidadores de niños con cardiopatías congénitas complejas y su calidad de vida. *Av Enferm* 2010; 28(1) .

López, J.; Herrero, I. y Comellas, M. 2009. Apoyo familiar al paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Centro de diálisis Mataró. Diaverum <http://www.revistaseden.org/files/2118_3.pdf> (18/2/2017)

Asociación Médica Mundial. 2004. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asamblea General de la AMM, Tokio.

Oficina Panamericana de la Salud. 1990. Bioética. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, 108 (1).

Valera, L.; Vásquez, M.; Bolaños, L. y Alonzo, R. 2011. Predictores psicológicos en la calidad de vida relacionada con la salud en tratamientos de Diálisis peritoneal. Trabajo de pregrado, Facultad de Nefrología, Universidad de Ambato, Madrid – España.

Wang, L. 2006. The importance of residual renal function in dialysis patients. *Kidney International*, 1: 1726-1732.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bajo la coordinación y tutoría de la Lcda. Yoleida Díaz, profesora del programa de licenciatura **HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”. CUMANÁ, ESTADO SUCRE.** El objetivo de este trabajo de grado es Evaluar la hipertensión arterial como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos que asisten al Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Cumaná, Estado Sucre

Yo: _____ Nacionalidad: _____

C.I.: _____ Domiciliado (a) en: _____

Siendo mayor de 18 años, en uso pleno de mis facultades mentales y sin coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósitos, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio indicado, declaro mediante la presente:

1. Conocer en detalle lo concerniente a la investigación: **HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”. CUMANÁ, ESTADO SUCRE**
2. Estar en disposición de que mi participación en el estudio, siga correctamente las atenciones que indique el protocolo de la investigación.
3. Que la participación no implique el mayor riesgo para mi salud.
4. Que autorizo a que se realicen cuestionarios donde se recogerá datos relacionados con mi característica personal y clínica.
5. Que autorizo a que se tomen los datos necesarios para llevar a cabo la investigación.

6. Que la información que suministre al investigador será utilizada única y exclusivamente para lograr los objetivos planteados en esta investigación.
7. Que el equipo de personas que realizarán esta investigación coordinadas por profesionales de salud, me han garantizado la confidencialidad tanto de mi identidad como a cualquier otra información relativa a mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el proyecto antes mencionado.
8. que cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio me será respondida oportunamente por este equipo de personas.
9. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir ningún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

Nombre y apellido del participante

firma

C.I

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Reciba usted un cordial saludo. A continuación se le presenta un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. La información que brinde será confidencial, por lo tanto trate de responder con la mayor sinceridad posible. No coloque su nombre porque su participación es anónima.

INSTRUCCIONES: Lea atentamente y marque con un “X” la respuesta que considere correcta según lo que se solicite.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS.

- a) Edad:..... b) Sexo: M () F ()
c) Grado de Instrucción: () Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior
d) Desde hace cuántos años tiene Hipertensión Arterial:
() menos de 1 año () de 1 año a 3 años () de 4 años a 6 años () más de 7 años

II. CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

1. ¿Qué es la HTA?

- a) Es la elevación crónica de la presión. (X)
b) Es la elevación eventual de la presión.
c) Es una presión arterial menor de 90/50 mmHg.
d) No sabe.

2. ¿Hasta cuanto se considera el valor normal de la presión arterial?

- a) Menor de 130/80 mmHg. (X)
b) Mayor de 130/80 mmHg.
c) Menor de 100/80 mmHg.
d) No sabe.

3. ¿Qué medicamentos son utilizados para controlar la HTA?

- a) nifedipino, captopril, enalapril, losartán. (X)
b) captopril, aspirina.
c) clexane, metformina, amlodipina .
d) No sabe

4. ¿Qué exámenes de laboratorio deben ser solicitados los pacientes con HTA para conocer si tienen Enfermedad renal?

- a) Hemoglobina y hematocrito.
c) Creatinina sérica y concentración de creatinina.

- b) Glucosa en ayunas y microalbuminuria.
- d) Todas las anteriores. (X)

5. ¿Con que frecuencia debe hacer ejercicio físico un paciente con HTA?

- a) 30 minutos diarios como mínimo. (X)
- c) Interdiario.
- b) 1 hora al día.
- d) Cuando pueda.

6. ¿Cómo debe ser la alimentación de un paciente con HTA?

- a) Baja en sal, rica en frutas y bajo en grasa. (X)
- c) Rica en proteínas, alimentos grasos.
- b) Normal.
- d) No sabe.

7. ¿Cuáles de estas sustancias elevan el riesgo de HTA?

- a) Cigarrillo e infusiones.
- c) Solo alcohol.
- b) Alcohol, cigarrillo y café. (X)
- d) Ninguna.

8. ¿Por qué es importante controlar su peso de los pacientes con HTA?

- a) Para evitar la desnutrición.
- c) Para evitar sobrepeso y obesidad. (X)
- b) No se debe controlar.
- d) No sabe.

9. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la HTA?

- a) Diabetes y obesidad.
- c) Osteoporosis y dolor de cabeza.
- b) Enfermedad renal crónica. (X)
- d) No sabe.

II. CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

10. ¿Cuáles son las funciones que realiza el riñón en el organismo?

- a) Eliminan los productos de desecho.
- c) Forma la orina.
- b) Controla la presión arterial.
- d) Todas las anteriores. (X)

11. La Enfermedad Renal Crónica es:

- a) Cuando los riñones eliminan los productos de desecho.
- c) Cuando los riñones se encuentran estables.
- b) El deterioro progresivo e irreversible de la función renal. (X)
- d) No sabe.

12. ¿Qué factores pueden causar la ERC?

- a) Tener presión arterial elevada y mal control de la glucosa. (X)
- c) No existen factores de riesgo.
- b) Tener obesidad, artritis y diabetes
- d) No sabe.

13. ¿Qué sustancias orgánicas están aumentadas en la ERC?

- a) Sodio, fosforo, urea, creatinina, potasio (X)
- c) Sodio, glucosa, urea creatinina potasio
- b) Cloruro de sodio, urea, creatinina, albumina
- d) No sabe.

14. ¿Cuáles son los síntomas de la ERC?

- a) Aumento del apetito, visión borrosa, fiebre, aumento de peso
- c) Cansancio, vómitos, olor amoniac, pérdida de apetito, palidez (X)
- b) Cansancio, dolor en la cintura, escalofríos,
- d) No sabe.

15. ¿Cuanto tiempo tarda la ERC en mostrar signos y síntomas?

- a) Al año de presentar la enfermedad.
- c) Cuando la insuficiencia renal crónica ya está avanzada.(X)
- b) Después de dos años de presentar la enfermedad
- d) No sabe

16. ¿Mediante que pruebas se podría diagnosticar la ERC?

- a) Prueba de sangre, orina, imagen renal, biopsia renal (X)
- c) Pruebas de sangre, radiografía pulmonar, biopsia renal
- b) Prueba de sangre, endoscopia, biopsia renal.
- d) No sabe

17. ¿Cuáles son las complicaciones de la ERC?

- a) Hipertensión, anemia, enfermedades óseas. (X)
- c) Hipertensión, anemia, dolor de pecho
- b) Hipertensión, hinchazón del pie, anemia
- d) No sabe

18. ¿Qué tratamiento se recibe en la ERC Avanzada?

- a) Administración de medicamentos, trasplante de la médula ósea, dieta
- c) administración de medicamentos, diálisis peritoneal, quimioterapia,
- b) Administración de medicamentos, hemodiálisis, trasplante renal, diálisis peritoneal.(X)
- d) No sabe

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3

**TÉCNICA DE PERCENTILES PARA CATEGORIZAR EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD
RENAL**

Criterios para la clasificación del nivel de conocimiento

1. Puntaje Teórico:

Puntaje mínimo: 0

Puntaje máximo: 9

2. Recorrido (R): $R = \text{Max} - \text{Min}$

$$R = 9 - 0 = 9$$

Recorrido Medio (R): $R = R/2$

$$R = 9/2 = 4,5 = 5$$

Mediana Teórica (Met): $\text{Met} = \text{min} + R = \text{max} - R$

$$\text{Met} = 0 + 9 = 9 - 9 = 0$$

Tercio cuartil teórico (TCT): $\text{TCT} = R + \text{Met}/2$

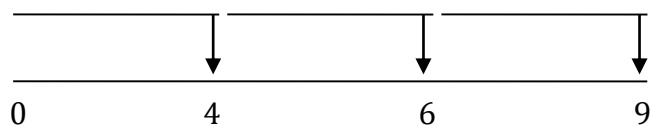
$$\text{TCT} = 4 + 2 = 6$$

Clasificación

7 – 9: alto

5 – 6: medio

< 4 bajo

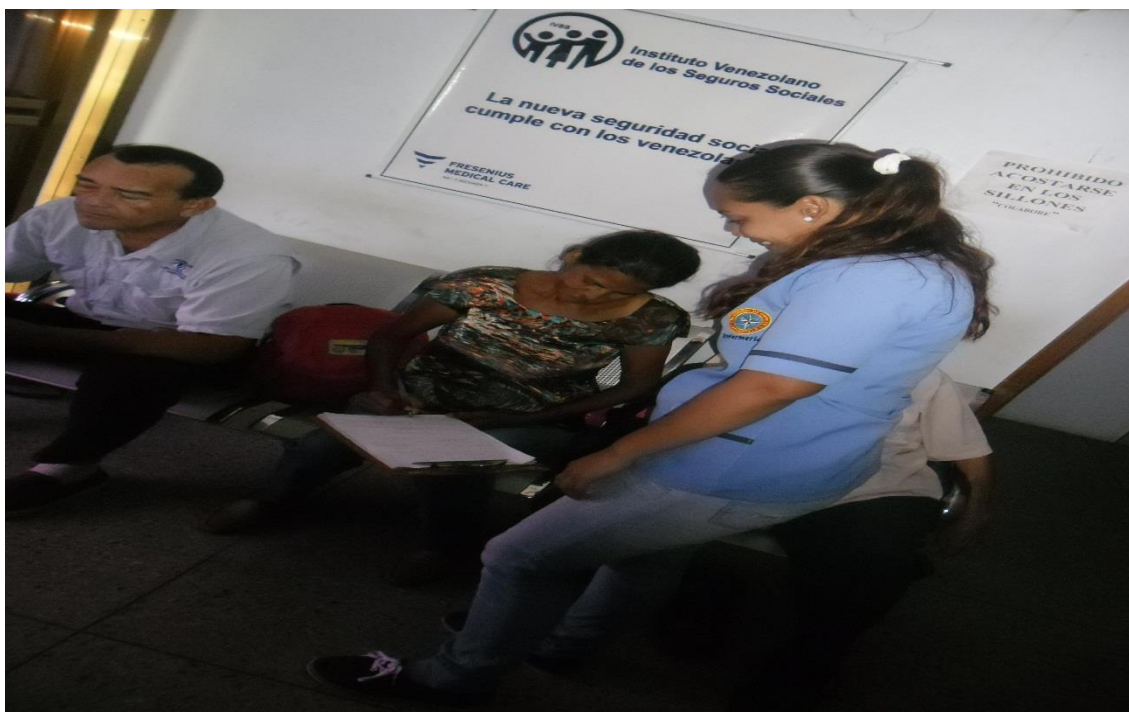


ANEXO 4

CENESUCA



REALIZACION DE LAS ENCUESTAS



METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal en familiares de pacientes hemodializados en el centro nefrológico Sucre. Cumaná, estado Sucre.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Carvajal Abache, Mariana Carolina	CVLAC	22.627.293
	e-mail	Ma_riana_1992@hotmail.com
	e-mail	
Rodríguez Serrano, Arelys Carolina	CVLAC	21.094.608
	e-mail	rarelys923@gmail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

actitudes
enfermedad renal crónica

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias	Enfermería

Resumen (abstract):

El presente estudio de investigación titulado: “actitudes frente al tratamiento sustitutivo de la función renal en familiares de pacientes hemodializados en el centro nefrológico sucre. Cumaná, estado sucre” tuvo como objetivo Determinar el tipo de actitud frente a la terapia de hemodiálisis en la Clínica Cenesuca. Los resultados obtenidos en cuanto a características demográficas el 46.4% tienen de 35 a 51 años de edad, seguido 39.3% entre 52 a 63 años, y 14.3% de 18 a 34 años, el 78.6% sexo femenino, el 21.4% son del sexo masculino, En cuanto al nivel de actitud frente al tratamiento sustitutivo de la función renal un 92.9% tienen nivel de indiferencia y el 7.1% el nivel de rechazo ante esta enfermedad. En relación al tema arrojaron resultados donde el 96,5% de la población estudiada ha escuchado hablar sobre la enfermedad renal, el 72,2% sabe que esta enfermedad afecta los riñones, el 51,3% reconoce de 2 a 5 síntomas, el 32,32% conoce dos métodos diagnósticos clínicos y el 44,9% no sabe sobre el tratamiento renal la diálisis observando como conclusión que un 81.5% posee un conocimiento bajo y un 18.5% un conocimiento medio.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail								
Yoleida Díaz	ROL	C	<input type="checkbox"/>	A	<input checked="" type="checkbox"/>	T	<input type="checkbox"/>	J	<input type="checkbox"/>
		A	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>
	CVLAC	14.670.058							
	e-mail	yoleidadiazcordova@hotmail.com							
	e-mail								
Olga Rodríguez	ROL	C	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	T	<input type="checkbox"/>	J	<input type="checkbox"/>
		A	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	U	<input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC								
	e-mail	oerodriguez@gmail.com							
	e-mail								
Maritza Rojas	ROL	C	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	T	<input type="checkbox"/>	J	<input type="checkbox"/>
		A	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	U	<input type="checkbox"/>	U	<input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC								
	e-mail	maritza_rojas2010@hotmail.com							
	e-mail								

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2019	06	28

Lenguaje: spa .

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
NSUCTG_CAMC2019	Application/word

Alcance:

Espacial: Nacional (Opcional)

Temporal: Temporal (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Licenciada en Enfermería

Nivel Asociado con el Trabajo:

Licenciada

Área de Estudio:

Enfermería

Institución (es)

que garantiza (n) el Título o grado:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU Nº 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC Nº 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR <i>Martínez</i>
FECHA <u>5/8/09</u> HORA <u>5:30</u>

Cordialmente,

Juan A. Bolaños Cunele
JUAN A. BOLAÑOS CUNELE
Secretario


C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

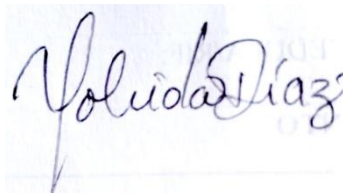
Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



Carvajal, Mariana



Rodríguez, Arelys



Prof: Yoleida Díaz
Asesora