

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Conocimientos, aptitudes y prácticas sobre los hábitos saludables en el estilo de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis del Centro Dial Ibarra en el periodo Noviembre 2009 Agosto 2010.

**Justificación**

Esta encuesta la realizamos con el fin de poder obtener información sobre el estilo de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, la misma que nos ayudara a desarrollar la investigación adecuadamente. Sus respuestas son confidenciales, le agradecemos su colaboración.

**Nº de Encuesta**

**Fecha:**

D:	M:	A:
----	----	----

**1. Datos Generales:**

1.1 Nombre:.....

1.2 Edad:.....

1.3 Residencia.....

1.4 Sexo: Masculino  Femenino

**Cuestionario:**

**HÁBITOS ALIMENTICIOS**

1.- ¿Tiene conocimiento sobre los alimentos que debe consumir?

SI  NO

2.- ¿Qué alimentos consume con regularidad?

Tubérculos  Arroz  Carnes blancas

Harinas  Carnes Rojas

Verduras  Hortaliza

3.- Cuántos vasos de agua consume al día?

Dos vasos  Cuatro vasos  Ocho vasos  Otras  ¿Cuánto?

4.- Limita su consumo de grasas: (Mantequilla, Queso, Crema, Carnes grasosas, Helado, Mayonesa, Salsas en general)

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Nunca

5.- Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Nunca

6.- Consume alimentos salados.

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Nunca

7.- ¿Cumple la dieta que le sugiere el médico?

SI  NO

8.- Mantiene un horario regular en las comidas?

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Nunca

### **ACTIVIDAD FÍSICA**

1.-De los siguientes actividades físicas, cuál realiza usted?

Caminar  Trotar  Bicicleta  Otros (Cuál)  .....

2.- Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión?

SI  NO

### **CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

1.-Fuma cigarrillo o tabaco.

Siempre  Frecuentemente  Algunas veces  Nunca

2.-Consume licor al menos dos veces a la semana.

SI  NO

3.-Consume mas de dos tazas de café al día?

SI  NO

### **SUEÑO Y DESCANSO:**

1.- Incluye tiempos de descanso en su rutina diaria.

SI  NO

2.- Duerme bien y se levanta descansado?

SI  NO

3.- Duerme al menos 7 horas diarias?

SI  NO

**ENFERMEDAD**

1.- ¿Qué aspectos conoce a cerca de la enfermedad?

Alimentación  Actividad Física  Medicación  Hemodiálisis

2.- ¿Cumple con las citas para el control de la enfermedad?

SI  NO

**HEMODIALISIS:**

1.- ¿Cumple con el tratamiento indicado por el médico?

SI  NO

2.- ¿Cuántas veces a la semana se somete al procedimiento de Hemodiálisis?

Una vez a la semana  Dos veces a la semana  Tres veces a la semana

3.- ¿Qué cuidados especiales realiza usted antes de someterse a Hemodiálisis?

.....  
.....  
.....

4.- ¿Qué cuidados especiales realiza usted después de someterse a Hemodiálisis?

.....  
.....  
.....

5.- ¿Cómo se siente después del procedimiento de hemodiálisis?

Relajado  Fatigado  Otras

(¿Cuáles?).....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**