



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS
CON FÍSTULA ARTERIO-VENOSA Y CATÉTER VENOSO
CENTRAL EN UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA, 2017**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en
Enfermería en Cuidados Nefrológicos**

Investigadoras:

LEON LIMA, Yessenia

LOPEZ BOCANEGRA, Milagros

PUICAN ALARCON, Kattia

Asesora:

Mg. Clara Torres Deza

Lima – PERÚ

2017

Índice

Resumen

Introducción

Capítulo I: Planteamiento Del Problema

Descripción del problema	2
Formulación del problema	4
Justificación	4
Viabilidad y factibilidad	4

Capítulo II: Propósito Y Objetivos

Propósito	5
Objetivos	5

Capítulo III: Marco Teórico:

Antecedentes	6
Base Teórica	8

Capítulo IV: Material y Métodos

Diseño de estudio	17
Población	17
Muestra	17
Operacionalización de variables	19
Procedimientos y técnicas de recolección de datos	21
Plan de tabulación y análisis	22

Capítulo V: Consideraciones éticas y administrativas

Principios éticos	23
Cronograma de Diagrama de Gantt	24
Presupuesto	25

Referencias Bibliográficas

27

Anexo 1

30

Anexo 2

34

Anexo 3

36

RESUMEN

EL Objetivo del estudio es: Describir el nivel de calidad de vida del paciente con fistula arterio-venosa y catéter venoso central en el tratamiento de hemodiálisis. Se utilizará como Material y Métodos: un diseño con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, con una población muestral de 60 pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se aplicará el cuestionario **EQ-5D-3L**, que fue presentada en 1990 por el Grupo EuroQol, el cuestionario consta esencialmente de 2 páginas: el sistema descriptivo EQ-5D y la escala analógica visual EQ (EQ VAS). La calidad de vida se medirá según los resultados del EQ VAS como una medida del estado general de la salud autoevaluada y para las comparaciones estadísticas se utilizaran la Chi-Cuadrado de independencia y gráficos descriptivos.

Palabras Clave: Calidad de vida, hemodiálisis, acceso vascular.

INTRODUCCIÓN:

En todo paciente diagnosticado de Enfermedad Renal Crónica (ERC) es imprescindible facilitar un tratamiento adecuado, por ello la atención durante una sesión de Hemodiálisis (HD) efectiva, sólo es posible si existe un acceso vascular (AV) viable que proporcione un flujo de sangre suficiente, un abordaje seguro y continuado del sistema vascular, además de no presentar complicaciones y ser eficiente. Las complicaciones del AV son la principal causa de hospitalización de los pacientes en HD (25%) y suponen el mayor consumo de recursos, los cuales afectarían la calidad de vida(1).

La OMS define la calidad de vida como la percepción individual del estatus de vida, en el contexto de un sistema de valores culturales, en los cuales su vida, sus metas y sus expectativas son cumplidas. Este concepto está relacionado con el nivel individual de satisfacción en las diferentes esferas de la vida (2).

La enfermera de hemodiálisis ejerce un papel fundamental en el cuidado y la seguridad del paciente crónico, realiza funciones de tratamiento (sesiones de hemodiálisis), educación sanitaria (cuidados del acceso vascular, actuación ante posibles complicaciones), entre otros.

Estos conocimientos y enseñanzas de adopción de medidas, permitirá al paciente desarrollar su propio autocuidado y mantener una vida saludable, por ello la enfermera optimiza el cuidado del paciente durante la diálisis con la aplicación de conocimientos científicos y promueve el trabajo multidisciplinario para lograr el mejor bienestar posible del paciente, su familia y el mismo grupo(3).

Ésta investigación permitirá conocer la Calidad de Vida los pacientes sometidos a tratamiento con Hemodiálisis con diferentes accesos vasculares; catéter venoso central (CVC) y Fistula Arterio-venosa (FAVI), que serán de interés relevante para el profesional de enfermería, porque permitirá implementar intervenciones adecuadas para el cuidado de las personas con ERC y su distintos accesos vasculares (AV).

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema:

Las personas con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), con una función renal reducida a menos del 10%, deben someterse a tratamientos dialíticos con la finalidad de mantener una calidad de vida adecuada. El tratamiento de Hemodiálisis (HD) depura las toxinas urémicas, y se necesita imprescindiblemente un acceso vascular (AV) (4).

El acceso vascular (AV) es la clave de un tratamiento adecuado de hemodiálisis ya que representa una de las principales causas de morbilidad, hospitalización y coste en los enfermos tratados. Pese al alto porcentaje de pacientes que eligen la HD como alternativa de tratamiento, aproximadamente el 50% los que acceden a ella sin un AV adecuado. De los tres tipos de AV utilizados en la actualidad, es decir, FAV autóloga, injerto y catéter venoso central (CVC) existe un amplio consenso en que la FAV es el que más se aproxima al AV ideal por tener una mayor supervivencia, menor número de infecciones y menor coste económico a comparación del CVC. Por ello se necesita una intervención necesaria y oportuna para el cuidado del acceso vascular (5).

La enfermera cumple un rol importante en el tratamiento de hemodiálisis, porque realiza la valoración del acceso vascular, el diagnóstico de fallo de diálisis secundario a acceso vascular deficiente, en la educación sanitaria del cuidado del AV, complicaciones intradialíticas, entre otros; sin embargo se desconoce si la

educación impartida alcanza al 100% de los pacientes y si ésta ha sido entendida por el paciente para que tenga una calidad de vida adecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define Calidad de Vida (CV) como “la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”. Así mismo CV incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). En el caso de los pacientes con enfermedad renal, la calidad de vida se ve afectada de manera más evidente (6).

Al interactuar con los pacientes sometidos a hemodiálisis refieren “la enfermedad transforma toda mi vida” “no quiero morir” “las molestias que siento son terrible, tengo náuseas, mi piel cambio de color”, “no puedo bañarme”, “no puedo ir a eventos sociales”, “me duelen las agujas, ya no quiero dializarme”, “no puedo hacer las cosas de mi casa” entre otras expresiones. Por lo tanto, es responsabilidad de la enfermera promover y fortalecer el cuidado del paciente, a través de la enseñanza que se brinde; motivándolo a la participación activa en su cuidado, lo que tendrá una gran implicancia en su calidad de vida.

Muchas son las variables que influyen sobre la calidad de vida de los pacientes en HD: edad avanzada, sexo, patologías asociadas, tiempo en diálisis, días de

hospitalización, cifras analíticas. Sin embargo, en pocas ocasiones se hace referencia al acceso vascular del paciente como variable independiente para la CV. Si el acceso vascular es clave para un buen tratamiento dialítico, podríamos pensar que sería un factor que pudiera influir en la calidad de vida del enfermo renal.

1.2. Formulación del problema:

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes portadores de fístula arterio-venosa y catéter venoso central en el tratamiento de hemodiálisis en el hospital Cayetano Heredia en el año 2017?

1.3. Justificación:

La enfermera que brinda cuidados en el tratamiento de hemodiálisis debe valorar frecuentemente los accesos vasculares a fin de realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada paciente, por ello este estudio se justifica porque se identificará como influyen los distintos tipos de acceso vascular en la calidad de vida del paciente y así mismo permitirá establecer un plan de cuidado de enfermería integral con diagnósticos y objetivos de acuerdo a las necesidades reales y potenciales de los paciente con respecto a su acceso vascular; y contribuirá a mejorar la calidad de vida de todos los pacientes según su acceso vascular en el tratamiento de hemodiálisis.

1.4. Viabilidad y factibilidad de estudio

Se considera viable porque se contará con el apoyo del Director del Hospital Cayetano Heredia, Jefatura de Enfermería, con la aprobación de la Coordinadora Del servicio de hemodiálisis, con la colaboración de las licenciadas de enfermería del servicio, el apoyo de nuestra asesora y también la colaboración de los pacientes. Es factible porque se cuenta con los recursos económicos necesarios que serán financiados en su totalidad por las investigadoras, también se contará con los recursos humanos y materiales necesarios, y el tiempo para la aplicación de instrumentos y la recolección de los datos.

CAPÍTULO II:

PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

2.1. PROPÓSITO:

Éste estudio está orientado a proporcionar información válida y actualizada al jefe del servicio de la institución, sobre la calidad de vida en los distintos tipos de accesos vasculares de los pacientes en hemodiálisis, que permitirá implementar un plan de intervenciones de cuidados de AV y también concientizar a los pacientes en el cuidado de su acceso vascular con el fin de disminuir y retardar las repercusiones que la enfermedad y su tratamiento tienen en sus diferentes ámbitos físicos, psicológicos y sociales de su vida diaria.

2.2. OBJETIVOS:

2.2.1. Objetivo general:

- Describir el nivel de calidad de vida del paciente portador de fistula arterio-venosa y catéter venoso central en el tratamiento de hemodiálisis. Hospital Cayetano Heredia.

2.2.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de calidad de vida del paciente portadores de fistula arterio-venosa en el tratamiento de hemodiálisis.
- Identificar el nivel de calidad de vida del paciente portadores de catéter venoso central en el tratamiento de hemodiálisis.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES:

- Pelayo Alonso R, Cobo Sánchez J, Reyero López M, et al, en su estudio Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, cuyo objetivo fue determinar en qué medida influye el acceso vascular sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis. Su metodología fue descriptivo transversal en una población de 38 pacientes en programa de hemodiálisis. Sus conclusiones fueron: No existe una influencia significativa del acceso vascular sobre la calidad de vida percibida por el paciente. Los mayores inconvenientes e incomodidades relacionados con el acceso vascular se producen en los portadores de catéteres venosos centrales que llevan más de 1 año en hemodiálisis (8).
- Seguí Gomá A, Amador Peris P, Ramos Alcario A, en su estudio, calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y las características personales de pacientes con insuficiencia renal crónica y comparar con la población general. La metodología utilizada fue descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona. Sus conclusiones fueron: La calidad de vida en pacientes con IRCT, es menor que la población de referencia en todas las dimensiones (9).
- Zúñiga San Martín C, Müller O. Hans, Kirsten L. Lilian, Alid A. Raquel, et al, en su estudio; Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36), cuyo objetivo fue evaluar los niveles de calidad de vida de una muestra de pacientes de la Región del Bío-Bío en terapia de hemodiálisis crónica (HDC). Su metodología fue descriptivo transversal. Su estudio concluyó en: calidad de vida

relacionada a la salud en pacientes en hemodiálisis tenían valores por debajo del el marcador de referencia en sujetos con diabetes y enfermedad arterial coronaria, el estado nutricional deficiente y un bajo nivel educativo y socioeconómico (10).

- Contreras Torres F, Esguerra Pérez G, Espinosa Juan Carlos, et al., en su estudio: estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis; cuyo objetivo fue observar si los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Su metodología fue de tipo descriptivo correlacional. Sus conclusiones fueron: El afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores (11).
- Contreras Torres F, Esguerra Pérez G, Espinosa Juan Carlos, et al., en su estudio: Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, su objetivo fue describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Su metodología fue un diseño de comparación entre grupos estáticos. Su estudio concluyó en: mostró diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos (12).

3.2. BASE TEÓRICA

3.2.1 Calidad de vida:

La Organización Mundial de la salud en su grupo estudio de Calidad de Vida, ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (6).

Schwartzmann definió la Calidad de Vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (13).

La CV sólo puede medirse adecuadamente determinando las opiniones de los pacientes para traducirlas a instrumentos desarrollados por expertos, y así concederles validez y aplicabilidad a la práctica diaria (14).

Un aspecto de primordial importancia en la relación del paciente con la máquina lo constituye la fístula, como AV que permite la conexión a ella. Es el punto central de la reorganización de la imagen corporal y se convierte en objeto de constante observación y vigilancia por parte del paciente ('su nuevo corazón', según refieren) (14).

En la literatura especializada aparecen con frecuencia planteamientos acerca de las áreas que deben ser consideradas al estudiar la CV. Dentro de las mejores propuestas tenemos la de Badia y Lizán, quienes plantean los siguientes dominios a tener en consideración:

- a) Función física: Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.

- b) Sensación de bienestar: Sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión.
- c) Función social: Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos. Participación y realización de las funciones sociales habituales, trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias.
- d) Síntomas: Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad.
- e) Función intelectual: Habilidad y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar.
- f) Evaluación del propio estado de salud: Impresión subjetiva del estado de salud actual o previa, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura (14).

3.2.2. Enfermedad renal crónica

A) Definición:

En la nomenclatura nefrológica actual, el término de insuficiencia renal crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por enfermedad renal crónica. Enfermedad Renal Crónica (ERC) es tener una Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) $<60 \text{ mL/mln}/1,73 \text{ m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más.

El diagnóstico de ERC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por:

- Alteraciones urinarias (albuminuria, micro-hematuria).
- Anormalidades estructurales (por ej: imágenes renales anormales).
- Enfermedad renal genética (riñones poliquísticos).
- Enfermedad renal probada histológicamente (15).

B) Clasificación:

La US NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) ha propuesto una clasificación de la ERC, que se ha difundido

rápidamente en la comunidad nefrológica internacional. Esta clasificación, simple y fácil de usar, divide la ERC en 5 etapas, de acuerdo a la VFG estimada con ecuaciones de predicción (Cockcroft-Gault ó MDRD).

- Estadio 0 Individuos con factores de riesgo de ERC en la población general
- Estadio 1 Daño renal con FG normal o aumentado: > 90 ml/min/1.73 m²
- Estadio 2 Daño renal con FG levemente disminuido: 60-89.9 ml/min/1.73 m²
- Estadio 3 FG moderadamente disminuido: 30-59.9 ml/min/1.73 m²
- Estadio 4 Severa disminución del FG: 15-29.9 ml/min/1.73 m²
- Estadio 5 Falla renal: FG < 15 ml/min/1.73 m² (15).

C) Tratamiento:

Cuando el paciente se encuentra en la etapa ERCT (estadio 5), deberá recibir uno de los siguientes tratamientos:

- **Trasplante Renal:** Es un procedimiento quirúrgico para implantar un riñón sano en un paciente con insuficiencia renal. El trasplante renal es una práctica de uso corriente y no experimental en el mundo y en nuestro país, existiendo aun la falta de cultura de donación de órganos.
- **Diálisis:** Es el procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre. Hay dos formas de diálisis: **Diálisis Peritoneal:** Cuando el tratamiento se hace a través del abdomen. **Hemodiálisis:** Se emplea la máquina de hemodiálisis denominada también Riñón Artificial, este tratamiento es más utilizado en la actualidad; por lo cual ampliamos esta información con fines de investigación.

➤ Hemodiálisis:

La hemodiálisis extrae la sangre del paciente y hacer circular por un tubo hacia el filtro de diálisis. Este filtro está dividido en dos espacios por medio de una membrana semipermeable: por un lado pasa la sangre y por el otro el líquido de diálisis (dializado). La membrana contiene poros que permiten el paso de sustancias de desecho y del agua desde la sangre hacia el líquido de

diálisis, pero no permite el paso de otras sustancias como los glóbulos rojos, blancos, proteínas de tamaño grande, hormonas, etc. Este proceso se llama de difusión (16).

3.2.3. Accesos Vasculares:

Definición:

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 ha pasado por el circuito extracorpóreo de depuración extrarrenal.

El AV ideal es aquel que proporciona un flujo sanguíneo adecuado para una prescripción de diálisis correcta, con una vida media útil larga y un bajo índice de complicaciones, definidas como infecciones, estenosis, trombosis, aneurismas o isquemias distales en los miembros donde se ha realizado el AV. De todos los AV quirúrgicos posibles, el que cumple estos requisitos y por tanto el preferido por los nefrólogos, es la FAVI, por delante de los accesos vasculares protésicos y los CVC (17).

Tipos:

Hay tres tipos de accesos vasculares (injerto, catéter venoso central y fistula arterio-venosa), de las cuales son dos las que vamos a comparar y a continuación las describiremos:

- **FISTULA ARTERIOVENOSAS AUTOLOGAS (FAVI)**

Que consisten en la conexión de una arteria con una vena a través de una anastomosis término-lateral o látero-lateral, cuyo objetivo es que la vena se arterialice para poder proceder a su punción con facilidad y que proporcione flujo sanguíneo suficiente para la hemodiálisis.

Tipos de FAVI más usadas:

- Fístula en la tabaquera anatómica

- Fístula radio-cefálica en antebrazo
- Fístula húmero-cefálica
- Fístula húmero-basílica con transposición de vena

Las primeras punciones del AV han de ser realizados por una enfermera experimentada de la unidad, aconsejándose que sea la misma persona, utilizando agujas de calibre pequeño (17G y 16G). La punción arterial se puede realizar en dirección distal o proximal, dependiendo del estado del AV y para favorecer la rotación de punciones, dejando una separación de al menos tres traveses de dedo entre el extremo de la aguja y la anastomosis vascular. La punción venosa siempre se hará en dirección proximal (en el sentido del flujo venoso). La distancia entre de las dos agujas, arterial y venosa, ha de ser la suficiente para evitar la recirculación. Cuando se realice la técnica de unipunción, el sentido de la aguja siempre será proximal (17).

Complicaciones:

- Infección:

La infección es la responsable del 20% de todas las complicaciones de las fístulas arteriovenosas. Esto varía con la gravedad de la celulitis localizada (eritema y calor), la formación de abscesos (tenencia y calor) y bacteriemia (fiebre, escalofríos y sensación de malestar).

Muchos casos de infección son el resultado de la punción, con una incidencia de infección perioperatoria posterior a la creación de la fístula de alrededor del 5%. En general, el tratamiento con antibióticos orales o intravenosos brinda resultados satisfactorios.

- Trombosis

Las causas de trombosis de las fístulas arteriovenosas son múltiples e incluyen las lesiones anatómicas preexistentes o adquiridas, la estenosis, la hipercoagulabilidad y la compresión de la fístula.

La mayoría de los pacientes afectados se identificada en la sala de diálisis pero en los casos agudos caracterizados por la cesación o reducción súbita del thrill.

- **Estenosis:**

La estenosis es una reducción >50% de la luz del vaso y es la causa más común de la falla tardía de las fístulas. La presentación en el primer mes posterior a la creación de la fístula arteriovenosa suele deberse a errores técnicos. La proliferación neoíntima está causada por múltiples factores, como la turbulencia del flujo sanguíneo, el trauma endotelial, la calcificación y la compresión repetida y es responsable de la mayoría de las estenosis.

Aneurisma:

Con el tiempo, se puede producir naturalmente la dilatación aneurismática, como consecuencia del mayor flujo sanguíneo. Si hay evidencia de alteraciones y úlceras en la piel suprayacente que entrañan riesgo de ruptura y hemorragia grave puede ser necesaria la reparación quirúrgica.

- **Síndrome del robo arterial**

Este síndrome es el efecto colateral relativamente común de las fístulas arteriovenosas, con una prevalencia que llega al 8% en la población en tratamiento con hemodiálisis y al 75% - 90% en los grupos en riesgo (ancianos, diabéticos y pacientes con arteriopatía periférica) (17).

• **CATETER VENOSO CENTRAL (CVC):**

Son dispositivos de poliuretano y silicona que se colocan en una vena con el calibre necesario (habitualmente, venas yugulares, subclavias o femorales) para poder proporcionar flujos sanguíneos suficientes para la realización de la hemodiálisis. La colocación puede ser por punción percutánea (guiada, normalmente, por ecografía) o por disección quirúrgica.

Tipos: Se recomienda clasificarlos en no tunelizados (para un uso inferior a 3-4 semanas) y tunelizados cuando se pretenda una utilización mayor de cuatro semanas. La razón de esta división se basa en el hallazgo de un mayor número de complicaciones infecciosas en los catéteres no tunelizados (17).

- **Temporales o de corta duración:** La utilización de este tipo de catéteres se ha relacionado con un mayor número de complicaciones infecciosas, por lo que deben reservarse para situaciones urgentes o aquellas en las que se prevea un uso inferior a 3 semanas, período a partir del cual aumenta la incidencia de infecciones. Ello ha permitido detectar un descenso en su incidencia y prevalencia durante los últimos años. Los catéteres venosos centrales no tunelizados suelen ser semirrígidos, de poliuretano, con una longitud de entre 15 y 25 cm. Su forma es recta, con extensiones rectas o curvadas según la vena que se va a canalizar (curvadas para la yugular y subclavia y rectas en la femoral). El catéter para la vena femoral debe tener un mínimo de 25 cm de longitud para asegurar flujos de más de 300 ml/min (17).

- **Permanentes túnelizados de larga duración:** Son catéteres centrales externos insertados mediante técnica tunelizada percutánea, parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada y la salida subcutánea. Su uso se basa a que se pretenda una utilización mayor de cuatro semanas. En cuanto al material se aconseja el uso de poliuretano y sus derivados, como el Bio-Flex o el carbotano, ya que la silicona es fácilmente colonizable por estafilococos. Los catéteres deben colocarse en salas especiales (quirófano, sala de radiología, etc.) (17).

Complicaciones:

La utilización de un CVC como acceso vascular para HD no está exenta de riesgos, la disfunción y la trombosis son las complicaciones más frecuentes,

la infección relacionada con el catéter es la más grave por su repercusión sistémica. Pueden ser:

- **Precoces:** Ocurren de manera inmediata a la implantación y surgen en las primeras horas suelen ser infrecuentes y están relacionadas con la punción venosa o con la inserción.
- **Tardías:** Están relacionadas con el cuidado, la función del catéter y difieren en el tiempo desde su inserción. Una de sus consecuencias es la retirada del catéter. Entre ellas tenemos:

- **Disfunción:** La disfunción de un catéter se define como la imposibilidad de obtener o mantener un flujo de sangre extracorpóreo adecuado para realizar una sesión de HD ($Q_b < 250$ ml/min). Precoces debido a acodamiento del catéter o mal posicionamiento de la punta. A veces se soluciona cambiando al paciente de posición con inspiraciones profundas del paciente o haciéndole que tosa, maniobra de Valsalva (catéteres permanentes). Tardías debido a trombosis: Intraluminal y Pericatóter.

- **Infecciones:** Las bacteriemias relacionadas con CVC son la complicación más frecuente y grave de los catéteres. Suele ser la causa principal de retirada de los catéteres. Esta incidencia es mayor para los catéteres temporales que para los permanentes tunelizados debido a que en estos últimos, el túnel subcutáneo ofrece una barrera protectora.

a) Infección del orificio de salida: signos locales de infección (eritema, rubor) con posible exudado o secreción purulenta. Casi siempre sin repercusión sistémica.

b) Infección del túnel (tunelitis): signos inflamatorios y exudado purulento a lo largo del túnel subcutáneo desde el dacrón al orificio de salida.

c) Bacteriemia: crecimiento de bacterias en hemocultivos. Sospechar si existe fiebre con escalofríos o datos de sepsis con inestabilidad hemodinámica., sobre todo durante la HD y en ausencia de otro foco infeccioso. El microorganismo más frecuente aislado es el estafilococo (82%) aunque en los últimos años se ha detectado un incremento de bacilos gram negativos (32-45%) y flora polimicrobiana (20%) (19).

CAPITULO IV

MATERIAL Y MÉTODO

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO:

En el estudio se utilizará el diseño cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, porque pretende identificar las características respecto al nivel de calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis con sus diferentes tipos de accesos vasculares en un determinado tiempo.

4.2. POBLACIÓN:

Población de estudio estará constituida por todos los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis, del Hospital Nacional Cayetano Heredia, ubicado en el distrito de San Martín de Porres, de la provincia de Lima.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en tratamiento de Hemodiálisis en el HNCH.
- Pacientes ≥ 18 años de edad y ≤ 65 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Presentar situación clínica grave o deterioro cognitivo severo que impida realizar el cuestionario.
- Pacientes gestantes.
- Hospitalización y/o ingreso al servicio de emergencia durante los últimos 3 meses.
- Negativa expresa del paciente.

4.3. MUESTRA:

La muestra estará conformada por los pacientes (60) que asisten su tratamiento de hemodiálisis, 3 veces por semana, que estará conformada por la sesión de:

Lunes, miércoles y viernes: 30 paciente de los cuales 16 portan CVC (15 CVLP y 1 CVCT) y 14 portadores de FAV.

La secuencia de martes, jueves y sábado: 30 pacientes de los cuales 14 portan portan CVC (13 CVLP y 1 con CVCT) y 16 con FAV. Que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

4.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE SEGÚN SU ACCESO VASCULAR	Es la percepción del paciente, en referencia al impacto que tiene el acceso vascular sobre los síntomas y bienestar físico y mental, para tener una vida satisfactoria.	<p>1. Función física</p> <p>2. Función social</p> <p>3. Síntomas</p>	<p>- Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.</p> <p>- Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos.</p> <p>- Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad.</p>	<p>Movilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tengo problemas para caminar - Tengo algunos problemas para caminar - Tengo que estar en la cama <p>Cuidado personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tengo problemas con el cuidado personal - Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme - Soy incapaz de lavarme o vestirme <p>Actividades cotidianas</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas - Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas - Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas <p>Dolor/malestar</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tengo dolor ni malestar - Tengo moderado dolor o malestar - Tengo mucho dolor o malestar

		<p>4. Función psicológica</p> <p>5. Percepción de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de bienestar: sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión - Impresión subjetiva del estado de salud actual o previo, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura 	<p>Ansiedad/depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - No estoy ansioso ni deprimido - Estoy moderadamente ansioso o deprimido - Estoy muy ansioso o deprimido <p>Escala analógica visual Graduada de 0 a 100.</p>
--	--	--	--	---

4.5. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizará es la encuesta, para aplicar el cuestionario **EQ-5D-3L**, que fue presentada en 1990 por el Grupo EuroQol con el fin de proporcionar una medida simple y genérica de la salud para la evaluación clínica y económica. Se utilizará la versión 1.0 para Perú en el idioma español, modificada en el año 2014 (18).

4.5.1 Cuestionario: EQ-5D-3L,

El EQ-5D-3L consta esencialmente de 2 páginas: el sistema descriptivo EQ-5D y la escala analógica visual EQ (EQ VAS).

- El sistema descriptivo EQ-5D-3L: comprende las siguientes cinco dimensiones:
 1. Movilidad,
 2. Autocuidado,
 3. Actividades Habituales,
 4. Dolor / Incomodidad
 5. Ansiedad / Depresión.

Cada dimensión tiene 3 niveles: sin problemas, algunos problemas y problemas extremos. Se le pide al paciente que indique su estado de salud marcando la casilla junto a la declaración más apropiada en cada una de las cinco dimensiones. Esta decisión da como resultado un número de 1 dígito que expresa el nivel seleccionado para esa dimensión. Los dígitos de las cinco dimensiones se pueden combinar en un número de 5 dígitos que describe el estado de salud del paciente.

- El EQ VAS registra la salud autoevaluada verticalmente de 20 cm de longitud, graduada de 0 a 100 y con los rótulos “peor estado de salud imaginable” y “mejor estado de salud imaginable” en las puntuaciones 0 y 100, respectivamente. El SVA se puede utilizar como una medida cuantitativa del resultado de salud que refleja el propio juicio del paciente.

Además se recogerán datos sociodemográficos: edad, sexo, el tiempo en meses en hemodiálisis, tipo del AV (si es FAVI o CVC), edad en meses del acceso vascular.

Administración del Cuestionario:

La administración del cuestionario durará entre 10 y 15 minutos. Será auto administrado. Se verificará que todas las respuestas hayan sido respondidas antes de recoger el cuestionario.

4.6. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

4.6.1. Análisis estadístico

Lo datos que se obtendrán se presentarán mediante:

- **El sistema descriptivo como un perfil de salud:** Donde se dividirá los niveles EQ-5D en "sin problemas" (es decir, nivel 1) y "problemas" (es decir, niveles 2 y 3), cambiando así el perfil en frecuencias de problemas informados. Esta información se presentará comparando las distribuciones por grupos con determinadas características (p. ej., edad, sexo, el tiempo en meses en hemodiálisis, tipo del AV (si es FAVI o CVC), edad en meses del acceso vascular).
- **EQVAS:** La calidad de vida se medirá según los resultados del EQ VAS como una medida del estado general de la salud autoevaluada, dando los siguientes valores:

Buena calidad: EVA >69

Regular: EVA 69-40

Deficiente: EVA < 40

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

5.1. PRINCIPIOS ÉTICOS

El estudio será presentado al comité de ética del Hospital Nacional Cayetano Heredia, para lo cual se realizarán las coordinaciones necesarias que permitan aplicar el instrumento para la recolección de datos. Los pacientes participantes serán informados previamente sobre este estudio; será de carácter anónimo y confidencial, respetando la autonomía del paciente y el derecho a decidir si desean o no participar en el estudio. Se aplicaran los principios éticos:

- **Beneficencia:** El paciente participante se beneficiara con una capacitación sobre cuidados del acceso vascular y también los resultados de este estudio serán entregados a la jefatura de enfermería de la unidad de hemodiálisis para su respectiva evaluación y así mejorar la calidad de vida del paciente y también seguir una línea de investigación

- **No maleficencia:** Este estudio no causara daño o riesgo a los participantes, porque respetará la integridad física y psicológica durante la aplicación de la instrumento de investigación. Este estudio será de forma anónima.

- **Autonomía:** El estudio respetará a las personas como individuos autónomos reconociendo su decisión de aceptar o rechazar participar en la investigación, mediante un consentimiento informado.

- **Justicia:** los participante de la investigación serán tratados por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizándolos adecuadamente a las acciones a realizar en el estudio.

5.2. DIAGRAMA DE GANTT.

ACTIVIDADES	2016 - 2017																							
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ELABORACIÓN DE PROYECTO	■	■	■	■																				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA					■	■	■	■																
CONSTRUCCIÓN DE LAS BASES TEÓRICAS									■	■	■	■												
FORMULACION DE HIPOTESIS											■	■	■	■										
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES													■	■	■									
DESARROLLO DE LA METODOLOGIA																	■	■	■					
ELECCION DE LA POBLACION Y MUESTRA.																			■	■	■	■		
ELABORACION DE LOS INSTRUMENTOS																					■	■		
ELABORACIÓN DEL INFORME																						■	■	■
ASESORIAS Y CORRECCIONES		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO																						■	■	■

5.3. PRESUPUESTO:

DESCRIPCIÓN DE ASIGNACIONES ESPECÍFICAS	SUB TOTAL S/	TOTAL S/
REMUNERACIONES		
• Asesorías	200.00	400.00
BIENES		
Materiales y útiles de Oficina		
• 2 millares de papel bond A-4 80 gr	20.00	40.00
• 2 millares papel bond oficio 75 gr	22.00	44.00
• Una caja de lápices	1.50	6.00
• Una caja lapiceros: rojo, azul, negro	1.80	10.00
• 50 folder manila	0.70	3.50
• 5 plumones resaltador de textos	2.00	10.00
Materiales y útiles de enseñanza		
• Libros, textos y otros materiales impresos	45.00	100.00
• Otros materiales diversos de enseñanza	15.00	100.00

DESCRIPCIÓN DE ASIGNACIONES ESPECÍFICAS	SUB TOTAL S/	TOTAL S/
Servicio de procesamiento de datos e informática		
<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento de datos • Soporte técnico 	10.00 15.00	40.00 30.00
Contratación de servicios		
Viajes <ul style="list-style-type: none"> • Pasajes y gastos de transporte 	30.00	300.00
Servicio de publicidad, impresiones, difusión e imagen institucional		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de publicidad • Servicio de impresiones, encuadernación y empastado. 	30.00 150.00	90.00 400.00
Servicio de telefonía e internet		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de telefonía móvil • Servicio de internet 	0.50 1.00	30.00 60.00
		1263.50

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández López J. Fernández Fidalgo M. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) Rev. Esp. Salud Pública Madrid. 2010; volumen (84): 2.
2. Velarde E. Avila C. Evaluación de la calidad de vida. Rev. Salud Pública México. 2002; volumen (4): 349-361.
3. Falcón M. Reig A. Sarro F. Ferrer R. Arenas D. González F. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). DYT. 2004; Volumen(2): 79-92
4. Coresh J. Andrew S. Las guías de práctica National Kidney Foundation para la enfermedad renal crónica, la evaluación, clasificación y estratificación. Am Intern Med. 2003; Volumen (139): 137-147.
5. Bohórquez Sierra J. Accesos vasculares para hemodiálisis. Complicaciones: aneurismas verdaderos y falsos, hemorragias y roturas del acceso vascular. Angiología. 2005; volumen (57): 117-127.
6. Pelayo Alonso R. Cobo Sánchez J. Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis Rev. Soc. Esp. Enferm .Nefrol. 2011; volumen (14): 4.
7. Seguí Gomá A. Amador Peris P.; Ramos Alcario A. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis Kidney Centers Holding S.L. Tarragona. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. 2010; volumen (13): 3.

8. Zúñiga SM. Dapuetto P. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36). Rev Méd. Chile 2009; volumen (137): 200-207
9. Contreras F. Esguerra G. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia. Acta Colombiana de psicología. 2007; volumen (2): 169-179.
10. Contreras F. Esguerra G. Calidad De Vida Y Adhesión Al Tratamiento En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica En Tratamiento De Hemodiálisis Universidad Santo Tomás, Bogotá. Rev. Univ. Psychol. 2006; volumen (5):3.
11. Aroila R. Calidad De Vida: Una Definición Integradora. Universidad Nacional De Colombia. Revista Latinoamericana De Psicología. 2003; Volumen (35): 161-164
12. Fernández Samos R. Álvarez A. Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. Angiología. 2005; volumen (57): 85-98
13. Dehesa López E. Enfermedad renal crónica; Definición Clasificación. Rev. El Residente. 2008; volumen (3): 73-78.
14. Flores J. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev Méd Chile. 2009; Volumen (137):137-177
15. Velez A. Fundamentos de medicina nefrología. Volumen 30. 5ta edic. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2012.
16. Bajén Lázaro T. Manual de accesos vasculares. Volumen 1. 1ra edic. España: INDD; 2010.

17. Nissenson R. Manual de diálisis. Volumen 20. 4ta edic. Barcelona: Saunders; 2008.
18. Euroqol. Org [internet]. Rotterdam: Euroqol; 1987 [actualizado 22 Cctubre 2017; citado 22 Octubre 2017]. Disponible en: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/faqs/>.

ANEXO 2
Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D 3L)

13.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad		
No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo que estar en la cama	<input type="checkbox"/>	
Cuidado personal		
No tengo problemas con el cuidado personal	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)		
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Dolor/malestar		
No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo moderado dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
Ansiedad/depresión		
No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)		
Mejor	<input type="checkbox"/>	
Igual	<input type="checkbox"/>	
Peor	<input type="checkbox"/>	

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hoy hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

El mejor estado de salud imaginable

SU ESTADO DE SALUD HOY

El peor estado de salud imaginable

ANEXO 3
SESIÓN EDUCATIVA DE CUIDADO DE
ACCESOS VASCULARES

AUTOCAUIDADO DEL ACCESO VASCULAR EN PACIENTES CON HEMODIALISIS

Los riñones tienen 5 funciones principales.



¿QUÉ PASA CUANDO FALLAN NUESTROS RIÑONES?



Enfermedad Renal Crónica (ERC)

El daño es progresivo e irreversible

Usted puede sentirse cansado, sin aliento, o tener la piel hinchada y la presión alta

¿CÓMO REEMPLAZAR LAS FUNCIONES?

•Terapia de reemplazo renal (TRR) •Diálisis



•Hemodiálisis •Diálisis Peritoneal

•Dieta

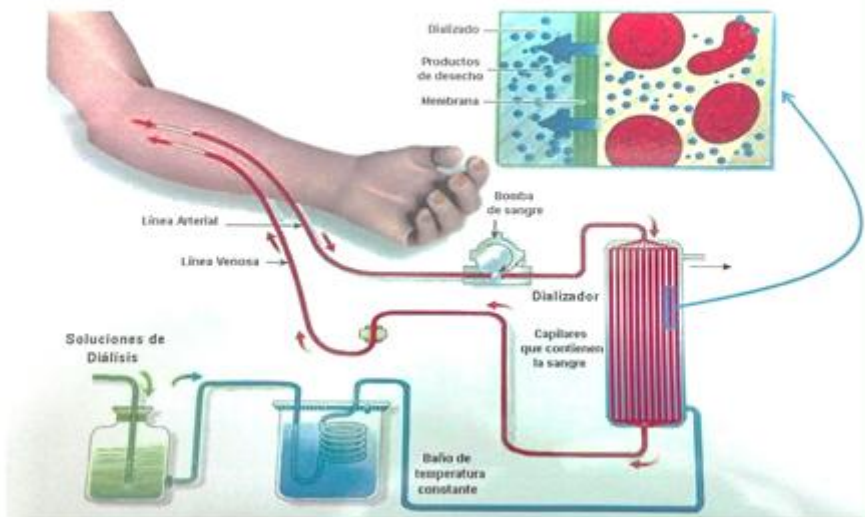


•Trasplante



•Medicamentos

Hemodiálisis



¿QUÉ ES UN ACCESO VASCULAR?



•Crear una entrada



•Operación de cirugía menor



•Acceso Vascular

SE PUEDEN CREAR DE 3 FORMAS DISTINTAS



1. FISTULA ARTERIOVENOSA



2. INJERTO



¿Qué cuidados debe mantener cuando tiene una fístula arterio venosa?

Si la Fístula A-V o Injerto es de reciente creación, tenga los siguientes cuidados en las primeras 48 horas:

①



Mantenga el brazo en alto. ✓

②



Observe los gases en busca de sangrado ✓

3. CATÉRES VENOSOS CENTRALES

•Temporal



•Tunelizado



Mantenga los siguientes cuidados al 3er ó 4to día de creación

①



Inicie ejercicios con la mano ✓

②



Comprima las venas superficiales de la axila ✓

③



Higiene corporal protegiendo la zona ✓

④



Palpar diariamente el thrill ✓

Si la fístula o injerto esta en uso, Recuerde siempre:

①



• No golpes ni rozaduras

②



• No use joyas

③



• No duerma sobre el brazo

④



• No cargue o levante

⑤



• No lo permita NUNCA

⑨



• No debe haber dolor ni hinchazón

⑥



• No use vendajes compresivos Ni se tome la presión

⑦



• No saque las costras

⑧



• No use jabones que resecan la piel.

¡NO!

Siempre...

①



- Aseo general

②



- Lávese las manos

③



- Retire suavemente

④



- Aplique crema humectante



⑧



- Aplicar pomadas

⑤



- Controle su FAV

⑥



- Controle su PA

⑦



- Pida rotar puntos de canulación

Cuidado!!!!

①



- Controle la ingesta de líquidos entre diálisis. No más de 1.5 a 2 litros



②



- Sobrepeso no debe ser mayor a 3 kilos

③



- Diarreas

④



- Dolor, hinchazón o supuración

⑤



- Solo el personal de la unidad de diálisis

CUIDADOS PREVIOS A SU TERAPIA...

①



- Lávese las manos con jabón antiséptico

②



- Lave las zonas de punción

③



- Seque con papel toalla

④



- Evite roces y contactos

Cada día sin excepción, debe lavarse el brazo, antes de entrar a su tratamiento

¿Qué cuidados debe mantener, cuando tiene un catéter venoso central para hemodiálisis?

Mantenga los siguientes cuidados:

1



Higiene corporal

2



Lávese el cabello fuera de la ducha

3



Lávese las manos.

4



Mantenga los apósitos limpios y secos

5



Duerma del lado opuesto de su catéter

6



Use ropa holgada y cámbiese a diario

7



Evite los baños de inmersión

Siempre comunique a su médico y enfermera:



Si presenta fiebre o escalofríos



Sangrado



Dolor u otras molestias



Desplazamiento del catéter

Cuidados previos a la sesión de hemodiálisis

①



Cabello limpio y recogido

②



Acondicione un bibidí interior para facilitar el manejo y la curación del catéter

Cuidados durante la sesión de hemodiálisis

①



El catéter sólo debe ser manipulado por el personal de salud.

②



Use gorro y mascarilla

Son medidas que disminuyen el riesgo de que su catéter se infecte.

Cuidados durante la sesión de hemodiálisis

El Personal de salud deberá:

3



Observar el orificio del catéter ✓

4



Curará el catéter ✓

De presentar el orificio de salida del catéter, signos de infección, el personal de salud, realizará las curaciones en cada sesión de hemodiálisis hasta que la infección se resuelva.

¿Qué hacer en caso de...?:

... salida del catéter?

- ✓ Con un paño limpio presione sobre el orificio de inserción.

...ruptura del catéter?

- ✓ Acude y presione el catéter, y cubra con paño limpio



Acuda inmediatamente al servicio de emergencia de su hospital de origen.