



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México



AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

ARTICULO ESPECIALIZADO PARA PUBLICAR EN REVISTA INDIZADA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
P R E S E N T A**

GABRIELA MONTES HERNÁNDEZ

ASESOR:

MTRO. EN BIOTEC. JUAN MANUEL SÁNCHEZ SOTO

REVISORA: LIC. EN ED. GRISELDA VEGA CRUZ

REVISORA: DRA. EN C.E ANABELEM SOBERANES MARTÍN

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO ENERO 2018.



International Journal of Multidisciplinary Research and Analysis

Acceptance Letter

Dear Author : Juan Manuel Sánchez Soto

With reference to your paper submitted on **SELF-CARE OF PATIENTS WITH VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS** to accept the same for publication in **IJMRA**.

Please send the scanned Copyright form (Can be downloaded from website) along with bank receipt of an online maintenance/processing fee of 30 USD. Please note that the amount we are charging is very nominal & only an online maintenance and processing fee.

The fee includes:

Online maintenance and processing charge.

e-Certificate to author.

No limitation of number of pages.

Editorial fee

Taxes

You can also deposit to our bank account

Account Holder Name: SS Publication

Account No : 510101004173685

Account Type : Current

Bank Name : Corporation Bank

IFSC Code : CORP0001208

Swift Code for Inwards Remittance: CORPINBB290

Bank Address: Corporation Bank, mahu-neemuch Road, Nai Abadi, Mandsaur, madhya Pradesh -458002

You can also pay through Western Union Money Transfer to Favor of **Mr. Manish Soni**

Address: Sahkari bazaar road Mandsaur M.P., Pin.-458001 , Contact No: +919425361430

With Warmest Regards

Editor & Chief

SS Publication

www.ijmra.in



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Gabriela Montes Hernández Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Artículo especializado para publicar en revista indizada con el título Autocuidado de los Pacientes con Accesos Vasculares para Hemodiálisis, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Centro Universitario Valle de Chalco UAEM para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma la presente en la ciudad de México, a los 10 días del mes de Enero de 2018.

Nombre y firma de conformidad

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por apoyarme en todo momento y demostrarme que existe una segunda oportunidad.

A mi madre **María Isabel Hernández**, gracias porque nunca faltaron tus palabras de aliento para motivarme a ser mejor día a día, ese amor tan especial que me brindas y la confianza que depositaste en mí.

A mi padre **José Isabel Montes** gracias por cuidarme siempre, por esa dedicación de heredarme una profesión al guiarme por el buen camino y seguir mis sueños, por tus regaños que sirvieron de mucho al no dejarme vencer, gracias por tus enseñanzas, por los mensajes de aliento y tu manera de instruirme para afrontar las verdades de esta vida.

A mi hermana **Sandra** por ser mi guía, una excelente persona con carácter fuerte que me ha enseñado a no fracasar, por motivarme y apoyarme a no caer cuando eh fallado, por tus consejos que han sido de gran apoyo, seguí y seguiré tus pasos para ser una excelente enfermera.

Gracias a ustedes ahora estoy de pie, orgullosa de ser enfermera pero sobre todo orgullosa de ser hija de una familia alfarera cuyas raíces nunca las olvidare gracias por la mejor herencia.

Agradezco a mi asesor **Mtro. en Biotec. Juan Manuel Sánchez Soto** por la paciencia y comprensión, su labor permite a otros expandir sus conocimientos, nos ayuda a vivir el sueño de superarnos y cumplir expectativas; le agradezco con creces por ayudarme a lograr esta nueva meta.

A **Claudia Sarahi, Cristina y Yesenia** por ser aquellas amigas en quien confiar, por apoyarme desde el inicio hasta el final, compañeras y amigas de aventuras durante mi trayectoria universitaria hasta el momento, gracias por todo.

DEDICATORIA

“El fracaso derrota a los perdedores e inspira a los ganadores”

Quiero dedicar este artículo a mis padres y hermana por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, por su apoyo incondicional y por motivarme a concluir mi profesión, quienes han creído en mí siempre dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, enseñándome a valorar todo lo que tengo.

**AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON ACCESOS
VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS**

ÍNDICE

I.	Resumen	9
II.	Introducción	10
III.	Método y programa de investigación	16
IV.	Resultados	17
V.	Discusión	19
VI.	Referencias bibliográficas	23
VII.	Anexos	26

I. RESUMEN

El presente trabajo de investigación, evaluó el autocuidado de los pacientes con accesos vasculares para hemodiálisis del Hospital General de segundo nivel en México desde la perspectiva biopsicosocial. Es un estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal en pacientes con accesos vasculares para hemodiálisis, mediante un instrumento semiestructurado de 22 preguntas basado en cinco áreas en escala Likert: Autoaceptación, Relación social, Actividad/reposo, Higiene y Hábitos alimenticios con una confiabilidad alfa de Chronbach de 0.803. En donde se encontró que los pacientes muestran un déficit del autocuidado, con el 55% inadecuado en el área de actividad/reposo, de acuerdo a las preguntas el 90% se muestran cansados, el 45% estresados y el 25% realizan actividades de esfuerzo; por el deficiente conocimiento en aquellos ejercicios que puede realizar, por lo tanto la orientación y educación hacia los pacientes deben ser encaminados para la mejora de su estado actual.

Palabras clave: Hemodiálisis, Autocuidado, Accesos Vasculares, Insuficiencia Renal.

II. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que del 10 a 16% de la población mundial padece Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en las dos últimas décadas en la subregión de Centroamérica se ha notificado 40,000 casos nuevos de personas que sufren de Enfermedad Renal Crónica (ERC) y que fallecen por esa causa y, entre esos casos, se ha reportado un tipo de ERC que no está relacionada con las causas más frecuentes, como la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial (OMS, 2014).

Con referencia a la Enfermedad Renal Terminal (ERT) se muestra un número significativo ante esta situación, la incidencia a nivel internacional tiene una gran impacto; en Taiwan con 458 casos, México con 421 casos y Estados Unidos con 363 casos por millón de habitantes, al comprar estas evidencias se muestra el impacto significativa de la patología (Boletín Factográfico de la Biblioteca Medica Nacional, 2016).

Asimismo la Diabetes Mellitus es el principal factor en ERT a nivel internacional, en Malasia el 64%, Singapur el 62% y en México 58%, los cuales son países con mayor incidencia respectivamente. Sin embargo existe una determinada incidencia en algunos países, que tiene posibilidad de continuar con el tratamiento para HD; de acuerdo a las estadísticas mundiales por millón de habitantes se muestra según el sexo y país; en Taiwan 500 y 415 reciben tratamiento adecuado, en Estados Unidos 426 hombres y 302 mujeres respectivamente (Boletín Factográfico de la Biblioteca Medica Nacional, 2016).

Por lo tanto la prevalencia de la ERT en Taiwan con 3,138 casos es tratada por cada millón de habitantes, un significativo número reflejado considerando la inversión económica del gasto en salud por capital. Por otra parte, en Estados Unidos 2,043 casos son tratados por cada millón de

habitantes con un gasto en salud por capital de 9,146. México se encuentra en el sexto lugar con 1,654 casos con ERT y son tratados sin referencia de inversión económica. Sin embargo, Japón con un 96.9%, Bosnia con 96.5% y Filipinas con 96.1% en prevalencia reciben el tratamiento de Hemodiálisis (Boletín Factográfico de la Biblioteca Medica Nacional, 2016).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2012 refiere 12 mil fallecimientos de Insuficiencia Renal catalogando al Estado de México con mayor incidencia con 1,487 casos, seguido la Ciudad de México con 948 casos, Jalisco con 920 casos y Puebla con 756 casos, determinado como el cuarto lugar a nivel nacional (INEGI, 2012).

En México por cada millón de habitantes solo 1,086 casos de la ERT reciben el tratamiento de Diálisis, mientras que el 52.2% recibe el tratamiento de hemodiálisis y de acuerdo a la tasa de trasplante de riñón el 57.7% por cada millón de habitantes (Méndez, A., Méndez, F., Tapia, T., Muñoz, A., & Aguilar, L., 2010).

Enfermedad Renal Crónica

De acuerdo con la Fundación Mexicana del Riñón refiere a la ERC como el síndrome clínico que resulta de la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la estructura y la disfunción renal, es un padecimiento crónico y terminal de ambos riñones, el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre y la persona requiere tratamiento de sustitución de la función renal para conservar la vida (Fundación Mexicana del Riñón, 2012).

Por consiguiente, existen factores desencadenantes de la ERC, considerados como factores de riesgos modificables; dislipidemia, obesidad, anemia, proteinuria, y las enfermedades cardiovasculares, factores predominantes; diabetes mellitus, hipertensión arterial, obstrucción de vías

urinarias contribuyen al deterioro de la patología (Guzmán, K., Fernandez, J., Mora, F., & Vintimila, J., 2014).

Los signos suelen ser apreciables hasta que se ha perdido un 80-90% de la función renal, considerando que la velocidad de la progresión varía de mes-años entre ellos puede presentarse oliguria y por consiguiente edema e hipertensión, debilidad muscular, pérdida de masa muscular, proteinuria e hiperlipidemia, dolores o espasmos musculares, cefalea, cambios de coloración en la piel, fatiga (Peña, 2015).

Durante el curso de la enfermedad ocurre una disminución progresiva en el filtrado glomerular por decremento de nefronas funcionales, lo cual incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares y muerte (Barragán, G., Laguna, H., & Gómez, L., 2014).

La enfermedad renal crónica se mide de acuerdo a cinco estadios; el primer estadio se muestra con daño renal con la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) normal o alta mayor de 90 ml/min/ 1.73m²; el segundo estadio con daño renal leve-baja TFG de 60-90 ml/min/1.73m², el tercer estadio refiere disminución moderada de la TFG de 30-60 ml/min/1.73m², el cuarto estadio con disminución severa de la TFG de 15-20 ml/min/1.73m² y por último el quinto estadio se muestra con falla renal menor a 15/ml/min/1.73m² implica que debe considerarse la terapia de sustitución o reemplazo (FEDESALUD, 2007).

Sin embargo, el tratamiento comprende el mantenimiento de la integridad de las nefronas aun funcionales, compensación del metabolismo ácido-base, equilibrio electrolítico: por otra parte el tratamiento se divide en dos vertientes, la primera hace referencia a la base del filtrado glomerular/ grado de diuresis si el filtrado glomerular es mayor a 30ml/min se limita a un tratamiento conservador como el control de la hipertensión arterial, equilibrio

hidroelectrolítico, asimismo si el filtrado glomerular es menor a 30 ml/min se debe tener en cuenta las reglas de dieta, el equilibrio ácido-base, antes de que la vida del paciente esté en peligro. (Chillogallo, 2014).

En cuanto al tratamiento se muestran tres opciones ante la ERC; el trasplante de riñón, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, este último procedimiento permite remover las toxinas y el exceso de líquidos en el cuerpo mediante el uso de una máquina y un dializador, también conocido como riñón artificial. . (Barragán et. al., 2014) Con respecto a los pacientes con un diagnóstico de ERT en el estadio 5 la mayoría de ellos deben cumplir con un programa de Hemodiálisis (HD) (Cristóvão, 2013).

La guía de práctica clínica “Manejo de accesos vasculares en hemodiálisis” refiere que el acceso vascular es el punto anatómico por donde se accederá al torrente sanguíneo del enfermo renal y por donde se extraerá y retornará la sangre una vez que ha pasado por el circuito extracorpóreo de depuración extrarenal (IMSS, 2014) existen tres opciones de acceso venoso; la fístula arteriovenosa, el injerto arteriovenoso y el catéter venoso central, cuya elección será acorde a criterios de la intervención de tratamiento, de este modo los pacientes que ingresan al tratamiento de HD son sometidos a niveles elevados de estrés, con respecto a la restricción de dieta y control de líquidos, la fatiga, limitación de actividades físicas y sociales (Rivera & Carrión, 2015).

Desde la perspectiva de enfermería realizar intervenciones aptas hacia el paciente conlleva a tratar de equilibrar las dimensiones que componen a la persona, para la atención del paciente es muy importante identificar valores biopsicosociales tomando en cuenta la interferencia que produce la enfermedad, el estudio está centrado en el autocuidado en función de la evaluación de la autoaceptación, relación social, actividad-

reposo, higiene y hábitos alimenticios (predictores psicosociales) (Perales, C., García,A., & Reyes, G., 2012).

Orem define “el autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar” (Taylor, 2003).

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría de autocuidado, Teoría del Deficit del autocuidado y la Teoría de los Sistemas de enfermería. El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento sano, continuando con el desarrollo personas y el bienestar. La teoría del autocuidado; refiere como una función reguladora del hombre, se debe aprender y desarrollar de manera deliberada, continua y conforme a los requisitos de cada persona, la teoría también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la cual se expresa el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado (Savannah, 1993).

Los requisitos de autocuidado exigen que se tomen medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo, dan como resultado la promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, por consiguientes los requisitos son: universales, de desarrollo y desviaciones de la salud (FEDESALUD, 2007).

La idea central de la teoría del déficit del autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Cuyas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado. El déficit del autocuidado es un término que expresa

la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado (Vega, 2001).

En la tercera teoría refiere que los sistemas enfermeros son acciones formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Estos sistemas pueden ser elaborados para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones (Vega, 2001).

III. MÉTODO Y PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal en pacientes con accesos vasculares para hemodiálisis del Hospital General de segundo nivel en México, con una prueba piloto de 20 pacientes, previo un consentimiento informado sobre la participación voluntaria ante la investigación.

Las variables sociodemográficas que se consideraron son: edad, estado civil, sexo, religión, ocupación, tipo de acceso venoso, tiempo de inserción del acceso venoso.

El instrumento cuenta con 22 preguntas de la autora Mayra Cabrera Sosaya en Chiclayo 2013, dividido en cinco áreas: autoaceptación, relación social, actividad/reposo, higiene y hábitos alimenticios con una confiabilidad alfa de cronbach de 0.803 con la puntuación de 2-0 (2 Siempre, 1 A veces, 0 Nunca) en los ítems 1, 2, 3, 4, 5 de autoaceptación 6, 7, 8 de relación social y 13, 14, 15, 16, 17 en el área de higiene. Y para los ítems 9, 10, 11,12 de actividad/descanso y 19, 20, 21, 22 en hábitos alimenticios (0 Siempre, 1 A veces, 2 Nunca) fueron invertidos para su evaluación.

IV. RESULTADOS

Del total de la población estudiada se muestra el 60% del sexo masculino y 40% femenino, el sexo masculino representa aproximadamente al 60% de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo descrito como factor pronóstico independiente de padecer ERC (Lorenzo, 2016).

El 60% de los pacientes refieren ser solteros, el 30% casados, el 5% viudo y el 5% divorciado actualmente. Sin embargo en el nivel de estudios alcanzados se muestra que el 55% de los pacientes tienen el nivel de la preparatoria, el 40% secundaria y el 5% primaria.

Para el tratamiento de hemodiálisis se requiere un acceso venoso por tal motivo fue necesario el conocimiento del acceso con el que cuentan, el 50% con fistula arteriovenosa, el 40% con catéter venoso central de manera temporal y el 10% con injerto.

El 35% cuentan con el acceso desde hace 4 años, el 25% ha tenido por 3 años, el 20% tiene 2 años, el 10% 5 años, 5% con 6 años y el 5% cuenta con el acceso desde hace 9 años brindando cuidados y protección.

Al evaluar el estado de autocuidado de los pacientes con acceso venoso de manera general se muestra que el 65% es poco adecuado, el 20% inadecuado y el 15% adecuado, presentando un déficit en el autocuidado con la necesidad de orientar, promover y prevenir todas aquellas complicaciones que se pudieran desencadenar.

Acorde al instrumento se evaluó por áreas, respecto al apartado de autoaceptación el 80% de los pacientes mantienen una percepción adecuada encaminada a los diferentes cambios físicos en el progreso de la enfermedad, el otro 20% se muestra inadecuado, esto se refleja de acuerdo

al apartado de las preguntas, el 40% se sienten pocos seguros y positivo, en el cual se muestran ser irresponsables y negativos en sentirse orgullosos.

En la relación social el 60% se considera adecuado, y con respecto a estar área el 75% consideran a la familia como una fuente de bienestar; mientras que 40% el autocuidado es inadecuado, esto conlleva a que el 25% tiene perspectiva negativa hacia la familia y el 95% niega pertenecer a grupos sociales o convivir con amigos respectivamente al apartado de las preguntas.

De acuerdo a la actividad/reposo el 55% se considera inadecuado, en el apartado el 90% refirió sentirse cansados o agotados, dado el caso que el 25% realizan actividades de esfuerzo por el cual no es opcional sino por cuestiones de trabajo. El 45% tiene episodios de estrés y a veces realizan algún tipo de actividad para relajarse.

Es importante mencionar que el 100% de los pacientes mantienen una higiene personal adecuada, la cual indica que de acuerdo al área el 95% realizan baño diario con jabón neutro, el 80% realiza el cambio de ropa diario y holgada, aplicando crema para hidratar la piel, omitiendo el uso de lociones que resequen la piel y prevenir infecciones.

Los resultados muestran que el 60% de los pacientes mantienen una alimentación adecuada, el 40% inadecuado, de las preguntas se obtuvo que el 65% a veces consumen alimentos en gran cantidad, así como el 70% a veces consume huevo y queso, considerados como alimentos ricos en fósforo. Además, el 40% a veces consume carne, pescado y mariscos, ante esta situación se debe realizar el proceso de doble cocción, esto ayuda a que los alimentos pierdan cierta cantidad del potasio que contiene.

V. DISCUSIÓN

El 15% de los pacientes tiene un autocuidado adecuado, el 65% poco adecuado, y el 20% inadecuado; con respecto a la valoración de las cinco áreas, la autoaceptación el 80% es positiva, dado la percepción del estado actual de su vida y salud, refiriendo satisfacción y afrontamiento ante su proceso patológico a nivel psicológico, en comparación a un estudio realizado en Santa Clara (López, 2005) muestra que 50% de los pacientes presentan un estado negativo originado por la patología dado el cambio drástico hacia nuevos hábitos, aspiraciones y pasatiempos para evitar repercutir en el estado de ánimo, y el bienestar psicológico. En el área hospitalaria los pacientes son orientados por el personal de enfermería, en la autoaceptación enfocado a aquellos cambios físicos que tendrán en el transcurso de su vida, así como el acceso venoso para su tratamiento, la repercusión que tendrá en su personalidad, mientras que en la investigación de López (2005) enfocado a evaluar los programas psicoeducativos y el papel de la psicopedagogía terapéutica se encontró con un déficit en la aplicación y orientación hacia los pacientes reflejado ante la situación de depresión y episodios de rechazo, mostrando un trabajo deficiente del equipo de salud.

Las relaciones sociales son adecuadas con el 60% en el ámbito familiar y social acorde a las preguntas el 75% considera a la familia como una fuente de bienestar, se refleja una interacción social apta, esto permite entender las modificaciones que a lo largo del tiempo han llevado, sin embargo en el estudio de Pérez & Vázquez (2013) describe en el área social con un 59.3% mala en el cual engloba las relaciones personales, el apoyo que reciben de sus familiares y amistades, se percibe un ámbito negativo durante el transcurso del tratamiento. Enfermería ante dicha situación se ha encargado de brindar el apoyo necesario a los pacientes en el cual permita adaptarse a su nuevo estilo de vida ante la presencia de su enfermedad y

pérdida en las relaciones sociales, motivación hacia su entorno en la convivencia, desde la perspectiva humanista de Pérez & Vázquez (2013) inserta cada vez más en la enfermería jugando un papel determinante en el área de docencia educando e instruyendo a los pacientes sobre los cuidados integrales, psicológicos y procesos terapéuticos de dicho tratamiento, implementando estrategias e incorporándose plenamente a los programas de prevención de las complicaciones, tratando de vislumbrar la relación existente entre la enfermedad y el paciente, poniendo al descubierto la importancia de los procesos de comunicación y asistencia en todos sus niveles del individuo enfermo.

Hacer ejercicio físico es recomendable para todas las personas, en especial para los pacientes con IRC; de acuerdo a los resultados el 55% muestra un autocuidado inadecuado en actividad/reposo, según la estrategia de la OMS sobre el régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS) en el cual refieren los expertos realizar ejercicio de 20 a 30 minutos 3 veces a la semana, actividades moderadas como caminar, bailar, (OMS-DPAS, 2006) el 90% de los pacientes a veces se sienten cansados, similar al estudio de Chillogallo (2014) el 69% no realiza alguna actividad física puesto que desconocen las actividades que puedan y deban realizar, considerada una opción caminar. En la investigación de Carrasco & Estirado (2014) el 63% realiza algún tipo de ejercicio físico por más de 30 minutos, se ha demostrado que los ejercicios aeróbicos pueden mejorar el control de la presión arterial y el perfil lipídico (Moreno & Cruz, 2015), en ambos casos se presenta la falta de orientación sobre aquellos ejercicios aeróbicos cuyo fin es ayudar a la mejora de los músculos y a mantener un adecuado ritmo cardíaco, esto conlleva a soportar mejor la hemodiálisis y prevenir complicaciones cardiovasculares. Así como proporcionar la información sobre los beneficios que esta otorga mejorando la respiración y el cansancio, en la investigación de Moreno la fisioterapia ha sido de gran utilidad basada en la prescripción terapéutica disminuyendo el uso de mediadores

inflamatorios, aumento en el tamaño de las fibras musculares y prevención de arritmias cardiacas la cual conlleva a la mejoría del paciente con IRC.

Los resultados muestran que el 100% de los pacientes mantiene una higiene personal adecuada, de acuerdo a las preguntas el 45% siempre protege su catéter venoso central ya que son 8 los pacientes que cuentan con el acceso, el 95% tienen el conocimiento adecuado de los signos de infección en el acceso. Similar a un estudio realizado en Ecuador (Valverde & Zari, 2016) en el cual indican que el 89.3% de los pacientes mantienen una higiene adecuada y el restante no tiene precaución en el autocuidado de su higiene. Ambos estudios reflejan la importancia sobre el autocuidado de la higiene, en el cual los pacientes realizan todas aquellas actividades encaminadas no solo al autocuidado del acceso venoso sino también a la higiene personal. Es necesario continuar con el aporte de información así como la prevención de infecciones mediante la protección del catéter durante el baño, evitando movimientos bruscos. Palpar el funcionamiento del Thrill de la fistula, evitar presionar el brazo o tomar la presión, dormir sobre el brazo o levantar objetos pesados.

Para los pacientes en este tratamiento de HD se requiere de un estricto control en la ingesta de alimentos ricos en potasio, sodio, grasa y líquidos, el 60% se muestra con un hábito alimenticio adecuado, es decir, estos pacientes llevan un control estricto sobre su peso para evitar exceso y retención de líquidos, así como evitar consumir ciertos alimentos como pescados, mariscos, frutas como plátanos, naranjas.

El 40% muestra un autocuidado inadecuado en los hábitos alimenticios puesto que el 65% consume alimentos en gran cantidad por presentar episodios de ansiedad, en comparación del estudio de Bastidas & Navarro (2015) el 93% de los pacientes no cumplen con una dieta adecuada, mientras que el 33% consume líquidos mayor a lo permitido y el 51.1% sigue consumiendo a veces sal; durante la estancia del tratamiento se

realiza la orientación sobre aquellos alimentos permitidos, las cantidad y frecuencia, el objetivos de ello es mejorar el estado del paciente evitando así la retención de líquidos, estreñimiento por la poca ingesta de líquidos. Los pacientes deben evitar ingerir sal ya que esto conlleva a la disminución del consumo de agua y de esta manera facilita la purificación de la sangre durante el tratamiento. La orientación encaminada a una dieta adecuada previene complicaciones como calambres, hipotensión, debilidad y mareo. Así como los alimentos cítricos tienen alto contenido en potasio, por lo que es perjudicial para el paciente y puede presentar cuadros de hipercalcemia.

La insuficiencia renal crónica terminal deteriora la función de los riñones por tal motivos los pacientes son sometidos a tratamientos de sustitución renal, a partir de ello inician diversos cambios y sobre todo el autocuidado como factor principal realizando actividades hacia la propia persona con el propósito de preservar y conservar su salud.

El autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal se muestra poco adecuado, la mayoría de los pacientes con catéter y fistula tienen precaución, protección y cuidado sobre su acceso, pero existe un déficit en el área de actividad/reposo la cual conlleva al desequilibrio biopsicosocial, esto interfiere en el estado de salud y la capacidad del autocuidado de los pacientes. En las otras áreas los resultados muestran que los pacientes mantienen un autocuidado adecuado, es decir, son conscientes, aceptan y afrontan dicho proceso patológico, se adhieren a todos aquellos cambios que conlleva la enfermedad y se adecuan al tratamiento.

Por otra parte el papel fundamental de enfermería es promover, prevenir y realizar intervenciones que conlleven a la disminución y mejora del autocuidado. Aunque los pacientes muestran un autocuidado poco adecuado es importante reforzar el autocuidado que deben tener, mencionando los beneficios que llevan hacia su propio organismo.

VI. REFERENCIAS

- Barragán, G., Laguna, H., & Gómez, L. (2014). Perfil sociodemográfico de los usuarios del. *Medicgraphic*, 4-9.
- Bastidas, Z. B., & Navarro, M. (2015) Estilos de vida de los pacientes on insuficiencia renal crónica que reciben hemodiálisis en el hospital General Puyo. obtenido de Universidad Nacional de Loja: <http://dspace.unl.ec/jspui/handle/123456789/10241>
- Boletín Factografico de la Biblioteca Médica Nacional (2016) Cuba* Obtenido de <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/02/factografico-de-salud-febrero-2016.pdf>
- Carrasco, M., & Estirado, M. Á. (2014). Ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, 116-140.
- Chillogallo, J. (Octubre de 2014). *Autocuidado en los pacientes con Insuficiencia Renal Cronica del Hospital Isidro Ayora de Loja*. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/10482>
- Corral, M. (2014). Manifestaciones cutáneas de la Insuficiencia Renal Crónica. *Faculta de Ciencias Médicas* , 13-20.
- Cristóvão, A. (2013). Dificultades y estrategias en el manejo del régimen terapeutico en el paciente crónico en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, 247-255.
- FEDESALUD. (Mayo de 2007). *Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica*. Obtenido de www.minsalud.gov.com/pdf
- Fundación Mexicana del Riñón. (2012). *Fundación Mexicana del Riñón*. Obtenido de <http://www.fundrenal.org.mx/erc.html>
- Guzmán, K., Fernandez, J., Mora, F., & Vintimila, J. (2014). Prevalencia y faotres asociados a enfermedad renal crónica. *ELSEVIER*, 108-113.
- IMSS (2014). Guía de Práctica clínica "Manejo de accesos vasculares en hemodiálisis en adultos con Insuficiencia Renal Crónica en segund y tercer nivel de atención. *CENETEC*, 10-19.

- INEGI. (2012). Morbi-mortalidad de la Insuficiencia Renal Obtenido de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Febrero/23/1003-En-Mexico-12-millones-de-personas-padecen-algun-grado-de-deterioro-renal>
- López, J. (2005). Calidad de vida percibida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo. *Sociedad Internacional de Nefrología*, 16-20.
- Lorenzo, V. (2016). *Enfermedad Renal Crónica*. Obtenido de Sociedad Española de Nefrología: <http://www.revistanefrologia.com/es-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- Méndez, A., Méndez, F., Tapia, T., Muñoz, A., & Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *ELSEVIER DOYMA*, 7-11.
- Moreno, J. E., & Cruz, H. F. (2015). *Ejercicio físico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis*. Obtenido de Nefrología, Diálisis y Transplante: www.renal.org.ar
- OMS. (2014). *Incidencia mundial de la insuficiencia renal crónica y terminal*. Obtenido de OMS: <https://www.insuficienciarenal.com.mx/tag/oms>
- OMS-DPAS (2006). *Estrategia Mundial sobre alimentación saludable, actividad física y salud (DPAS)*. Obtenido de OMS/OPS.
- Peña, J. (2015). Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodialisis " Nuestra señora del Carmen". *Revista Sociedad Española de Nefrología*, 11-16.
- Perales, C., García, A., & Reyes, G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Sociedad Española de Nefrología*, 622-625.
- Pérez, A., & Vázquez, I. (2013). Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Sociedad Internacional de Nefrología*, 9-29.

- Prado, L. A., & González, M. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electronica* , 836-842.
- Rivera, J., & Carrión, A. (2015). Morbimortalidad en hemodiálisis en funcion del acceso vascular]. *Revista Científica de Enfermería*, 5-10.
- Savannah, G. (1993). *Modelo de Orem " Conceptos de enfermería en la práctica"*. Barcelona: Masson.
- Secretaría de Salud. (2014). *Tratamiento sustitutivo de la función renal , Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica*. Obtenido de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Taylor, S. (2003). *La teoría enfermera del déficit de autocuidado*. Madrid, España: Mosby-Elseiver.
- Valverde, L., & Zari, M. (2016). Conocimientos, actitudes y práctica sobre el autocuidado de pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo de la funciona renal. *Revista Científica de Enfermería*, 17-3 (Vega, 2001)
- Vega, O. (2001). Teoría del déficit del autocuidado: interpretación desde elementos conceptuales. *Revista avances de enfermería*, 30-33.

ANEXOS



Self-Care of Patients with Vascular Access for Hemodialysis

Gabriela Montes Hernández¹, Juan Manuel Sánchez Soto², Magally Martínez Reyes³,
Anabelem Soberanes Martín⁴

¹LENF. Research Assistant in nursing of the Centro Universitario Valle de Chalco la Universidad Autónoma del Estado de México, phone: 5540693113

^{2,3,4}Full Professor in the Centro Universitario Valle de Chalco la Universidad Autónoma del Estado de México, phone: 5537257032

ABSTRACT

The present study evaluated the self-care of patients with vascular access to hemodialysis of a second level Hospital in Mexico from a biopsychosocial perspective. It is a qualitative, descriptive, cross-sectional study where patients applied a semistructured instrument of 22 questions based on five areas: autoacceptation, social relationship, activity/rest, hygiene and eating habits in the liker scale With a Chronbach alpha of 0803. Where it was found that the patients show a deficit of self care with the 55% was inadequate in the area of activity/rest, according to the questions the 90% are tired, 45% stressed and the 25% carry out activities of effort, by the poor knowledge in those exercises that you can perform and these should be suitable for the improvement of its current state.

Key words: Hemodialysis, Nursing Care, Vascular Access

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) refers that 10 to 16 per cent of the world population suffers from chronic renal failure (CRF), in the last two decades in the subregion of Central America has been reported 40,000 new cases of people who suffer from chronic kidney disease (CKD) and who die for this cause and, among these cases, a type of CKD has been reported that is not related to the most common causes, such as diabetes mellitus and hypertension (who, 2014).

With reference to the end-stage renal disease (ESRD) shows a significant number in the face of this situation, the incidence at the international level has a great impact; in Taiwan with 458 cases, Mexico with 421 cases and the United States with 363 cases per million inhabitants, to buy these evidence shows the impact significantly the pathology. Likewise the Diabetes Mellitus is

the main factor in WRS at international level in Malaysia 64%, Singapore 62% and Mexico 58%, which are countries with the highest incidence respectively. However there is a particular incidence in some countries, that have the possibility to continue with the treatment for HD; According to global statistics per million inhabitants is displayed according to the sex and country; in Taiwan 500 and 415 are receiving adequate treatment, in the United States 426 men and 302 women respectively (Bulletin Factográfico of the Library Medica National, 2016).

Therefore the prevalence of the ERT in Taiwan with 3,138 cases is treated per million inhabitants, a significant number reflected considering the economic investment in health spending by capital.

On the other hand in the United States 2,043 cases

are dealt with by every million inhabitants with a health spending by capital of 9,146. Mexico is in sixth place with 1,654 cases with ERT and are treated without reference of economic investment. However, Japan with a 96.9%, Bosnia with 96.5% and the Philippines with 96.1% in prevalence on hemodialysis (Bulletin Factográfico of the Library Medica National, 2016).

According to the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) in the year 2012 concerns 12 thousand deaths of Renal Insufficiency cataloguing the state of Mexico with the highest incidence with 1,487 cases, followed Mexico City with 948 cases, Jalisco with 920 cases and Puebla with 756 cases, determined as the fourth place at the national level (INEGI, 2012).

In Mexico for every million inhabitants only 1,086 cases of the ERT receive dialysis treatment, while the 52.2% receives the hemodialysis treatment and according to the rate of kidney transplant the 57.7% per million inhabitants (Méndez, 2010).

Chronic Kidney Disease. In accordance with the Mexican Foundation of the Kidney refers to the ERC as the clinical syndrome resulting from the progressive loss, permanent and irreversible nature of the structure and renal dysfunction, it is a chronic disorder and terminal of both kidneys, the body loses the ability to filter toxic substances in the blood and the person requires substitution treatment for renal function to preserve life (<http://www.fundrenal.org.mx/erc.htm>).

Therefore there are triggers of the ERC, considered as risk factors modifiable; dyslipidemia, obesity, anemia, proteinuria, and cardiovascular diseases predominant factors; diabetes mellitus, arterial hypertension, obstruction of urinary tract contribute to the deterioration of the pathology (Guzmán, 2014).

The signs tend to be noticeable until it has lost a 80-90% of the renal function, considering that the rate of progression varies from month-years between them can be presented oliguria and therefore edema and hypertension, muscle weakness, loss of muscle mass, proteinuria and hyperlipidemia, pain or muscle spasms, headache, changes in your skin color, fatigue (Peña, 2015).

During the course of the disease is a progressive decrease in the glomerular filtrate by decrease of nephrons functional, which increases the risk of cardiovascular disease and death. (Barragán, 2014)

Chronic kidney disease is measured according to the five stages; the first stage is displayed with renal damage with the rate of glomerular filtration rate (GFR) normal or high greater than 90 ml/min/1.73m²; the second stage with kidney damage slight-low GFR of 60-90 ml/min/1.73m², the third stage refers moderate decrease of GFR of 30-60 ml/min/1.73m², the four stadium with decrease severe of GFR of 15-20 ml/min/1.73m² and finally the fifth stage is displayed with kidney failure of less than 15/ml/min/1.73m² implies that we must consider the substitution therapy or replacement (Guide to the management of chronic kidney disease 2007).

However treatment includes the maintenance of the integrity of the nephrons even functional, compensation of metabolism acid-base, electrolytic balance: on the other hand treatment is divided into two aspects, the first refers to the base of the glomerular filtrate/ degree of diuresis if the glomerular filtrate is greater than 30ml/minis limited to a conservative treatment as the control of arterial hypertension, fluid and electrolyte balance, also if the glomerular filtration rate is less than 30 ml/min is must take into account the rules of diet, the balance acid-base, before the patient's life is in danger (Master Catalog of Clinical Practice Guidelines).

With regard to treatment three options are displayed before the ERC; kidney transplantation, the peritoneal dialysis and hemodialysis, this latter procedure allows to remove toxins and excess fluid in the body through the use of a machine and a dialyzer, also known as artificial kidney(Barragán, 2014)With regard to the patients with a diagnosis of ERT in stage 5 the majority of them must comply with a program of Hemodiálisis (HD)(Cristóvão, 2013).

The clinical practice guideline "Management of vascular access in hemodialysis" refers to the vascular access is the point anatomical by where

you will access the bloodstream of renal patients and by where you extracted and return the blood once it has passed through the circuit extracorpóreo of debugging extra renal function (Clinical Practice Guideline) there are three options of venous access; arteriovenous fistula, arteriovenous graft, and the venous catheter focuses, whose election will be according to criteria of the intervention of treatment, in this way the patients who are admitted to treatment of HD are subjected to high levels of stress, with regard to the restriction of diet and control of liquids, fatigue, limitation of physical activities and social(Rivera, 2015).

From the perspective of nursing interventions suitable toward the patient leads to try to balance the dimensions that comprise the person, to the attention of the patient is very important to identify values biopsychosocial taking into account the interference that produces the disease, the study is centered in: self-care on the basis of an assessment of the autoaceptación, social relation, activity-Rest, Hygiene and eating habits (predictors psychosocial)(Perales, 2012).

Orem defines "self-care as a conduct that exists in specific situations of life, directed by the people to themselves or to their environment, to regulate those factors that affect their own development and operation for the benefit of their life, health and welfare"(Taylor, 2003)

The general theory of Orem is integrated by three theories: Theory of self-care Theory of deficit of self-care and the theory of systems of nursing.The self care consists in the practice of activities that people initiated and carried out in certain periods of time, by his own party and with the interest of maintaining a healthy functioning, continuing with the development people and welfare. The theory of self-care; referred to as a regulatory function of man, you must learn and develop deliberately, continuous and according to the requirements of each person, the theory is also extended with the theory of care dependent, which expresses the objective, the methods and the results of the care (Savannah 1993).

The requirements of self-care require to take sanitary measures at specific times or over a period of time, result in the promotion of health and the prevention of specific diseases, by consequent the requirements are: universal, of development and deviations of Health(Reyes, 2007).

The central idea of deficit theory of self-care is that the needs of the people in need of nursing are associated with the limitations of their actions related to their health or to their health care. Whose limitations are returning to the individuals completely or partially unable to know the existing requirements and emerging for their own care. The deficit of self care is a term that expresses the relationship between the capacity for action of the people and their needs for care(Vega, 2001).

The theory of systems nurses said that nursing is a human action; systems nurses are systems of action formed (designed products) by nurses through the exercise of its activity for people with limitations arising out of or associated with their health self-care or in the care dependent. The systems nurses can be prepared for people who represent a unity of care dependent, for groups whose members have therapeutic needs of self-care with similar components or limitations.(Vega, 2001)

2. Method

A qualitative study was carried out, descriptive and cross-sectional in patients with vascular access for hemodialysis of second-level General Hospital in Mexico, with a pilot test of 20 patients, prior informed consent on the voluntary participation before the investigation.

Sociodemographic variables that were considered are: age, marital status, sex, religion, occupation, type of venous access, time of insertion of venous access.

The instrument has 22 questions of the author Mayra Cabrera Sosaya in Chiclayo 2013, divided into five areas: autoaceptación, social relation, activity/rest, hygiene and eating habits with a reliability Alpha Chronbach of 0.803 with the

score of 2-0(2 Always, 1 to 1 times, 0 Never) in the items 1,2,3,4,5 of autoaceptación 6,7,8 of social relationship and 13,14,15,16,17 in the area of hygiene. And for the items 9, 10, 11,12 activity/rest and 19, 20, 21,22 in eating habits (0 Always, 1 to 1 times, 2 Never) were invested in its assessment.

3. Results

Of the total study population shows 60% male and 40% female, male sex represents approximately 60% of patients in substitutive renal treatment described as a factor prognosis independent of suffering ERC (Lorenzo, 2016).

60% of the patients refer to being unmarried, 30% married, 5% widowed and 5% currently divorced. However, the level of studies reached shows that 55% of patients have high school level, 40% secondary and 5% primary.

For the treatment of Hemodialysis requires a venous access for that reason it was necessary the knowledge of access with which they count, 50% with arteriovenous fistula, 40% with central venous catheter temporarily and 10% with graft.

The 35% have access from 4 years ago, 25 per cent has had for 3 years, 20% is 2 years old, 10% 5 years, 5% with 6 years and 5 per cent account with access from 9 years ago to provide care and protection.

To assess the state of self-care of patients with venous access are generally shows that 65% is inadequate, the 20% inappropriate and 15% suitable, presenting a deficit in the self care with the need to orient, promote and prevent all those complications that could trigger.

According to the instrument is assessed by areas, with regard to paragraph of autoaceptación 80 per cent of the patients maintain an appropriate perception aimed at the different physical changes in the progress of the disease, the other 20% is inadequate, this is reflected in accordance with the paragraph of the questions, the 40% feel unsafe and positive, in which is shown to be irresponsible and negative in feel proud. According to the instrument is assessed by areas, with regard to paragraph of autoaceptación 80 per cent of the

patients maintain an appropriate perception aimed at the different physical changes in the progress of the disease, the other 20% is inadequate, this is reflected in accordance with the paragraph of the questions, the 40% feel unsafe and positive, in which is shown to be irresponsible and negative in feel proud.

In the social relationship 60% is adequate, and with regard to be area the 75% consider the family as a source of prosperity; while 40% self-care is inadequate, this leads to the 25% has negative outlook toward the family and the 95% denies belonging to social groups or live with friends respectively to paragraph of the questions.

According to the activity/rest 55% is inadequate in paragraph 90 per cent spoke feel tired or exhausted, given the case that the 25% carry out activities of effort by which is not optional but by labor issues. The 45% has episodes of stress and sometimes perform any type of activity to relax.

It is important to mention that the 100% of the patients maintain a personal hygiene adequate, which indicates that according to the area the 95% performed daily bath with mild soap, 80% makes the change of clothes daily and loose, applying cream to hydrate the skin, omitting the use of lotions that extreme dryness the skin and prevent infection.

The results show that 60% of patients maintain adequate food, 40% inappropriate, of the questions it was obtained that the 65% sometimes consume food in great quantity, as well as the 70% sometimes consumes egg and cheese, considered as foods rich in phosphorus. In addition to the 40% sometimes consumes meat, fish and seafood, before this situation should be to carry out the process of double cooking ,this helps food lost a certain amount of potassium it contains.

4. Discussion

The 15% of patients have a self-care adequate, the 65% unsuitable, and the 20% inappropriate; with regard to the valuation of the five areas, the autoaceptación 80% is positive, given the perception of the current status of your life and

health, referring satisfaction and coping with its pathological process on a psychological level in comparison to a study carried out in Santa Clara(López, 2005) shows that 50% of patients show a negative state originated by the pathology given the dramatic shift toward new habits, aspirations and hobbies to avoid impact on mood, and the psychological well-being. In Hospital area patients are oriented by the nursing staff in the autoacceptacion focused on those physical changes that will have in the course of his life as well as the venous access for its treatment, the impact it will have on their personality while in the investigation of Lopez(2005), focused to evaluate programs psychoeducational and the role of the educational psychology therapeutic found with a deficit in the application and orientation toward patients reflected before the situation of depression and episodes of rejection , showing a poor job of the health team.

Social relations are suitable with the 60% in family and social according to the questions the 75% considers the family as a source of prosperity, reflected a social interaction suitable, this allows to understand the changes that over time have led, however in the study of Perez(2013) Described in the social area with a 59.3% bad in which encompasses the personal relations, the support they receive from their relatives and friends, is perceived a scope negative during the course of the treatment. Nursing in the face of such a situation has been responsible for providing the necessary support to patients in which allows to adapt to their new life style in the presence of their disease and loss in social relations, motivation toward their environment in the coexistence, from the humanistic perspective of Pérez (2013) Inserts each time more in nursing play a determinant role in the area of teaching educating and instructing patients on the comprehensive care, psychological and processes of therapeutic treatment, implementing strategies and incorporate them fully to the programs for the prevention of complications, trying to catch a glimpse of the relationship between the disease and the patient , by revealing the importance of

the process of communication and assistance in all their levels of the sick individua

Physical exercise is recommended for all persons, especially for patients with CRF; according to the results the 55% shows a self care inadequate in activity/rest, according to the WHO Strategy on Diet, Physical Activity and Health(DPAS) In which concern the experts exercise 20 to 30 minutes 3 times a week, moderate activities like walking, dancing, (OMS-DPAS, 2006) The 90% of the patients sometimes feel tired, similar to the study of Chillogallo (2014) 69% does not perform any physical activity because they were unaware of the activities that can and must perform, considered an option to walk.

In the investigation of Carrasco (2014) 63% make any type of physical exercise for more than 30 minutes, it has been demonstrated that the aerobic exercise can improve the control of blood pressure and lipid profile(Moreno, 2015), In both cases is the lack of guidance on those aerobics whose purpose is to help the improvement of the muscles and to maintain an adequate cardiac rhythm, this leads to better withstand the hemodialysis and prevent cardiovascular complications. As well as providing information on the benefits that this gives to improve breathing and fatigue, in the investigation of Moreno physiotherapy has been of great value based on the prescription therapeutics decreasing the use of inflammatory mediators, increase in the size of the muscle fibers and prevention of cardiac arrhythmias which leads to the improvement of patient with IRC.

The 100% of patients maintains a personal hygiene appropriate, according to the questions the 45% always protects its central venous catheter because they are 8 patients who have access, 95% have adequate knowledge of the signs of infection in the access. Similar to a study in Ecuador (Valverde, 2016) In which indicate that the 89.3% of the patients maintain a proper hygiene and the remaining has no caution in the self-care of their personal hygiene. Both studies reflect the importance on the self-care of the hygiene, in which patients make all those activities aimed not only to self-care of venous

access but also to the personal hygiene. It is necessary to continue with the contribution of information as well as the prevention of infections through the protection of the catheter during the bathroom, avoiding abrupt movements. Feel the operation of the thrill of the fistula, avoid pressing the arm or take the pressure, sleep on the arm or lifting thought objects.

For patients in this treatment of HD requires a strict control in the intake of foods rich in potassium, sodium, fat and liquids, 60% is shown with a habit foodstuff suitable, That is to say, these patients have a strict control on your weight to avoid excess and retention of liquids, as well as avoid consuming certain foods like fish, seafood, fruits such as bananas, oranges.

The 40% shows a self care inadequate in eating habits since 65% consumed food in large quantities for episodes of anxiety, in comparison to the study of Navarro (2015), 93% of patients do not comply with an adequate diet, while 33 per cent consume fluids greater than what is permitted and the 51.1% continues to consume sometimes salt; during the stay of the treatment is performed the guidance on those foods permitted, the number and frequency, the objective of this is to improve the state of the patient as well as avoiding the retention of liquids, constipation by the low intake of liquids. Patients should avoid eating salt since this leads to a reduction in the consumption of water and in this way facilitates the purification of the blood during the treatment. The orientation toward providing an adequate diet prevents complications such as cramps, hypotension, weakness and dizziness. As well as the food citrus fruits have high potassium content, so it is detrimental to the patient and can present tables of hypercalcemia.

The terminal chronic renal failure impairs the function of the kidneys by such reasons patients are subjected to treatments of renal replacement, from it initiated various changes and especially the self care as a major factor making activities toward the person with the purpose of preserving and conserving their health.

He self-care of patients with kidney failure is displayed little adequate, the majority of patients with catheter and fistula have Caution, protection and care on their access, but there is a deficit in the area of activity/rest which leads to the imbalance biopsychosocial, this interferes in the state of health and the capacity of the self-care of the patients. In other areas the results show that the patients maintain a self-care appropriately, i.e., are aware, accept and face the pathological process, adhere to all those changes that carries the disease and are consistent with the treatment.

On the other hand the fundamental role of nursing is to promote, prevent and perform interventions that lead to the decline and improvement of self-care. Although patients show a self care little suitable it is important to strengthen the self-care that must have, mentioning the benefits that lead toward its own agency.

References

1. Barragán, A., Laguna, H., Gómez (2014). Sociodemographic profile of the users of the service of hemodialysis Regional Hospital
2. Carrasco, M., & Stretched, M. A., (2014) physical exercise in patients with advanced chronic renal disease (ERCA) in hemodialysis. Hospital de Llerena. Badajoz. 123 *Enferm Nefrol* 2014; 17 Suppl (1): 116/140.
3. Chillogallo, J. C., (2014) Self-care in patients with CRF the Hospital Isidro Ayora of Loja. Loja-Ecuador 2014 Loja, October 2014 [cited Day Month Year];2(2):[approx. 17 p.]. Available at: [Http://files.sld.cu/bmn/files/2016/02/factografico-de-salud-febrero-2016.pdf](http://files.sld.cu/bmn/files/2016/02/factografico-de-salud-febrero-2016.pdf).
4. Corral, M., (2014) cutaneous manifestations of chronic Renal insufficiency Faculty of Medical Sciences 2014; 22 (2): 116-20.
5. Cristóvão, A., F., (2013). Difficulties and strategies in the management of the therapeutic regimen in the chronic

- hemodialysis patient. *Enferm Nefrol* 2013;16 (4): 247/255.
6. Cuba. Newsletter Factográfico of the National Medical Library. The National Center of Information on Medical Sciences. National Medical Library. Kidney diseases. Global statistics. Factográfico of Health. 2016 Feb.
 7. Clinical Practice Guide "management of vascular accesses in hemodialysis in adults with chronic Renal failure in second and third novel of attention" ISSSTE-680-13. Fundación Mexicana del Riñón A.C <http://www.fundrenal.org.mx/erc.htm>
 8. Guzmán, K.A., Fernandez, J.C., Mora, F., Vintimilla, J. (2014) Prevalence and factors associated with chronic renal disease. 0185-1063/© 2014 Medical Society of the General Hospital of Mexico. Published by Masson Doyma México S.A.
 9. Guide for chronic renal disease Management and model for the prevention and control of chronic renal Disease 2007 Health Reform Support Program – PARS Ministry of Social Protection – MPS ISBN: 978-958-98067-9-1 Bogotá Colombia. High specialty of the Yucatan Peninsula. *Evid Med Invest Salud*; 7 (1): 4-9. INEGI 2012.
 10. <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Febrero/23/1003-En-Mexico-12-millones-de-personas-padecen-algun-grado-de-deterioro-renal>
 11. López, J., (2005) Quality of life perceived in patients with RENAL replacement treatment. Member of the International Society of Nephrology, St. Clare February 2005.
 12. Lorenzo, V. (2016) Chronic Renal disease. Spanish Society of Nephrology. Lorenzo v. López Gómez J.M. in: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>.
 13. Master Catalog of Guides of clinical practice; substitutive treatment of renal function. Dialysis and hemodialysis in chronic renal failure. Mexico: Secretary of Health; 25 September 2014: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
 14. Méndez, A., Méndez, J.F., Tapia, T., Muñoz, A., Aguilar, L., (2010) Epidemiology of the Insufi chronic renal Science in Mexico. (Dialysis and transplanted) *Dial TRASPL*. 2010; 31 (1): 7-11.
 15. Moreno, J.E., & Cross H.F., (2015) PHYSICAL EXERCISE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE IN HAEMODIALYSIS PHYSICAL EXERCISE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE ON HAEMODIALYSIS Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia 2) Institute of the heart of Bucaramanga, Bogota, Colombia nephrology, dialysis and transplant 2015; 35 (3) p. 212-219.
 16. Navarro, M., J., (2015) Lifestyles of patients with chronic RENAL failure receiving hemodialysis in GENERAL HOSPITAL PUYO. Year 2015. Pag. 65-67.
 17. Perales, C., García, A., Reyes, G., (2012) Psychosocial predictors of quality of life in patients with chronic renal failure in hemodialysis treatment University of Jaén Nephrology 2012; 32 (5): 622-30doi: 10.3265/ Nephrology. pre2012. Jun. 11447.
 18. Pérez, A., & Vázquez I., G., (2013) "quality of life in patients with continuous PERITONEAL dialysis ambulatory" Minatitlán, Veracruz November, 2013.
 19. Reyes, A.M., Valencia, M.C., (2007) evaluation of the DICIPLINAR competence: knowledge and application of the GENERAL theory of the deficit of self-care. *Ipn. Eseo*. P. 11-17

20. Rivera, J.M., Carrión, A., (2015) Morbidity and mortality in hemodialysis according to VASCULAR access. A bibliographical review. ISSN: 1989-6409 scientific Journal of Nursing.
21. Savannah, G.A. (1993) Model of Orem "concepts of Nursing in practice". Scientific and Technical editions. Spanish version. Nursing: Concepts of Practice by Dorothea E. Orem. Published by Mosby-year Book, Inc. of San Luis. Fourth original edition. Page 75-78.
22. Taylor, S. (2003). The nursery theory of the self-care deficit. In A. Marriner & M. Raile (eds.), Models and theories of nursing. (5th ed.). Madrid, Spain: Mosby-Elsevier.
23. Valverde, L., E., & Zari, M., A., (2016) knowledge, attitudes and practices on self-care of patients undergoing substitute treatment of RENAL function of the Diali LIFE Center – CUENCA-Ecuador
24. Vega, O.M., González D. (2001) Theory of the deficit of self-care: interpretation from conceptual elements. Science and care. Vol. 4 No. 4, ISSN-17949831
25. World Health Organization. Global incidence of chronic renal failure and terminal. Geneva: HINARI; 2014.
26. World Health Organization/Pan American Health Organization. (2006) Global Strategy on healthy eating, physical activity and Health (DPAS) implementation PLAN in Latin America and the Caribbean 2006-2007 DPC/NUT/001-06 Distribution: Limited Washington, D.C. year 2006.
27. Peña, J.C. (2015) self-care of the PACEINTES with RENALCRONICA insufficiency submitted to hemodialysis in ELCENTRO of dialysis "Our Lady DELCARMEN" Lima-Perú, 2015. Pag. 1-3.