



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



Factores Personales Relacionados con el Nivel de Tolerancia del
Paciente al Tratamiento Hemodialítico en el Hospital Nacional
Guillermo Almenara Irigoyen en los meses de
Noviembre – Diciembre 2005

Tesis para otorgar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Elizabeth Vanessa, Márquez Morales

Lima – Perú
2006

*Para mi madre Carmen en la distancia,
por su comprensión y apoyo permanente
que me brinda en la formación de mi
carrera profesional.*

*A la Congregación Hijas de San Camilo por sus
palabras, apoyo y cariño brindado en todo
momento de mí carrera.*

AGRADECIMIENTO

- ❖ A Dios por la fortaleza y la inspiración de que cada día... "Si se puede".
- ❖ A mis profesores por su sabiduría y conocimiento brindado.
- ❖ A mi padre, que a pesar de las dificultades cada día es un reto.
- ❖ A mis hermanitos por su ingenuidad y por todo lo que significan para mí.
- ❖ A mis amigos por los momentos compartidos y la dicha de haberlos conocido.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación existente entre los factores personales del paciente y el nivel de tolerancia que evidencia al tratamiento hemodialítico en el servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en los meses de Noviembre – Diciembre del 2005.

El grupo de estudio está conformado por 30 pacientes que reunieron los criterios de inclusión y exclusión de ambos sexos con edades entre 31 - 62 años. Se utilizó el método descriptivo correlacional, de corte transversal, los datos fueron recolectados a través de un cuestionario en donde se determinó el nivel de conocimiento y el segundo cuestionario una escala tipo likert para valorar las actitudes que presentan frente al tratamiento de hemodiálisis y una lista de cotejo donde se determinó el nivel de tolerancia al tratamiento, previamente confiable y validada. Finalizado el trabajo de campo se realizó el análisis estadístico de los datos, donde se concluyó que entre los factores personales del paciente como la edad, tiempo de tratamiento, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y las actitudes, mostraron relación significativa con el nivel regular de tolerancia del paciente a la hemodiálisis.

Palabras clave: Tolerancia - Hemodiálisis - Factores Personales – Enfermería.

SUMMARY

During the months of November – December 2005, the goal of this research was to determine the relationship that exists among the personal factors of the patient and the level of tolerance that's observed towards the hemodialytic treatment in the Hemodialysis service of the Guillermo Alemenara Irigoyen State Hospital.

The study group consisted of 30 patients that all met the inclusion and exclusion criteria of both genders with ages ranging between 31-62 years of age. A cross-sectional correlation descriptive method was performed; a questionnaire was used to collect the data in order to determine the awareness level and a second questionnaire, the Likert scale, was used to rate the attitudes that show up in front of the Hemodialysis and a check list was used in order to determine the tolerance level towards the previously reliable and validated treatment. At the end of the field work, a statistical analysis of the data was performed, where it was concluded that among the personal factors of the patient, such as age, the duration of the treatment, the awareness level of the disease and the attitudes, showed a significant relationship with the regular tolerance level of the patient towards the Hemodialysis.

Key Words: Tolerance – Hemodialysis – Personal Factors - Nursing

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económica y social del paciente como el de la familia, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar que afecta notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce de que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis; ya que deben asumir una situación para la que nunca se está suficientemente preparado.

El daño orgánico irreversible propio de la enfermedad exige un procedimiento de circulación extracorpórea, por consiguiente complicaciones electrolíticas, hemodinámicas, técnicas y otras causas que limitan una buena calidad de diálisis lo que conlleva al deterioro progresivo del paciente aumentando la morbi-mortalidad.

El propósito del estudio es conocer las variables que interactúan en el proceso del cuidado, de manera que ésta valoración permita direccionar con eficiencia y humanismo las intervenciones profesionales e interprofesionales de modo que la familia y paciente puedan potenciar sus capacidades de cuidado.

Para mejorar la comprensión se han desarrollado cinco capítulos apoyados para ello en la inquietud, curiosidad, la lectura y la revisión bibliográfica, así como la consulta de expertos en la materia.

Capítulo 1: Se describe el planeamiento y formulación del problema, se define los objetivos, importancia y justificación, así como las limitaciones del estudio.

Capítulo 2: Se expone la revisión de literatura o antecedentes, bases teóricas en que se sustenta el estudio, definición de términos, la hipótesis y las variables de estudio.

Capítulo 3: Se describe el tipo y método de estudio, el área donde se llevó a cabo la investigación, la población y muestra con los respectivos criterios de inclusión y de exclusión; así mismo se describe la técnica e instrumentos de la recolección de datos, la validez y confiabilidad de los instrumentos, como también el procesamiento de los datos.

Capítulo 4: Se presentan los datos generales y el análisis de éstos, así como su importancia y discusión; se confronta con la literatura y otros estudios.

Capítulo 5: Se describe las conclusiones a las que se llegó con el estudio y se aporta a las enfermeras algunas recomendaciones sobre el tema.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA	9
1.1 Planteamiento del Problema.....	9
1.2 Formulación del Problema	11
1.3 Objetivos de la Investigación	11
1.3.1 Objetivo General	11
1.3.2 Objetivo Específico	12
1.4 Importancia y Justificación	12
1.5 Limitaciones del Estudio.....	13
CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO	14
2.1 Antecedentes del Estudio	14
2.2 Bases Teóricas.....	16
2.3 Definición de Términos.....	47
2.4 Hipótesis.....	48
2.4.1 Hipótesis General	48
2.5 Variables	48
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE ESTUDIO	49
3.1 Tipo de estudio	49
3.2 Área de estudio.....	49
3.3 Población y muestra	49
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
3.5 Procesamiento de recolección de datos.....	50
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	52
4.1 Análisis de los Resultados.....	52
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
5.1 Conclusiones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La insuficiencia renal crónica como consecuencia de múltiples etiologías entre las que destacan, la Diabetes Mellitus, el Lupus Eritematoso, la Glomérulo Nefritis y la Hipertensión arterial, afecta severamente las funciones renales causando invalidez y elevados índices de mortalidad.

Los pacientes y la familia enfrentan el reto de realizar esfuerzos adaptativos que implican cambios radicales en su estilo de vida; ambos sienten que no volverán a ser y a vivir como lo hacían antes de que empezara la enfermedad. Se compromete la salud en todas sus dimensiones: biológico, emocional, social y espiritual; por lo que tendrá que ingresar a alternativas de sustitución de la función renal lo que representa el contacto con una tecnología impresionante y molesta, el equilibrio hidroelectrolítico, la presión arterial y el peso han de ser constantemente vigilados sin dejar de lado las restricciones de líquidos.

Desde la perspectiva psicosocial, se genera un intenso trabajo para salir de la crisis utilizando una serie de recursos que no siempre conducen a la persona a participar activamente en el desarrollo de procesos adaptativos, de plena adherencia y tolerancia al tratamiento hemodialítico.

Caporale (2005. p.1) precisaba que el conocimiento profundo y consciente de los factores que tienen vinculación con la seguridad y eficiencia de la diálisis ayuda a canalizar el trabajo con los problemas más frecuentes de los pacientes renales; la hipertensión arterial en este sentido es un gran predictor de

morbimortalidad en pacientes que se dializan y más en el 85% de los pacientes que siendo diabéticos, son hipertensos en la fase avanza de la enfermedad.

Charlin de Groote (2002, p. 155). Observó en su experiencia que, cuando el paciente ingresaba a la diálisis con déficit de información y actitudes nutricionales negativas, era difícil revertir el problema de cuando iniciar la diálisis, porque se encontraban practicando dietas tan severas que el malestar comprometía el cumplimiento de la hemodiálisis; sin embargo una vez iniciada, liberaba al paciente de regímenes dietéticos restrictivos, mejorando el estado nutricional y en general todo el tratamiento.

El procedimiento dialítico en sí exige una circulación extracorpórea con un flujo de 250 a 350ml/min que después de exponer la sangre del paciente a través de una membrana sintética semipermeable en una solución predeterminada, se reintegra el organismo aproximadamente en 4 horas y se practica 3 veces por semana. En esta realidad es inevitable el surgimiento de una serie de eventos favorables y adversos que exigen conocimiento y actitud anticipatoria por parte del propio paciente, su familia y la enfermera. Se logra corregir el sobrepeso y disminuir problemas humorales; sin embargo no se está exento del sangrado, hipotensión, calambres y otras molestias, que es necesario atender no solo por la alteración biológica y los riesgos que conlleva, sino por el impacto en la vida personal.

Este problema crónico, lo experimentan 1 por cada 2000 personas, siendo 2,154 los casos que corresponden a Lima; la Organización Mundial de la Salud considera que es una de las afecciones más costosas y ninguna de las alternativas terapéuticas es totalmente completa, todas tienen implicancias cardiovasculares, neurológicas, hematopoyéticas y metabólicas, por lo que urge indagar el grado de

identificación de los pacientes con su enfermedad y los modos de autocuidado que practican.

La experiencia hospitalaria abunda en situaciones donde la insuficiencia renal está avanzada; en servicios médico quirúrgicos lo mismo que en emergencia y terapia intensiva, estos pacientes son tributarios de hemodiálisis y en algunos momentos acuden por encontrarse descompensados, lucen taciturnos, con la piel oscura y presencia de edemas, conocen su enfermedad pero se muestran reacios a aceptar los cambios que ocurren en ellos y a veces manifiestan su deseo de abandonar el tratamiento; es así como a partir de estas observaciones surgieron interrogantes como:

¿Cuáles son las características personales de los pacientes en hemodiálisis?;

¿Qué conocimientos tienen sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento?

¿Cuál es su modo de reaccionar frente a los cambios que requiere el tratamiento diálítico?

¿Qué tolerancia evidencian los pacientes a las técnicas de depuración extracorpórea en las que participan?

Formulando el interrogante del estudio de la siguiente manera:

1.2 Formulación del Problema

¿Cómo se relacionan los factores personales del paciente; con el nivel de tolerancia al tratamiento hemodialítico?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación existente entre los factores personales del paciente y el nivel de tolerancia que evidencia al tratamiento hemodialítico.

1.3.2 Objetivo Específico

1. Identificar los factores personales de los pacientes con el tratamiento hemodialítico permanente.
2. Establecer el nivel de tolerancia del paciente hemodializado en las esferas biológicas y psicosociales.
3. Analizar la relación entre los factores personales y el nivel de tolerancia al tratamiento dialítico .

1.4 Importancia y Justificación

La evaluación de los factores personales del usuario y la relación que guarda con la tolerancia observada en el paciente a la alternativa de sustitución renal es de suma importancia porque corresponde a las fortalezas que posee para afrontar los efectos, cambios y riesgos que conlleva la hemodiálisis como tratamiento continuo y prolongado.

Ningún ser humano puede mantenerse inalterable ante formas de tratamiento que movilizan no solo solutos y volúmenes sanguíneos para reemplazar la función renal, sino que paralelamente condiciona respuestas variadas a nivel de todos los aparatos y sistemas generando inestabilidad y riesgos vitales, cambian los estilos habituales de vida y trabajo y afectan por tanto la calidad de vida.

La enfermera como agente de cuidados, conoce que el acto de cuidar es principalmente producir un bien en la persona cuidada que vive las experiencias de salud - enfermedad; un modo de producir ese bien es conocer el modo como se relacionan la persona, su entorno y los procedimientos hemodialíticos de manera que esta valoración le permita direccionar con eficiencia y humanismo las intervenciones profesionales e interprofesionales en el equipo de salud.

Conocer las variables que interactúan en el proceso de cuidar de modo sistemático como lo es en un trabajo científico es un modo de socializar los problemas y necesidades de pacientes y personal de salud, posibilitando la revisión del trabajo actual y el descubrimiento de nuevas oportunidades de mejoramiento, de cómo ayudar al paciente y familia a potenciar sus capacidades de cuidado biológico y psicosocialmente satisfactorio; solo así se apertura el camino para la aceptación de la enfermedad y la optimización de la experiencia en la vivencia de una espiritualidad donde la vida que se proyecta se vive plenamente, es decir con calidad.

1.5 Limitaciones del Estudio

El servicio de hemodiálisis por ser una unidad de alta especialidad y por la complejidad del paciente, no fue fácil el acceso del estudiante de pre-grado evidenciándose en el tamaño de la muestra, por lo que no es posible lograr un alto grado de generalización de los resultados.

CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del Estudio

A continuación se presentan algunos antecedentes que se acercan al estudio.

A nivel Nacional:

Ballena Fernández N. (2002). ***Percepciones del paciente con Insuficiencia Renal Crónica sobre su enfermedad y tratamiento de hemodiálisis.***

Lima. Se concluyó que: La enfermedad es percibida por el paciente como la pérdida de su independencia lo cual les trae pensamiento de minusvalía y sentimientos negativos. El paciente percibe su tratamiento de hemodiálisis como la única manera de seguir viviendo, un breve periodo de bienestar lo cual está dado por sentimientos de dependencia y bienestar. Los pacientes muestran cambios visibles y permanentes en su imagen corporal por la enfermedad haciendo que tenga una percepción poco satisfactoria de su cuerpo. Los pacientes que no cuentan con apoyo de su familia experimentan sentimientos de soledad y abandono lo cual les trae sentimientos de abandono y fracaso.

Rodríguez Apaza, R. (2000) ***Nivel de Ansiedad, Depresión y participación del paciente en el tratamiento de hemodiálisis en la clínica San Fernando.*** Lima tuvo como objetivo determinar la influencia del nivel de ansiedad y depresión en la participación de los pacientes en el tratamiento hemodialítico. Se concluyó que los pacientes que tienen más tiempo recibiendo el tratamiento de hemodiálisis presentan nivel de ansiedad de los que tienen menos grado de presión. El mayor número del grupo de estudio tiene una buena participación en su tratamiento. Los pacientes que tienen mayor tiempo con el tratamiento de hemodiálisis presentan menor grado de depresión. La mayoría de pacientes con el tratamiento de hemodiálisis del grupo de estudio fluctúan entre los 45 - 54 años de edad.

Napan Navano, M (2002) **Nivel de conocimientos en pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar en una actividad educativa de enfermería Centro de Diálisis del Norte** Lima. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos que tienen los paciente sometidos a ,hemodiálisis luego de participar en una actividad- educativa de enfermería y concluyo que hay una modificación significativa, ya que antes de la aplicación de la misma, el 84% (26) de los pacientes tenía el nivel de conocimiento medio y bajo, luego de la actividad educativa, la mayoría 97% (30) obtuvo un nivel de conocimiento de medio a alto. Acerca del nivel de conocimientos sobre su tratamiento, la mayoría de los pacientes (90%) antes de la actividad educativa tuvo un nivel de conocimientos ubicado en su mayoría de medio a bajo, después de aplicar la actividad educativa donde el 81 % de los pacientes obtuvo un conocimiento alto y solo el 19% de ellos conocimiento medio.

A nivel Internacional:

Departamento de Psicología Médica, facultad de Medicina servicio de Asistencia Integral Renal (SARI), (1997). **Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis**. Uruguay, tuvo como objetivo. Evaluar la calidad de vida de paciente en hemodiálisis. Se concluyó que en los primeros tres años de diálisis se observa una progresiva mejoría en los aspectos físicos emocionales y sociales, lográndose luego una estabilización.

Munzenmayer, J; Barra, E y otros (1988 al 2004). **Caracterización y . análisis de seguimiento de pacientes durante 15 años en centros de diálisis**. Concepción. Tuvo como objetivo determinar las causas de mortalidad, etiología de ingreso y la sobrevida general. Se concluyó que los diabéticos tienen mala sobrevida en hemodiálisis, especialmente mayores de 50 años. Las causas de muerte son las mismas que las reportadas a nivel nacional e internacional (causas

cardiovasculares y cerebrovasculares). La diálisis con bicarbonato no mejoró el pronóstico de supervivencia. El acceso a trasplante renal sigue siendo muy limitado.

Vinokur, E; Bueno, D.(2002) **Aspecto Psicológico de paciente Renal Argentina**. Tuvo como objetivo evaluar procesos y reacciones psicológicas del paciente en hemodiálisis su contexto familiar y la actividad del abordaje psicológico en los mismos. Se concluyó que la lesión de órgano o la enfermedad traerá aparejado a nivel psicológico la angustia como consecuencia de que el paciente no podrá ligar la energía psicológica a una idea- o representación. Los factores psicológicos asociados a la enfermedad orgánica tienen consecuencias prácticas significativas en la evolución orgánica, agregando complicaciones diagnósticas y terapéuticas en caso de no ser tenidos en cuenta en el diagnóstico integral de la enfermedad. Al paciente renal no se le puede abordar aisladamente con la inclusión de la familia como estrategia terapéutica. El abandono familiar y la falta de contención es debido a la no realización de acciones terapéuticas dirigidos a ellos. La familia merece un espacio psicológico, frente al diagnóstico de una enfermedad orgánica para poder elaborar mecanismos de adaptación, enfermedad al sufrimiento y a los duelos, confrontándose con su propia mortalidad.

2.2 Bases Teóricas

Insuficiencia Renal - Fisiopatología Consecuencias

El sistema renal comprende dos riñones, dos uréteres, una vejiga y una uretra, eliminan del cuerpo impurezas que están de más en la sangre y que el organismo no necesita, esto lo hacen a través de la orina, elimina el líquido extra que hay en el cuerpo, ayudan a mantener la presión de la sangre dentro de los límites normales y protegen los dientes y los huesos, evitando que pierdan minerales como calcio, ayudan a regular el pH, función endocrina (eritropoyetina,

vitamina D, prostaglandina, sistema renina angiotensina). Decimos que un órgano es insuficiente cuando no es capaz de realizar correctamente la función que tiene asignada. La insuficiencia renal se refiere al daño transitorio o permanente de los riñones.

El deterioro de la función renal puede ocurrir por una pérdida progresiva del número de nefronas o por su deterioro funcional, conservando el número o puede ser por una combinación de ambos.

Bricker (1986) expone la teoría de la “nefrona intacta”, las nefronas funcionantes compensan la pérdida de las demás hipertrofiándose para mantener la homeostasis.

Los riñones son vulnerables a múltiples trastorno, que van desde una infección e inflamación que puede ser causa de disfunción transitoria, hasta enfermedades congénitas e inmunitarias, que puede provocar insuficiencia renal crónica. La patología renal provoca grandes variables de disfunciones y se clasifica en insuficiencia renal aguda (IRA) e insuficiencia renal crónica (IRC)

En la IRA la función renal se deteriora con rapidez y se recupera gradualmente, en cambio la IRC las membranas basales del parénquima sufren daño permanente, perdiendo su función en forma lenta e irreversible. Estos procesos afectan en última instancia al glomérulo alterando la capacidad de filtración, la que lleva al paciente a un estado tóxico producto de la retención de los constituyentes de la orina en sangre: urea, creatinina, ácido úrico y otros productos terminales del metabolismo proteico que en determinadas concentraciones contribuye a la aparición de signos y síntomas como debilidad, anorexia, náuseas, vómitos, edema (síndrome urémico).

Aunque en la insuficiencia renal existe un deterioro de la mayoría de las funciones, el grado de afección renal se mide valorando el filtrado glomerular que es expresión de la reducción o deterioro de las nefronas. La disminución del filtrado glomerular está provocado por la pérdida progresiva del número de nefronas funcionantes, hablamos de ello cuando el filtrado glomerular es inferior al 20 -25%, es decir cuando se ha perdido el 80 – 90% de la función renal.

Existe cuatro fases bien marcadas de la insuficiencia renal crónica:

1. Fase inicial de la destrucción de nefronas.

La insuficiencia renal latente comprende la etapa evolutiva de la neuropatía crónica de su comienzo hasta que la capacidad funcional de la nefrona llega entre el 60-89%. La persona no suele presentar síntomas porque las nefronas restantes son capaces de cumplir con las funciones normales de los riñones.

2. Fase intermedia de destrucción nefronal

La insuficiencia renal compensada tiene una función renal de 30 al 59%, se produce importantes alteraciones del medio interno sobre todo vinculados a la depleción de agua y electrolitos, deshidratación, hiponatremia, hipocalemia.

3. Fase de insuficiencia descompensada

Se conserva entre el 15 y 29% de la función renal, hay síntomas clínicos que hacen evidente la insuficiencia renal crónica, desarrollándose los fenómenos del síndrome urémico y el paciente está cercano a ingresar a diálisis.

4. Fase de insuficiencia renal Terminal

La función renal es menor del 15% y el paciente está sintomático, el cuadro urémico se instala en toda su extensión clínico - humeral y debe ser tratado con diálisis y/o trasplante renal.

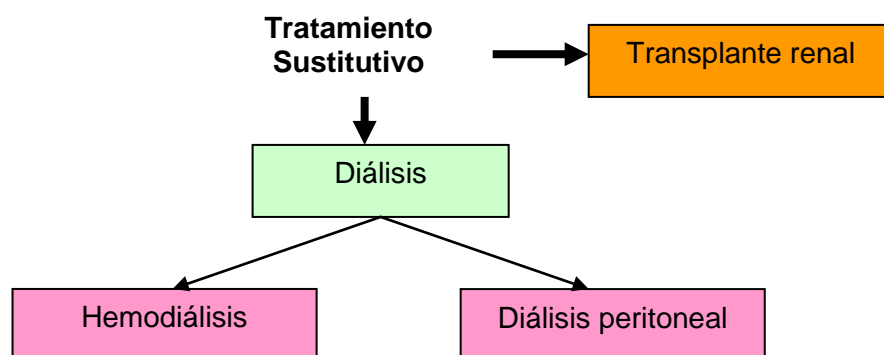
La acumulación de sustancias nitrogenadas en sangre trae como consecuencia desequilibrio en la composición química corporal de órganos y sistemas como el cardiovascular, hematológico, digestivo, nervioso y músculo esquelético al igual que en la piel y aparato reproductor. Las alteraciones cardiovasculares como la hipertensión, la insuficiencia cardiaca congestiva, se debe al exceso de sodio y agua o por el mal funcionamiento del sistema renina angiotensina. La pericarditis ocasionada por la irritación de recubrimiento pericárdico por las toxinas urémicas. La hiperpotasemia es característica de la nefropatía terminal, la misma que puede producir depresión de la fuerza contráctil del miocardio y cambios en el electrocardiograma.

Al aumentar los niveles séricos de fósforo disminuyen los niveles plasmáticos de calcio, siendo este último la que estimula la secreción de la hormona paratiroidea como resultado el calcio sale de los huesos; la eritropoyetina sustancia que sintetiza los riñones estimula la eritrogenénesis en la médula ósea, en la insuficiencia renal disminuye la producción de esta hormona por lo que aparece la anemia y otro factor que contribuye es la reducción del tiempo de vida de los eritrocitos debido a su destrucción por las altas concentraciones de toxinas urémicas. En la uremia la piel tiene aspecto pálido terroso (bronce grisáceo), seco y escamoso. La palidez refleja la anemia, el aspecto terroso es debido a una tendencia a la hiperpigmentación como resultado de mayores niveles tisulares de betacarotenos y urocromo. Es habitual observar lesiones de rascado, como consecuencia del prurito. En fases avanzadas puede aparecer la "escarcha urémica", que surge como consecuencia de la eliminación de la urea por el sudor y cuando este se evapora, la urea se cristaliza en la piel dándole un aspecto blanquecino como si fuera descamación; las petequias y equimosis debido a los trastornos de hemostasia y lesiones de tipo ampollosas con o sin relación a pequeñas necrosis cutánea como consecuencia de la calcificación de vasos

cutáneos. Asimismo se puede evidenciar alteraciones digestivas, como anorexia, náuseas y vómitos; el factor urémico es un hallazgo que ocasiona el sabor metálico y un aliento amoniacal urinoso que se produce por el desdoblamiento de la urea eliminada por la saliva en amoníaco.

Los trastornos neurológicos pueden ser de dos tipos: mentales y neurológico. Los primeros influyen sensaciones de enfermedad, irritabilidad facial, dificultad de concentración, insomnio y apatía. Si no se inicia un tratamiento dialítico la sintomatología progresa y aparece mayor confusión mental, deterioro del estado de conciencia, que puede abarcar en coma. Las manifestaciones neurológicas incluye: disartia, temblores, mioclonias y en la fase más avanzada puede producir hiperreflexia. Entre los cambios de las funciones sexuales, están la disminución de libido, impotencia y amenorrea.

Las opciones del tratamiento sustitutivo permiten la supervivencia y la vida activa de los pacientes. Las técnicas dialíticas que sustituyen parcialmente la función renal son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal que sustituye todas las funciones renales, incluidas las metabólicas y endocrinas.



La hemodiálisis es la purificación de la sangre a través de un riñón artificial, que funciona como un filtro formado por varios miles de fibras sintéticas, los que tienen pequeños orificios microscópicos, que permiten que el exceso de

agua e impurezas salgan del paciente y pasen a través de ellos. El cual se realiza generalmente 3 veces por semana (hemodiálisis periódica) debido al almacenamiento diario de sustancias tóxicas en el organismo, las mismas que deben ser eliminadas interdiariamente para que haya tiempo de que se eliminen en su totalidad con una duración de 3 a 4 horas.

BORRERO, Jaime y otros (2003. Pág. 754) *“El tratamiento de hemodiálisis es un proceso que consiste en eliminar de la sangre del paciente renal productos de desechos metabólicos acumulados (urea, creatinina, ácido úrico, fosfatos y otros metabolitos nocivos) a través de una membrana permeable sintética o biocompatible que sustituye a los glomérulos y túbulos renales”*

La biocompatibilidad es la capacidad de los materiales o instrumentos de los sistemas, de actuar sin producir una alteración clínica significativa en el paciente. La máquina de hemodiálisis consiste esencialmente en un sistema de bombas y sensores con tubos de conexión organizados en dos circuitos: el sanguíneo y el líquido de diálisis. El acceso de la sangre de los pacientes se obtiene por dos procedimientos en la IRA, por medio de la colocación de un catéter por venopunción en la vena femoral o en la vena yugular interna y en la IRCT mediante la construcción de una fístula arteriovenosa en el antebrazo entre la arteria radial y vena radial superficial, aunque se pueden emplear otras combinaciones arteriovenosas en las extremidades superiores. El objetivo de fístula es desarrollar una red venosa arterializada capaz de ofrecer un flujo sanguíneo de 200ml/min y que pueda puncionarse repetidamente.

El peso seco del paciente sometido a hemodiálisis se denomina al peso ideal o peso real, aquel que debe tener sin presentar edemas, ni manifestaciones de sobrecarga de líquidos, ni sintomatología de depleción de volumen. Hay muchos factores que determinan el estado nutricional en hemodiálisis, como el estado urémico que ocasiona anorexia y vómitos, procesos

intercurrentes, como infecciones o inflamaciones que ocasionan el aumento del catabolismo, trastornos metabólicos, aspectos relacionados con la técnica de hemodiálisis como la pérdida de nutrientes a través del procedimiento. El estado nutricional del paciente sometido a hemodiálisis se demuestra evidencia de desnutrición proteico y energético, la dieta debe ser normocalórica y monoproteica aumentando 15-20 gr más por la pérdida de líquido en hemodiálisis. Las dietas con un contenido más bajo en proteínas no han demostrados ser más eficaces y son mal toleradas, se suplementará vitaminas hidrosolubles que también se pierden en la diálisis, la dieta tendrá un contenido calórico normal con un 60% en forma de hidratos de carbono y un 35% en forma de lípidos; se reducirá el sodio y potasio, el agua será controlada entre sesión y sesión, ya que el peso no debe exceder de dos kilos.

El término de hemodiálisis adecuada es relativamente nueva, además de multifactorial, lo que es necesario incluir los siguientes criterios clínicos:

- Buena condición general y nutricional
- Presión sanguínea normal
- Ausencia de síntomas de anemia y restablecimiento de condiciones físicas.
- Equilibrio ácido base hidroelectrolítico
- Ausencia de cualquier complicación relacionada con la uremia
- Rehabilitación personal, familiar y profesional
- Mejor calidad de vida

VALDERRABANO, Fernando (1999. Pág. 2) *“La diálisis adecuada tiene que disminuir al mínimo la morbimortalidad del paciente, para que de esta manera se pueda ofrecer una mejor calidad de vida, así como una mayor rehabilitación y reincorporación a la sociedad”*

Los pacientes que reciben hemodiálisis necesitan tomar medicamentos que complementen el tratamiento y ayuden a disminuir los síntomas de la enfermedad y la pérdida de nutrientes durante la diálisis. Así tenemos la eritropoyetina (EPO) que estimula la eritrogenesis en la médula ósea, se inyecta por vía subcutánea o intravenosa después de la hemodiálisis; para formar los glóbulos rojos además de eritropoyetina se necesita hierro. El hierro se da en pastillas, pero se prefiere administrar por vía intravenosa para una mejor absorción. Restringir el fósforo en la dieta es casi imposible, porque está casi en todos los alimentos, se utiliza el carbonato de calcio para evitar su absorción intestinal. También se usa hipotensores y vitaminas (ácido fólico, complejo B y vitamina D) para mantener y conservar la homeostasis.

La diálisis peritoneal utiliza el peritoneo como membrana semipermeable, se introduce en la cavidad abdominal dializado fresco por medio de un tubo que se denomina catéter que entra en contacto con el peritoneo, produciéndose la diferencia de concentración suficiente para que las toxinas de la sangre que circula por la membrana pasen al dializado, que es evacuado después de algunas horas hacia el exterior.

El trasplante renal, es el mejor tratamiento sustitutivo de la IRC, sin embargo, no todos los pacientes en diálisis son candidatos de ser trasplantados. Existen riesgos inherentes al trasplante que no puede ser asumidos por los pacientes con ciertas patologías, ya que el riesgo de la intervención quirúrgica y el tratamiento posterior para evitar el rechazo es superior a los beneficios del trasplante.

Principios de la hemodiálisis

La hemodiálisis periódica tiene por objeto reemplazar al riñón y las funciones de excreción de sustancias desecho y regulación hidroelectrolítica. Esta función se realiza por medio del intercambio de la sangre del paciente y la solución del baño de diálisis, cuya composición electrolítica es similar al líquido extracelular normal, a través de la membrana semipermeable. La extracción de agua y sales acumuladas entre el período de interdiálisis se realiza por medio de una gradiente de presión hidrostática entre la sangre del paciente y el baño de diálisis. Para que este intercambio se realice a nivel del dializador intervienen tres mecanismos:

➤ *Transporte por conducción (**difusión**)*

La difusión es una transferencia pasiva de solutos a través de una membrana semipermeable sin pasaje del solvente, la transferencia se define como la cantidad de un soluto que pasa de la sangre al baño de diálisis en una unidad de tiempo. El sentido de intercambio viene determinado por las concentraciones respectivas de los solutos a uno y otro lado de la membrana semipermeable del dializador.

➤ *Transporte por osmosis*

El agua excesiva se extrae de la sangre por osmosis, el agua pasa de un área de concentración elevada (la sangre) a una concentración baja (baño de diálisis)

➤ *Transporte por ultrafiltración (**convección**)*

Es proceso es mucho más eficiente en la remoción de agua que la osmosis. Se denomina ultrafiltración al proceso por el cual el plasma y los solutos se separan de la sangre a través de una membrana semipermeable, como consecuencia de una respuesta a una gradiente de presión hidrostática que resulta de la diferencia entre presión positiva del circuito sanguíneo y la negativa, nula o positiva del dializado más la presión osmótica sanguínea.

Consideraciones biopsicosociales en pacientes con hemodiálisis

Las enfermedades crónicas afectan a las personas que la padecen, de una manera global, sobrepasando siempre de lo físico y pasando a ejercer sus efectos en otras esferas tales como la psicológica y la social.

Cuando una persona tiene que entrar en un programa de diálisis, ha llegado a un punto de deterioro de la función renal importante, por lo que su organismo está sufriendo en lo orgánico y en lo psicológico las consecuencias del llamado síndrome urémico.

➤ Consecuencias Biológicas

El estar inmerso en el tratamiento hemodialítico trae como consecuencia la pérdida de funcionamiento corporal normal debido a las alteraciones neuroendocrinas e inmunológicas causadas por la enfermedad renal. El tratamiento de la enfermedad renal genera alteraciones fisiológicas que suele resultar incómoda para el paciente, ya que el paciente en la diálisis enfrenta una serie de trastornos físico y químicos entre líquidos de diálisis o las estructuras del circuito extracorpóreo y la sangre del paciente ocasionando un deterioro físico y agotamiento generado por el tratamiento. Las alteraciones fisiológicas generan complicaciones agudas o crónicas potencialmente graves que pueden originar incluso la muerte del paciente.

➤ Consecuencias Psicológicas

Al entrar en un programa de hemodiálisis afloran sentimientos de pena, dolor, depresión, culpa, negación, ira, etc. Psicológicamente, llegar a esta situación de manera brusca, es un fuerte golpe para el paciente y la familia, que debe asumir una situación para la que nunca se está suficientemente preparado.

La depresión en la hemodiálisis es universal, es común en los ambientes del servicio de hemodiálisis, observar a los pacientes con expresión de tristeza, culpabilidad, inutilidad, desesperanza y desamparo, que muchas veces se exterioriza a través del llanto. Esta reacción emocional se caracteriza por tristeza, melancolía, ritmo de sueño alterado, apetito disminuido, disminución de libido, taquicardia, agitación psicomotora, descuido personal.

La persona se ve obligado a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida, además de esto cambios en la apariencia física ocasionada por la naturaleza de la enfermedad, las cicatrices que le quedan en la zona por los constantes pinchazos de la fístula arteriovenosa, pérdida de peso, anorexia, cambios en la coloración de la piel, la dependencia del paciente a través de la conexión con la máquina de hemodiálisis, lo cual hacen suponer que ya no seremos seres humanos sino solo objetos de conservación.

➤ **Consecuencias Sociales**

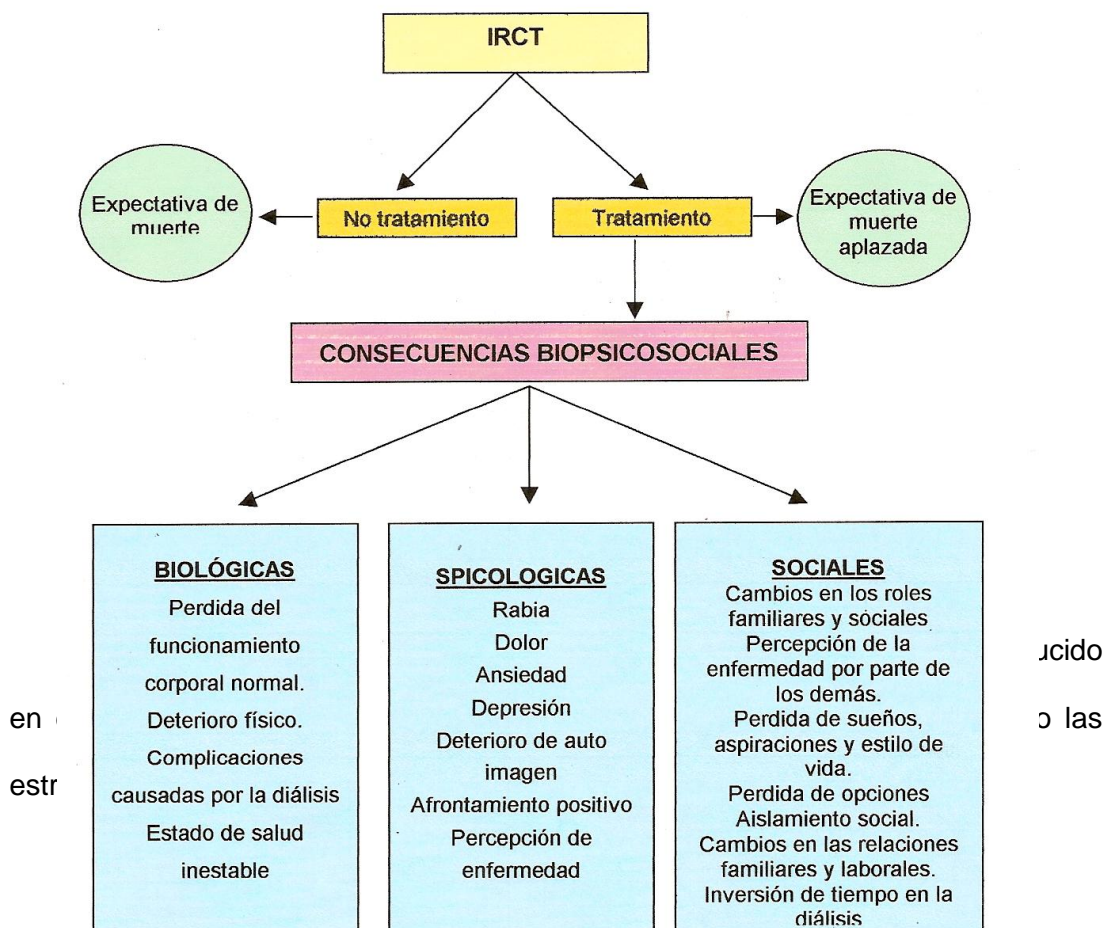
Entre las consecuencias sociales tenemos:

- Cambios en los roles familiares y sociales; el estar sometido al tratamiento dialítico implica reducir el ejercicio de ciertas funciones a nivel familiar y laboral, ya que requiere una gran inversión de tiempo por parte del paciente.
- Aislamiento social; generado en parte por las limitaciones del tiempo, como también el sentirse deprimido e incluso avergonzado por su apariencia como producto de la enfermedad, evitando así el contacto social. El tratamiento de hemodiálisis va acompañado de limitaciones y alteraciones en las pautas de alimentación, restricciones en la ingesta de líquido y uso de medicación.

Conlleva reducción de las actividades que antes se realizaban (ocio, viajes, etc.) frecuentemente suspensión de la vida laboral con la consiguiente reducción del círculo social, la pérdida del poder adquisitivo y cambio en el tiempo libre que con frecuencia aparece vacía.

- Cambios en las relaciones familiares y laborales; los miembros de la familia sienten que el paciente y las expectativas que tienen de la vida se desploman al percibir la enfermedad y los cambios generados por esta en el paciente. Las personas que lo rodean inevitablemente desarrollaran determinadas actitudes hacia él, que podrá favorecer o dificultar el tratamiento. Los cambios en los estilos de vida, en los roles sexuales y familiares son evidentes.

- La pérdida de sueños, aspiraciones y estilos de vida; el paciente percibe la inestabilidad de su estado de salud y al contemplar la posibilidad de una muerte cercana, puede sentir que debe renunciar a los sueños y aspiraciones que tenía hacia el futuro. El estilo de vida se ve alterado por las modificaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento



Someter al paciente a una circulación extracorpórea durante la cual la sangre se pone en contacto con materiales sintéticos y soluciones de diversa composición puede afectar el equilibrio del paciente, esto hace que la hemodiálisis se acompañe a veces, de complicaciones importantes, potencialmente graves, que pueden originar incluso la muerte del paciente.

Complicaciones agudas de la hemodiálisis

➤ **Hipotensión arterial**

La hipotensión dificulta el manejo de los líquidos corporales y puede ocasionar complicaciones severas, especialmente en paciente mayores. Los signos y síntomas más evidentes son: descenso de la presión arterial, acompañada o no de náuseas y vómitos, palidez de mucosas, sudoración, bostezo e incluso pérdida de conciencia y convulsiones.

Esta complicación se ha relacionado con:

1. Excesivo o brusco descenso del volumen plasmático. La ultrafiltración se produce durante la hemodiálisis a expensas del volumen plasmático. Por tanto, cuando se somete a los pacientes a tasas de ultrafiltración excesivas, se origina una pérdida demasiado rápida de sodio y agua que impide la normal replección de líquido del espacio extravascular al intravascular apareciendo hipovolemia agua y consecuentemente hipotensión.

2. Disminución de las respuestas periféricas o vasoconstricción. Ante un descenso del volumen plasmático, se pone en marcha mecanismos de compensación que aumentan las resistencias periféricas totales, produciéndose vasoconstricción, en un intento de corregir la hipotensión.

3. Factores cardíacos.

- **Disfunción diastólica:** la hipertrofia cardiaca hace que el ventrículo disminuya la presión de llenado durante la diástole y consiguientemente, reduzca el volumen expulsado durante la sístole, pudiendo originar la disminución de la presión arterial periférica.

- **Pulsaciones y contractilidad:** en condiciones fisiológicas, la disminución del volumen extracelular produce un descenso del volumen y de la presión diastólica final del ventrículo izquierdo, y consiguientemente, del volumen expulsado. Ante esta situación se pone en marcha mecanismos compensatorios que dan como resultado un aumento de las resistencias periféricas totales, mediante el reajuste del gasto cardiaco por taquicardia.

➤ **Calambres**

Las contracturas o calambres musculares durante la hemodiálisis, son una complicación leve, pero extremadamente dolorosa para el paciente, suele aparecer en miembros inferiores, piernas, pies y en músculos de la mano. Las causas son desconocidas, aunque suelen relacionarse con cambios en la perfusión muscular, existiendo una serie de factores predisponentes: hipotensión, peso seco por debajo del ideal del paciente, y el uso de concentraciones bajas de sodio en el líquido dializante.

➤ **Cefalea**

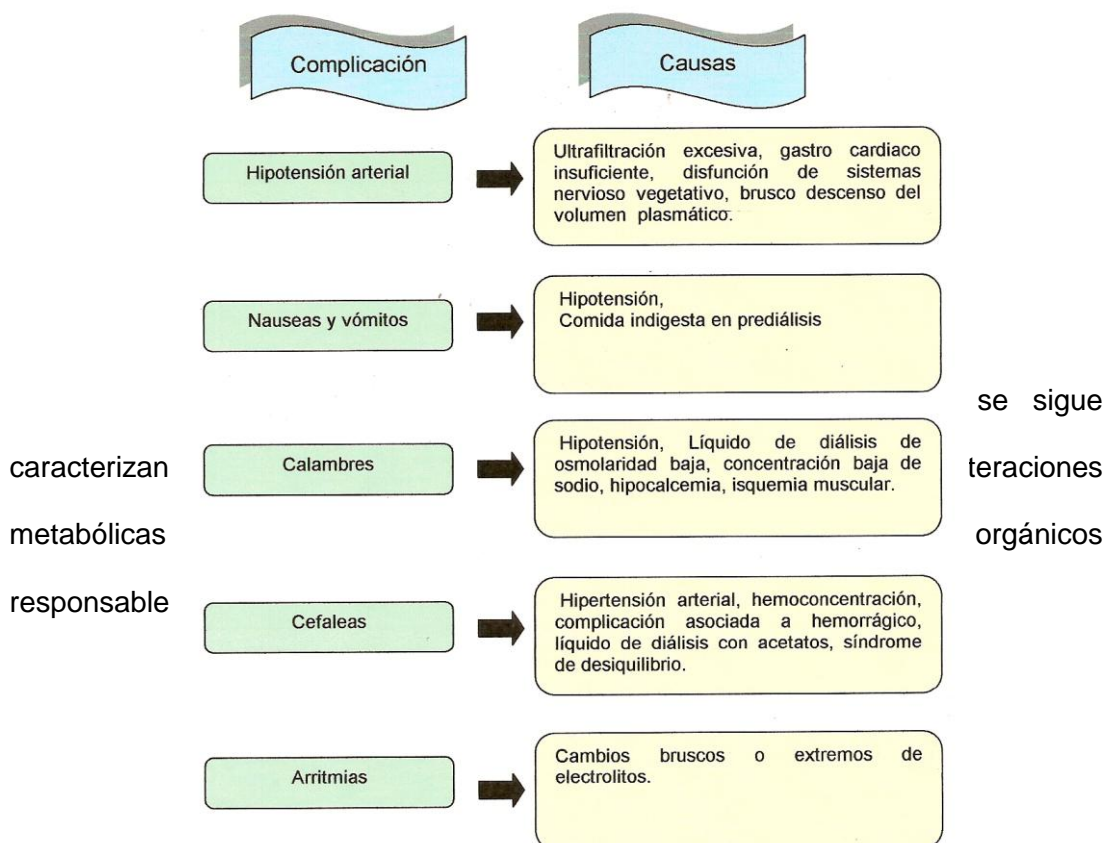
La aparición de cefaleas durante la hemodiálisis es frecuente y constituye una causa de intolerancia a la hemodiálisis, la cefalea aparece cuando la urea sanguínea al comienzo de la diálisis es muy elevada. La diálisis hace descender la concentración de urea en la sangre más rápidamente que la concentración de urea en el líquido cefaloraquídeo. Este proceso puede provocar un edema cerebral con crisis hipertensiva. Este fenómeno se denomina síndrome de desequilibrio.

➤ **Arritmias**

La depleción de volumen y las alteraciones electrolíticas en plasma por el intercambio con líquido dializante van a ocasionar cambios en el equilibrio ácidobase y electrolíticos bruscos, que puede originar arritmias, especialmente en pacientes que toman digitálicos, en los cuáles la hipopotasemia y la alcalosis van a precipitar estas arritmias.

➤ **Hemorragia**

La hemodiálisis comporta un mayor riesgo de fenómenos hemorrágicos, debido sobre a la anticoagulación de la misma, pudiendo aparecer hemorragias sistemáticas preferentemente, gastro intestinales, pericardicas, pleurales o retroperitoneales. Durante la hemodiálisis puede aparecer un cuadro típico de anemia aguda (hipotensión, taquicardia, palidez de mucosas y piel, colapso y shock), ante el cual siempre se debe considerarse la posibilidad de una hemorragia interna.

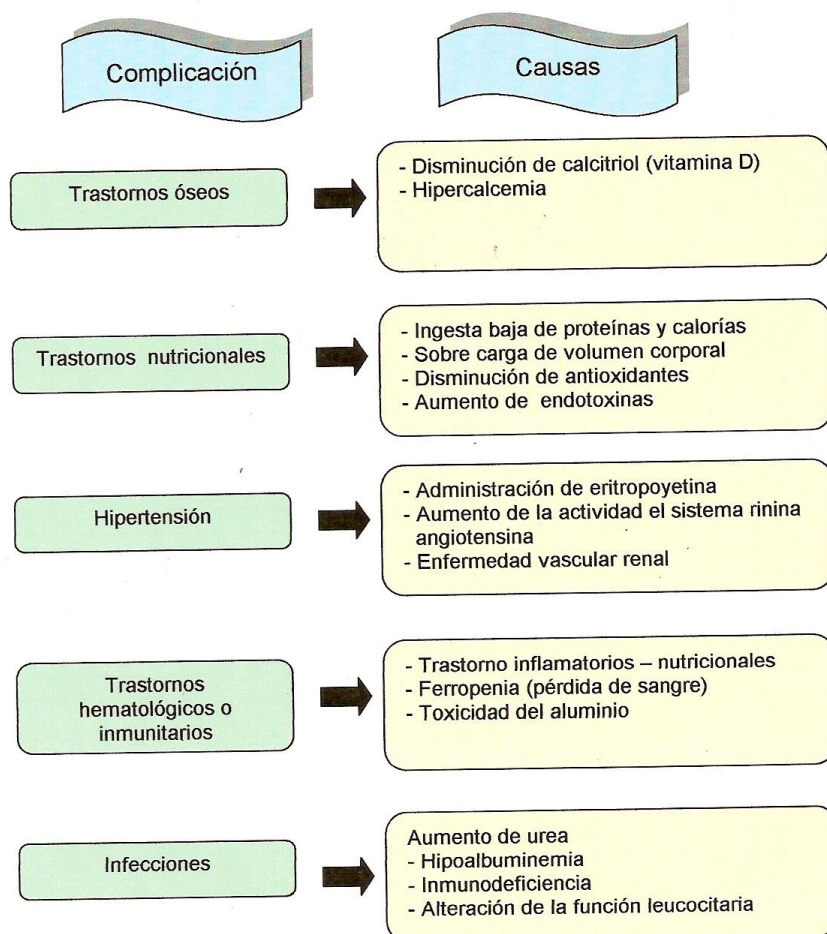


➤ **Osteodistrofia renal**

Es una enfermedad de origen metabólica como consecuencia de la degradación de la parénquima renal y de las modificaciones fósforo-calcícas.

➤ **Polineuropatías**

Son producidas por sustancias nocivas, que aún no se conocen que tipo de sustancia produce la lesión nerviosa. Esta afección se ve en los nervios de los miembros inferiores.



Complicaciones iatrogénicas

- Desconexión o roturas de elementos del circuito extracorpóreo.
- Coagulación del circuito de hemodiálisis. El circuito extracorpóreo de hemodiálisis necesita estar anticoagulado con heparina sódica al 1% y recientemente se viene utilizando heparina de bajo peso molecular, por presentar menos riesgo de sangrado. Sin embargo en determinadas circunstancias, pueden

formarse micro émbolos en alguna de las partes del circuito o dializador, provocando una activación intrínseca de los mecanismos de la coagulación, ocasionando una coagulación parcial o total del circuito; las causas más frecuentes son:

-Heparinización insuficiente.

-Falta de flujo sanguíneo en monitores sin detector de presión arterial o no conectado.

-Flujo de sangre lento, bien por programación inadecuada o por flujo insuficiente del acceso vascular.

-Sesiones sin heparina mínima.

- Embolismo gaseoso es uno de los accidentes más graves que pueden ocurrir durante la hemodiálisis. Ocurre por una entrada masiva de aire al torrente circulatorio desde el circuito extracorpóreo, a través de la línea venosa del mismo, facilitado por la existencia de una bomba. El aire penetra siempre por una conexión, poro, rotura, etc. entre la aguja arterial y la bomba de sangre.

Tolerancia a la Hemodiálisis

La tolerancia del paciente a la hemodiálisis representa la respuesta adaptativa a los cambios biológicos, multisistémicos e integrales que se producen por efecto de fenómenos físicos y químicos complejos que todo organismo humano puede experimentar en estas condiciones. Sin embargo las diferencias individuales influyen notablemente en la capacidad de respuesta que se puede encontrar entre los pacientes y a su vez esta tolerancia conlleva mayor o menor seguridad para la persona y en conjunto, mayor o menor calidad de vida.

Se ha determinado que la biocompatibilidad, el estado nutricional y el cuidado adecuado de los pacientes en tratamiento hemodialítico, no sólo prolonga

la vida sino que minimiza las manifestaciones clínicas de las complicaciones inmediatas y tardías, ofreciendo bienestar a los pacientes.

Factores intervinientes que favorecen o limitan la tolerancia

Los factores son características que pueden actuar a favor o en contra, determinándolo como toda fuerza o condición que coopera con otras fuerzas o condiciones para producir una situación o comportamiento.

Los factores personales representan los atributos que posee el paciente siendo esta, parte de sus recursos para enfrentar la realidad propia de la enfermedad y tratamiento.

Entre los **Factores Personales** que intervienen en la respuesta del paciente hacia la enfermedad y el tratamiento son:

➤ **Conocimiento:** Constituye el acto y efecto de conocer es decir, averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos verdades o de información que se adquiere a lo largo de la vida a través de la experiencia, enseñanza – aprendizaje, lo que implica que el hombre modifique su comportamiento acorde con la realidad. Según **MARRINER, Tomey (1999.Pag.3)** *“El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad, adquirida a través del aprendizaje o la investigación que influye en la conducta del ser humano”*

Existe cinco clases de conocimientos:

- Conocimiento racional por medio de la razón
- Conocimiento intuitivo o directo
- Conocimiento discursivo o inmediato

- Conocimiento a priori (antes de la experiencia)
- Conocimiento a posteriori (después de la experiencia)

El conocimiento es un elemento fundamental para la producción y la innovación de las cosas; el estar sometido a un tratamiento de gran repercusión biopsicosocial demanda de conocimiento acerca de la enfermedad y tratamiento de los cambios producidos por éste. La cooperación y una mejor respuesta del paciente dependerá si cuenta con conocimientos amplios sobre los aspectos que directa o indirectamente están relacionados con su enfermedad y tratamiento.

➤ **Actitudes**

La actitud es una predisposición valorativa de la persona, la cual le puede llevar a experimentar un sentimiento hacia un objeto determinado y esto, como reacción ocasiona que ejecute una conducta. Las actitudes son resultantes del aprendizaje social, pero también puede originarse en creencias de la persona. Como define:

GONZALES, Pilar (2001. Pág. 13) *“La actitud de una persona depende de la fuerza de algunas creencias que tienen a un objeto, la intensidad de la actitud es el nivel de seguridad o confianza de la expresión relativa al objeto o bien la fuerza que atribuye a su convicción, por lo tanto se considera a la actitud una creencia cargada de emoción que predispone a un tipo de acción frente a una situación específica”*

El término actitud es un punto de vista relativamente duradero hacia un objeto particular o una clase de cosas, ya sean favorable o desfavorables o inclusive neutrales; las actitudes se refieren a modalidades variantes de adaptación al ambiente. Según **COON, Dennis** (1999. Pág. 677) *“Una actitud es una mezcla de creencia y emoción que predispone a una persona a responder ante otras personas, objetos o instituciones”*

Las actitudes se adquieren de varias maneras básicas. En ocasiones las actitudes viene del **contacto directo** (experiencia personal) y por medio de la **interacción con otros**; es decir, por medio de la discusión con personas que sostienen una actitud particular.

La perspectiva clásica considera tres componentes fundamentales de las actitudes:

- El componente cognitivo aunque son parciales, los conocimientos que una persona posee de un objeto o hecho social pueden ser suficientes para sustentar una actitud. Si estos conocimientos se apoyan en valores u opiniones consolidados en el sujeto, puede verse notablemente reforzados, lo cual influirá en una actitud más firme y operativa.

- El componente afectivo considera el aspecto fundamental, ya que incluye la dirección e intensidad que implica la reacción del sujeto hacia el objeto actitudinal, la dirección se orienta en sentido afirmativo o negativo respecto a sus objetos.

- El componente conativo relacionado con el comportamiento guiado por la actitud.

Elizabeth Kubler Ross (citada por Kersner 1999.Pág. 5) describe cinco etapas de respuesta humana desde el momento que el paciente recibe el diagnóstico de IRCT y el tratamiento a seguir (hemodiálisis)

1º Etapa de Negación y Aislamiento

La negación de la enfermedad es un componente inicial que presenta los pacientes frente a su condición. Se manifiesta que no existe temor, que la enfermedad no puede ser tan grave y se enmascaran los síntomas y molestias que

pueda presentar por miedo a preocupar a su familia. El paciente dirá “no, yo no, no puede ser verdad”, esta negación es habitual en todos los pacientes.

Al igual la familia trata de minimizar la enfermedad por medio de la sobreprotección y la preocupación excesiva por procurar un ambiente menos doloroso para el paciente; situación que desencadena conflicto entre ambas partes, ya que el paciente pretende no estar enfermo y su familia busca la mejor forma de ayudarlo.

2º Etapa de cólera, ira y protesta

Surgen sentimientos de ira, rabia, resentimiento y envidia. El paciente tiene la vivencia de estar padeciendo una injusticia y se crea la sensación que la enfermedad es atribuible a un castigo divino, que justifique en cierta forma la desgracia que se vive. Es cuando se culpa a Dios ante la impotencia de no poder vencer la enfermedad. A menudo el paciente reprocha a los que están cerca de él: médicos, enfermeras y familia.

3º Etapa de Negociación

En esta etapa el enfermo trata de prolongar el tiempo que le queda de vida, se atiene estrictamente al tratamiento y a las dietas prescritas y a veces pide operaciones o medicamentos radicales, hay quienes buscan curas milagrosas acudiendo a médicos terapeutas heterodoxos o curanderos, mientras otras pactan con el destino ¿Si reparo mis faltas, quizás me alivie?.

4º Etapa de Depresión

Surgen sentimientos de vacío y de impotencia acompañadas de sensación de pérdida. A veces, éstos síntomas son el correlato de una serie de prolongadas internaciones médico quirúrgicas que debilitan la organización psíquica del

paciente, empieza a aceptar la inevitable muerte, su mente trabaja, empieza a pensar en la pérdida inminente de su familia, amigos y bienes así como los años de vida que no llegará a disfrutar.

5º Etapa de Aceptación

En esta etapa el paciente traslada aquella primera pregunta que se formuló frente al diagnóstico, ¿Por qué a mí?, a una nueva pregunta: ¿Por qué a mí no?, además de serenidad, gozan de cierta alegría por lo que la vida aún les depara y se les ha brindado la oportunidad de exteriorizar sentimientos, con frecuencia se sienten más unidos que nunca a sus seres queridos.

➤ **Edad:** La edad es la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona, teniendo en cuenta los cambios físicos y biológicos.

En esta etapa de la vida el adulto se caracteriza porque sus actividades físicas, intelectuales y psicológicas han alcanzado su máxima plenitud. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad.

La edad está estrechamente relacionado con las características del comportamiento de las personas. En esta edad se controla adecuadamente la vida emocional, la que permite afrontar los problemas con mayor serenidad y seguridad que en etapas anteriores.

En general las personas mayores se adaptan mejor que los jóvenes porque la vejez supone un conjunto de modificaciones físicas, psicológicas, afectivas y sociales sujetas al tiempo vivido, lo que implica el tránsito a través de una crisis y la necesidad de **adaptación**, ya que el cambio plantea nuevas exigencias que deben enfrentarse y cuya resolución requerirá recursos de **afrontamiento**. Según Lazarus y Folkman (1986) define afrontamiento como los

esfuerzos cognitivos, emocionales, conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales y los conflictos entre ellos, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

En esta edad se alcanza el máximo de las facultades mentales, estas características van a favorecer que las personas tengan una mejor respuesta y adaptación a los cambios que involucra poder afrontar la enfermedad y su repercusión de la misma.

➤ **Tiempo de tratamiento:** Las vivencias y experiencias que se dan a través del tiempo permiten afrontar situaciones, no sólo aspectos positivos, negativos o de gran envergadura sino la forma como afrontar y tener un mejor control y respuesta. Periodos comunes e importantes de crisis y reto, incluyen el diagnóstico, tratamiento, postramiento, remisión, recidiva, atención paliativa. Cada uno de estos acontecimientos incluye cierto esfuerzo de ajuste o adaptación psicosocial en la cual la persona procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos y obtener el dominio o control de las situaciones en conexión con la enfermedad o tratamiento. La adaptación no es una instancia aislada única, sino más bien una serie de respuesta constante para superar múltiples retos que varían según el curso de la enfermedad crónica.

Definición del cuidado – Dimensiones

Definición del cuidado

El cuidado descrito como eje de estudio de la profesión de enfermería, se define como ciencia y un arte que exigen conocimientos y actitudes especiales.

El cuidado de enfermería es un servicio, (ayuda) que la enfermera ofrece a la persona desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los períodos de la enfermedad. La entrega es personal, de persona a persona, utilizando el método científico, llamado en nuestro medio “proceso de enfermería”, es decir el proceso de entrega del cuidado, se rige por el método científico. Sin embargo, para la entrega es imprescindible entablar una relación humana positiva, que genere confianza, empatía que permita a la Enfermera conocer a la persona que va a ayudar y que la persona ayudada acepte, participe del cuidado que reciba, se empodere de un saber que le permita cuidarse a sí misma.

Watson (1985). Los cuidados de enfermería se enfocan hacia una relación intersubjetiva que tiene como fin ayudar a la persona a vivir en armonía entre su cuerpo, alma y espíritu. Los cuidados se inician cuando la enfermera se introduce en el campo fenomenológico de la persona y llega a comprender lo que vive y siente, de manera que la enfermera puede exteriorizar aquellos sentimientos y pensamientos que la persona siempre ha soñado exteriorizar.

Dimensión del cuidado del paciente con tratamiento dialítico

Enfermería ciencia y arte cuyo objetivo esencial es el cuidado de las personas desde una perspectiva holística. La enfermedad resquebraja en cuanto hay falta de conciencia, interés y seguridad; pero no sola afecta al cuerpo, sino a la persona en su totalidad. La asistencia holística estará por tanto, en todo aquello que es débil e inseguro reforzando todos los aspectos positivos de la persona. Se debe integrar la vivencia práctica, los componentes de interrogante, la oscuridad y debilidad que la persona enferma y también todas sus ansias, todo el esfuerzo que se hace para cambiar los signos negativos en positivos.

Los cuidados de enfermería son de carácter integral y no sólo naturaleza física/biológica, sino también de naturaleza psicológica, social y cultural. La atención integral de enfermería constituye parte importante de toda la atención del equipo de salud que recibe el usuario lo que implica una relación interpersonal humana de enfermera – paciente de confianza y respeto, estableciendo en consecuencia los roles respectivos. Como refiere:

FABRE, Francisco (1989. Pág. 24) *“La atención de Enfermería constituye una parte integral del cuidado del paciente, en sus esferas, psicológica, biológica y social, ayudando a mantener y restablecer su salud, aliviando su enfermedad y cuando su vida no puede ser prolongada con dignidad prepararlo para una muerte serena”*

Stockes (1991) Menciona cuanto más sepan las enfermeras acerca de las creencias y los valores culturales de sus clientes, más sensible culturalmente serán los cuidados que puedan prestar. Las enfermeras tienen que valorar y evaluar continuamente todas las respuestas del cliente, y no asumir nunca que todos los individuos de un grupo cultural específico pensarán y se comportarán de la misma manera.

La tecnología y el cuidado de enfermería

Se entiende como tecnología a la sistematización de los conocimientos y prácticas aplicables a cualquier actividad, en especial a los procesos industriales; también se aplica a la producción de servicios para las personas o en otros procesos.

Los numerosos descubrimientos realizados desde finales de este siglo en el campo de la ciencia, abren vías totalmente nuevas para la medicina. Al tener una tecnología cada vez más precisa, la medicina desarrolla cada vez más un enfoque analítico, reforzando la separación del cuerpo y espíritu, separando la

enfermedad del enfermo, parcelando las enfermedades por sistemas y aparatos. Entonces el cuerpo portador de la enfermedad se convierte en el objeto de la medicina, perdiendo valor el sujeto que padece la enfermedad, es así como cada vez más, se privilegia la curación en desmedro del cuidado.

KERSNER, Pablo (1999. Pág.) *“El paciente no sólo es un riñón enfermo, es un sujeto con historia, proyectos y un entramado de vínculos que hay que buscar y traerlos nuevamente para que pueda sostenerse de allí”*

La vida profesional de la enfermera se consagra a las personas que necesitan ser cuidadas. Por ello es importante destacar para **“curar”** hay que conocer a la enfermedad para **“cuidar”** hay que conocer a la persona.

La utilización de la tecnología como ayuda para el cuidado de las personas, cuando por sus condiciones de salud lo requiera, no debe permitir que nos ciegue de tal forma que se desplace y reste importancia a la persona, sujeta de nuestro cuidado. Se debe recordar siempre que la tecnología está para el beneficio de la persona y no en sentido contrario.

Tipos de cuidados

El cuidado de enfermería se encamina básicamente a satisfacer las necesidades básicas y de salud de manera general, ellas se refieren principalmente:

A. Cuidados de estimulación: según la lengua española estimulación significa “incitar con viveza a la ejecución de algo, avivar una actividad operación o función“. Este tipo de cuidado permite aumentar la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su autocuidado.

Por ejemplo convencer racionalmente a personas con sobrepeso para que hagan cambios de estilo de vida permanentes en relación a hábitos de alimentación y ejercicio, de tal manera que contribuye a la prevención significativa de enfermedad coronaria, pero también a sentirse más ágiles y mejor, abarca una estimulación psicológica, física y social.

B. Cuidados de confirmación: En español significa “certeza de un suceso, prueba de la verdad, asegurar y corroborar, sentirse seguro de si mismo”. Estos cuidados permite contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, este tipo de cuidado es tanto más intenso, cuanto más dependiente está el sujeto por razones de su situación de salud, sin embargo estos cuidados contribuyen a fortalecer psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad.

Los cuidados de confirmación se dan específicamente a través de relación enfermera-paciente, creando una interacción que permita al paciente confirmar y colaborar en el logro de los objetivos del plan de cuidado de su salud.

C) Cuidados de consecución y continuidad de la vida: Representa la consecuencia lógica entre la conducta de un individuo y los principios que profesa, sentirse seguro en base a un acuerdo previo. Representa la provisión de cuidado que ofrezcan seguridad al paciente, es posible que la personalidad y la competencia técnica (conocimiento, actitud, habilidad y destreza) de la enfermería juega un papel decisivo para que el paciente se sienta seguro del personal que lo atiende, conozca la verdad y la asuma, esté informado sobre los resultados, aquí juega un papel importante la información que se le ofrezca.

D) Cuidados para resguardar la autoimagen del paciente: La autoimagen se define como “concepto de si mismo, concepto de su apariencia”. Estos cuidados permiten mantener su autoestima, aceptarse y estimarse asimismo.

La enfermera debe conocer a fondo al paciente, sus valores creencias y costumbres y tener una sólida formación científica que haya reforzado sus valores personales acerca del ser humano, su comportamiento y su cultura, está última define muchas reacciones y comportamientos de las personas sobre todo las creencias religiosas, patrones culturales y modos de vida.

E) Sosiego y relajación: Su significado es “incitar a la tranquilidad perdida, disminución de tensiones de cualquier naturaleza (fisiológica, psicológica y social)”. Las personas de manera general cuando descubren que su salud está amenazada recurren a solicitar ayuda, pero mucho más cuando la han perdido, ello le genera ansiedad e incertidumbre que altera el sosiego y relajación que empeora los síntomas iniciales y retardan el tratamiento.

F) Cuidados de compensación: Significa “resarcir un daño, físico, psicológico o social”. Los cuidados de enfermería represente la ayuda que se debe ejercer a los pacientes para el logro del equilibrio de su salud y sin duda alguna representa la ayuda física, psicológica y social según sean las necesidades insatisfechas de la persona cuidada.

Cuidado de enfermería en el paciente con hemodiálisis

El cuidado de enfermería es inminentemente importante en estos pacientes con IRCT sometidos a hemodiálisis, debido a la gran complejidad que conlleva el estar conectado a una máquina. El paciente se enfrenta a una serie de trastornos producidos por cambios físicos y químicos entre el líquido de diálisis y la sangre del paciente, lo cual lo hace más vulnerable a riesgos y complicaciones intradialíticas.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en la prevención y corrección de estas complicaciones, puesto que se actúa de manera decisiva en la preparación, planificación, desarrollo y finalización de la sesión en hemodiálisis dentro del cuidado integral que recibe el paciente durante la sesión.

La valoración comienza con la observación clínica y psicológica, evaluar el estado emocional del paciente puesto que en ellos es frecuente encontrar actitudes negativas frente a la situación en que ese encuentran. La enfermera debe orientar al paciente en todo momento aunque aparentemente estén habituados a la diálisis. Es necesario valorar presencia de edema, dificultad respiratoria, fatiga, palidez o si ha tenido hipotensión o calambres, ya que son datos importantes para formular diagnóstico y así disminuir complicaciones intradialíticas. Registrar los datos de prediálisis, como peso, presión arterial y pulso para evaluar el estado hemodinámico, el peso interdialítico no debe exceder de dos kilos ni ser menor del peso ideal. Verificar la fecha de rehuso del dializador, tarjetas, tipo de dializado correspondiente antes de la conexión del paciente para así evitar riesgos de contaminación; del mismo modo verificar todo el material necesario para la asepsia y punción (gasa estéril, esparadrapo, heparina, guantes). Observar las características de la fístula arterio venosa o del catéter venoso central, en la fístula evaluar la presencia de hematomas, thirl o soplo, así también evaluar la integridad de la piel en la zona de la fístula para la respectiva canalización según protocolo de atención, colocar la aguja arterial y venosa invertidas para evitar la recirculación de la fístula y como consecuencia una mala depuración; en el catéter venoso central, observar en la zona de punción enrojecimiento, secreciones purulentas, rotura de catéter e higiene de las gasas. Conectar al paciente a la máquina, estabilizar el monitor, programar la ultrafiltración horaria y gradientes de intercambio constante entre paciente y dializado, que son modificados de acuerdo a la evaluación clínica y a los parámetros de laboratorio del paciente.

Registrar en la hoja del paciente la hora de inicio de la diálisis, heparinización (dosis y frecuencia según indicación médica), tipo de dializador número de rehúso, presión arterial, flujo sanguíneo y pulso. Verificar que las alarmas estén prendidas para detectar cualquier anomalía durante el proceso dialítico. Controlar la presión arterial cada hora o según demanda del paciente,

Entre las complicaciones dialíticas tenemos la hipotensión: debemos comprobar la presión sistólica y diastólica, infundir solución salina 0,9% de 100-200ml, la tasa de ultrafiltración debe ser momentáneamente anulada o disminuida al mínimo, se debe mejorar los perfiles de bicarbonato o de sodio de la máquina dializadora. Si la hipotensión es por hipoglicemia debido al arrastre de glucosa, colocar dextrosa al 33%. Ante contracturas musculares, infundir suero salino al 0.9% o gluconato de calcio, si lo presenta con frecuencia durante toda la diálisis, comprobar el nivel de sodio en el líquido dializante y valorar el aumento temporal del mismo. En caso de hemorragia por la anticoagulación, las medidas son corregir la hipovolemia, realizar hematocrito urgente, efectuar heparinización mínima, dependiendo del estado del paciente suspender la diálisis. Es importante cumplir con el tiempo de diálisis programada ya que permite una mejor depuración en el paciente. Una vez acabada la sesión devolver la mayor cantidad de sangre posible de las conexiones y filtros. Al retirar la cánula arterial y hacer compresión durante 5 a 10 minutos de acuerdo al tiempo de coagulación si el paciente está en condiciones de colaborar pedir su apoyo. Controlar la presión arterial antes de retirar la cánula venosa, posteriormente retirar la cánula y hacer compresión con gasa estéril, si el paciente estuviera echado o sentado dejarlo durante 5 minutos en reposo, preguntarle en que condiciones se encuentra. Pesar al paciente antes que se retire y darle las indicaciones respectivas como: no retirarse la gasa de compresión por 8 horas, evitar hacer fuerza sobre el brazo de la fístula, no llevar

reloj apretado ni ropa ajustada, evitar la toma de la presión arterial en el brazo de la fístula, revisar el funcionamiento de la fístula colocando los dedos sobre ella y sentir un temblor fino. Hacer las anotaciones de enfermería sobre todo lo acontecido en el paciente, ya que permite constatar todos los hallazgos encontrados y la continuidad de la comunicación con el equipo de salud.

Teorías que fundamenta la intervención de la enfermera

Modelo de la adaptación – Callista Roy

El objetivo de la enfermería según Roy consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad.

En un sentido amplio, la enfermería se define como un sistema teórico de conocimiento que ordena el proceso de análisis y acción relacionado con las personas enfermas o que pueden estarlo. El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Sus nociones acerca de la enfermería, la persona, la salud, se entrelazan estrechamente con la idea central. La persona explora continuamente el entorno en busca de estímulos para, finalmente dar una respuesta y desencadenar un mecanismo de adaptación.

Persona, según Roy una persona es un ser biopsicológico en constante interacción con un entorno cambiante, define a la persona, como el ser receptor de la asistencia sanitaria como un sistema vivo, complejo y adaptativo con procesos internos (cognator y regulador), que sirve para mantener la adaptación en los cuatro modos adaptativos (necesidades fisiológicas, autoconcepto, función de rol e interdependencia).

Salud, salud es el estado y el proceso de ser o convertirse en una persona completa o integrada. Roy llega a esta definición, a partir de la idea de que la adaptación es un proceso que favorece la integridad fisiológica, psicológica y social y que tal integridad se entiende como una situación que conduce a la totalidad y la unidad.

Entorno, según Roy el entorno es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodea y afecta al desarrollo y a la conducta de la persona y los grupos. El entorno es la información que entra en la persona considerada como sistema adaptativo que comprende factores tanto externos como internos. Un entorno cambiante estimula la respuestas de adaptación de las personas.

Las acciones de adaptación de enfermería consiste en manipular los estímulos eliminándolos, potenciándolos, reduciéndolos o simplemente modificándolos.

2.3 Definición de Términos

Con el fin de lograr una mejor comprensión de los términos utilizados en el estudio tenemos:

Pacientes sometidos a tratamientos hemodialíticos: Son todos los pacientes varones y mujeres diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que reciben hemodiálisis en el HNGAI, en forma periódica 3 veces a la semana, por espacio de 2 horas y media a 3 horas, según su nivel de salud.

Hemodiálisis periódica: Es un tratamiento intermitente que se emplea para mantener y prolongar la vida del paciente con insuficiencia renal crónica Terminal

por un tiempo indefinido, administrándose en sesiones de 4 a 3 horas cada 2 o 3 veces a la semana, cuyo objetivo es eliminar los productos de desecho del metabolismo proteico retenidos por disfunción renal.

Síndrome urémico: Se describe como la parte crítica de la insuficiencia renal con la pérdida del 90% de su función, se caracteriza por presentar signos y síntomas como náuseas, vómitos, cefaleas, convulsiones y coma debido a altas concentraciones de sustancias nitrogenadas en la sangre como producto del catabolismo proteico.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

Existe relación entre los factores personales y el nivel de tolerancia que evidencia el paciente al tratamiento hemodialítico.

2.5 Variables

Las variables de estudio son:

Factores Personales: Son características propias que posee el paciente (edad, tiempo de tratamiento, ocupación, grado de instrucción, actitudes y conocimientos) sobre la enfermedad y el tratamiento, que forman parte de sus recursos para enfrentar a la enfermedad.

Nivel de tolerancia: Es el incremento o modificación de la capacidad de adaptación al sufrimiento, la acción de sobrellevar los diferentes cambios biológicos y psicosociales y generados por el ingreso y salida brusca de líquidos, electrolitos y minerales que producen la hemodiálisis en el organismo y en toda su persona.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE ESTUDIO

3.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación fue un estudio según su naturaleza cuantitativo ya que midió y cuantificó las variables de investigación: Según el alcance de los resultados es descriptivo - correlacional considerando la naturaleza del problema y los objetivos que se desea alcanzar. Es descriptivo porque se efectúa evaluaciones para identificar y describir las características de los factores personales y del nivel de tolerancia de los pacientes. en hemodiálisis. Correlacional porque se estableció en que medida los factores personales se relacionan con el nivel de tolerancia. Es un estudio prospectivo de corte transversal.

3.2 Área de estudio

La presente investigación se realizó en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Institución que brinda atención de IV nivel, ubicado en la Av. Grau N° 800, en el distrito de La Victoria, Lima - Perú, en el servicio de Nefrología N° 14 constituido por 4 unidades siendo estas: Hospitalización.

Diálisis Peritoneal, Transplante Renal y por último la Unidad de Hemodiálisis donde se llevo a efecto el presente estudio.

3.3 Población y muestra

La población fue de 372 pacientes por mes en la modalidad de 3 veces por semana, donde se selecciona la muestra para fines de estudio, equivalente a 30 unidades muestrales, dado que no es fácil el acceso del estudiante de pregrado a unidades de alta especialidad, bajo los siguientes criterios.

Criterio de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años

- ❑ Con capacidad de comunicación conservada.
- ❑ Compensados al momento de la encuesta.

Criterio de exclusión:

- ❑ Pacientes menores de 18 años
- ❑ Pacientes con menos de 1 año en tratamiento dialítico.
- ❑ Pacientes que se nieguen a participar.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta y para la recolección de datos se aplicó como instrumento un formulario tipo cuestionario, el cuál permitió obtener información sobre los factores personales como los conocimientos constituidos por 19 Items y se aplicó la escala de Lickert para valorar las actitudes.

Para valorar el nivel de tolerancia se utilizó, la técnica de observación a través de la lista de cotejo o guía de observación. Los instrumentos de recolección de datos fue sometido a la opinión de 4 jueces expertos, conformados por enfermeras especialistas con amplia experiencia.

3.5 Procesamiento de recolección de datos

Se solicitó la autorización respectiva para ejecutar el estudio, se obtuvo la aceptación de los sujetos investigados. Los instrumentos utilizados fueron previamente validados por el juicio de expertos y la confiabilidad mediante el coeficiente **Alfa de Crombach y Kuder de Richardson**, siendo significativo (0.77) seguidamente se recolectó los datos de la población en estudio para la posterior tabulación de los resultados.

Se aplicó la escala de staninos para establecer los niveles alto, mediano, bajo; bueno, malo, regular; favorable medianamente favorable y desfavorable. Se utilizó estadística descriptiva especialmente mediana, moda, además de desviación

estándar. El análisis de los datos obtenidos se trasladaron a una matriz de consistencia tripartida, se utilizó la R de Pearson siendo el valor significativo y/o positivo. Posteriormente se ordenó los datos en tablas y gráficos para su mejor comprensión e interpretación.

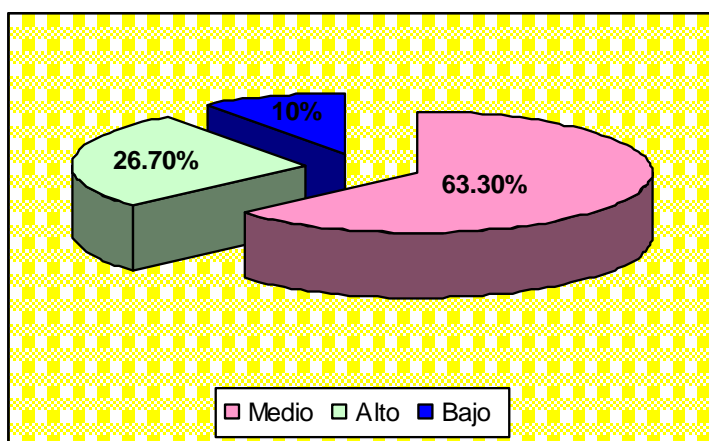
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

RESULTADOS

4.1 Análisis de los Resultados

Hasta hace apenas unas décadas la enfermedad renal implicaba una muerte pronta para muchas personas, los recursos terapéuticos existentes en el campo del cuidado nefrológico permiten la sobrevivencia por muchos años en mejores condiciones que años posteriores. No obstante esta realidad se ve condicionada por numerosos factores entre los que se obtuvo en el presente estudio, los siguientes:

GRÁFICO Nº 1
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL EL TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO



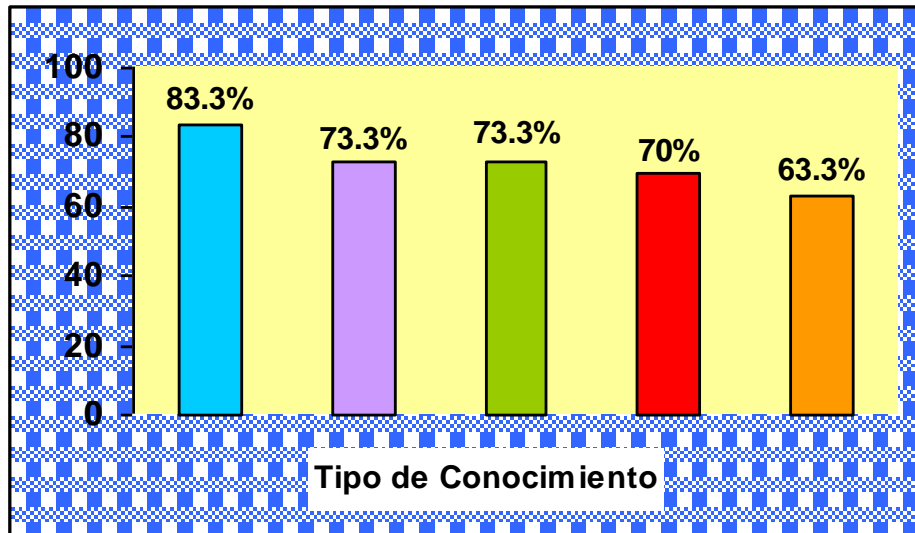
$S_{T2} = 6.9$ $D_S = 2.6$ $X = 14$ $a = 16$ $b.12$ $P = 0.61$

Fuente. Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis de H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre – Diciembre 2005.

El nivel de conocimientos evidenciado por los pacientes marcadamente regular, consistió en el reconocimiento de que para que el tratamiento sea eficaz, ellos deben cumplir con las sesiones completas y los horarios establecidos (83.3%), le siguen los descriptores sobre conocimiento de los signos y síntomas de la insuficiencia renal, la necesidad de contar con un régimen dietético y tratamiento farmacológico para disminuir los síntomas de la enfermedad (73.3%).

El paciente del grupo de estudio conoce su enfermedad en un 70% y conoce las ventajas del procedimiento hemodialítico, tal como lo muestra el gráfico siguiente:

GRÁFICO Nº 2
DESCRIPTORES SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS



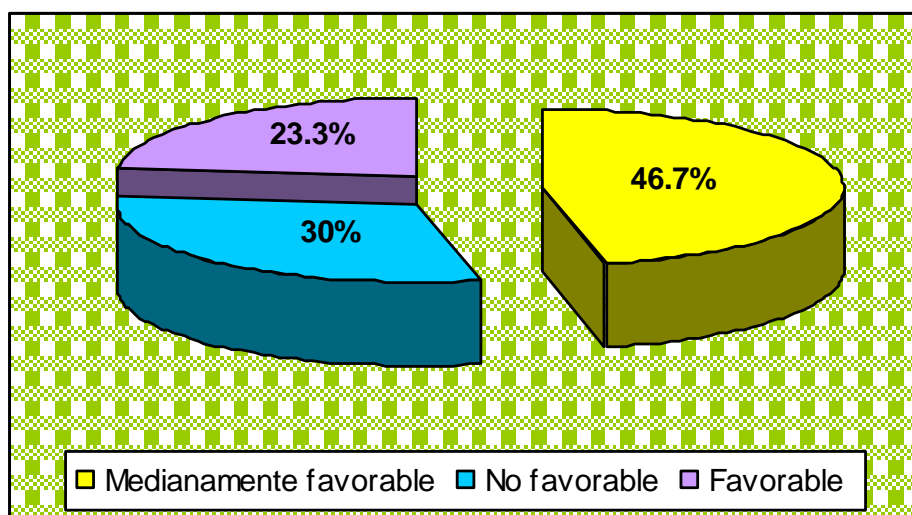
Fuente. Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis de H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre – Diciembre 2005.

- Para que el tto. sea eficaz tiene que cumplirse con las sesiones y los horarios
- Conoce sobre los signos y síntomas de la insuficiencia renal.
- Se necesita un régimen dietético y medicamentoso para completar el tratamiento y disminuir los síntomas de la enfermedad.
- Sabe que es una insuficiencia renal.
- Conoce las ventajas de la hemodiálisis.

Respecto a la disposición predominante de los pacientes frente a la enfermedad renal y el tratamiento se obtuvo:

GRÁFICO Nº 3

DIRECCIÓN DE LAS ACTITUDES DEL PACIENTE CON I.R.C.T. FRENTE A LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO



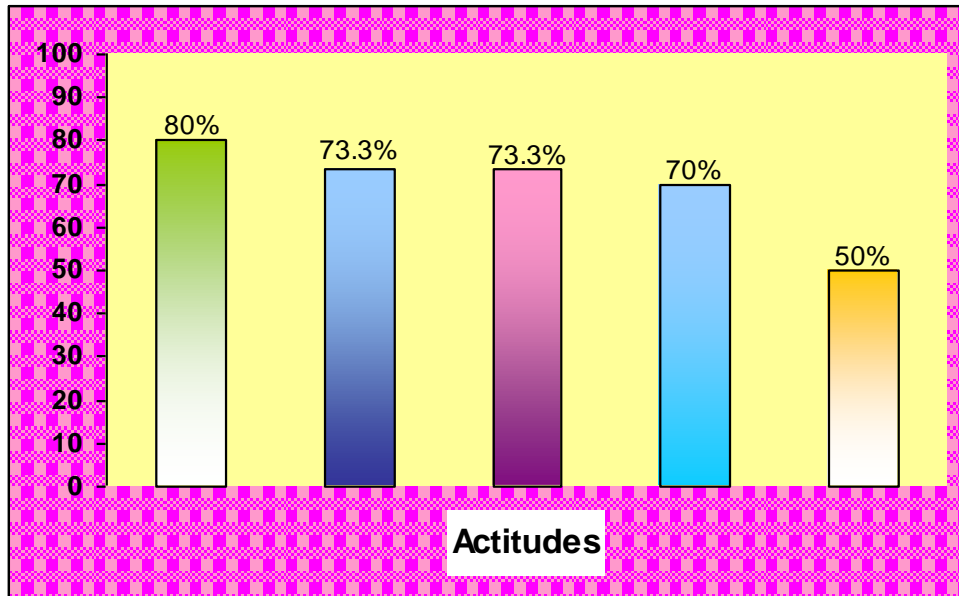
$S_{T2} = 99.9$ $D_s = 9.92.6$ $X = 109$ $a = 116$ $b.112$ $P = 0.54$

Fuente. Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis de H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre – Diciembre 2005.

Las actitudes mostraron dirección medianamente favorable con tendencia a lo desfavorable en este grupo de pacientes consistiendo principalmente en el malestar y desesperanza que produce por su cronicidad (80%); el dolor que ocasiona las constantes canulaciones de la fístula arteriovenosa y el concurrir en diferentes días al servicio de hemodiálisis. La descripción pormenorizada de dichas actitudes fue:

GRÁFICO Nº 04

DESCRIPTORES DE LA ACTITUD DE LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS



Fuente. Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis de H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre – Diciembre 2005.

- La enfermedad renal es crónica, pero teniendo los cuidados necesario es posible vivir bien.
- El tratamiento de hemodiálisis es molesto pero me permite seguir viviendo.
- Mi familia es importante me da fuerzas para seguir adelante.
- Soy una carga para mi familia ya no quiero seguir viviendo.
- Desde que estoy enfermo me he vuelto más religioso.

La tolerancia del paciente al tratamiento dialítico se mostró:

TABLA N° 1

NIVEL DE TOLERANCIA DEL PACIENTE A LA HEMODIÁLISIS

NIVEL DE TOLERANCIA	N°	%
TOTAL	30	100.0
BUENO	09	30.0
REGULAR	17	56.7
MALO	04	13.3

$S_{T2} = 7.3$ $D_S = 2.7$ $X = 6.1$ $a = 8$ $b.4$ $P = 0.51$

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre - Diciembre 2005.

Del 100% de los pacientes que dializan 3 veces por semana, 17 de ellos (56.7%) mostraron un nivel regular de tolerancia seguido del nivel bueno; esta situación corresponde a la realidad esperada por la naturaleza del tratamiento que implica un cambio brusco y profundo en el volumen y composición del medio interno.

Todo paciente durante la diálisis se enfrenta a una serie de trastornos producidos en el organismo por los intercambios físicos y químicos entre el líquido de diálisis o las estructuras del circuito extra corpóreo y la sangre del paciente, sin embargo la tolerancia del procedimiento no se desarrolla únicamente en el inicio del tratamiento sino que enfrenta los retos del tiempo tanto en lo biológico como en la esfera psicosocial

TABLA N° 2
DESCRIPTORES SOBRE LA TOLERANCIA DEL PACIENTE A LA
HEMODIÁLISIS

DESCRIPTORES	N°	%
* Biológico:		
-Cefalea	14	46.7
-Hipertensión	09	30.0
-Somnolencia	08	26.7
-Fatiga	19	63.3
* Psicosocial:		
-Aislamiento	10	33.3
-Colaboración con el personal	25	83.3
-Se muestra tranquilo	27	90.0

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N. G.A.I., durante los meses de Noviembre - Diciembre 2005. .

En los aspectos biológicos las respuestas del organismo no se dejan esperar y pueden ir desde el simple malestar que origina una cefalea hasta una hemorragia intracraneal como complicación asociada; la hipertensión revela los cambios cardiovasculares originados por retención hidrosalina, hiperactividad simpática y aumento en el sistema renina angiotensina.

La somnolencia y la fatiga son efectos de los trastornos generales en el organismo, la ocurrencia de hipotensión crónica en algunos casos. Todo repercute en el comportamiento del paciente, quienes se han adaptado responden mejor y se muestran tranquilos en medio de los cambios como fue en este grupo de estudio donde el 90% de los pacientes colabora con el personal y solo el 33.3% mostró tendencia al aislamiento.

El tiempo de tratamiento de los pacientes, la gran mayoría (66.7%) corresponde entre los cinco años de hemodiálisis.

La edad de los pacientes en hemodiálisis corresponde en este grupo a los mayores de 50 años y respecto del sexo se tomo por igual 50% de damas y 50% de varones.

Al establecer relaciones entre las variables, se encontró:

TABLA N° 3
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE TOLERANCIA DE LOS
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

EDAD		NIVEL DE TOLERANCIA DE LOS PACIENTES			TOTAL
		BUENO	REGULAR	MALO	
TOTAL	N° %	9 30.0	17 56.7	4 13.3	30 100.0
31 -40 AÑOS	N° %	1 3.3	2 6.7	-- --	3 10.0
41- 50 AÑOS	N° %	3 10.0	1 3.3	2 6.7	6 20.0
+ 50 AÑOS	N° %	5 16.7	14 46.7	2 6.6	21 70.0

$$S_{T2} = 7.3$$

$$D_S = 2.7$$

$$X = 6.1$$

$$P = 0.51$$

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N.G.A., durante los meses de Noviembre - Diciembre 2005.

Existe relación entre la edad de los pacientes y el nivel regular de tolerancia a la diálisis, es decir los pacientes en su mayoría son adultos maduros por lo general mayores de 41 años y mostraron mejores niveles de tolerancia que en los otros grupos etéreos.

TABLA N°4

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE
TOLERANCIA DE LOS PACIENTES A LA HEMODIALISIS**

TIEMPO DE HEMODIALISIS		NIVEL DE TOLERANCIA DE LOS PACIENTES			TOTAL
		BUENO	REGULAR	MALO	
TOTAL	N°	9	17	4	30
	%	30.0	58.7	13.3	100.0
≤ de 5 años	N°	2	15	3	20
	%	6.7	51.7	9.8	66.7
6 – 10 años	N°	5	1	1	7
	%	16.6	3.5	3.5	23.3
11 – 15 años	N°	2	1	--	3
	%	6.7	3.5	--	10.0

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N. G.A.I., durante los meses de Noviembre - Diciembre 2005.

Existe relación entre el tiempo de tratamiento y el nivel regular de tolerancia, es decir los pacientes en su mayoría tienen un promedio de 5 años de tratamiento (66.7) y mostraron regular nivel de tolerancia con tendencia a bueno.

TABLA Nº 5

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL NIVEL DE TOLERANCIA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

NIVEL DE CONOCIMIENTO		NIVEL DE TOLERANCIA DE LOS PACIENTES			TOTAL
		BUENO	REGULAR	MALO	
TOTAL	Nº	9	17	4	30
	%	30.0	56.7	13.3	100.0
ALTO	Nº	7	1	--	8
	%	23.3	3.3	-	26.7
MEDIO	Nº	2	15	2	19.
	%	6.7	50.0	6.7	63.3
BAJO	Nº	--	1	2	3
	%	--	3.3	6.6	10.0

$S_{T2} = 4.7$ $D_S = 2.7$ $X = 10.1$ $Mo = 11$ $Me = 6$ $P = 0.56$

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre - Diciembre 2005.

La relación entre el factor conocimiento y la tolerancia es significativa en el nivel regular, a conocimientos regulares le corresponde un nivel regular de tolerancia a la hemodiálisis. La media de los puntajes obtenidos en el test de conocimientos fue 14.4 y la moda igualmente fue de 14.

TABLA N° 6

RELACIÓN ENTRE LA DIRECCIÓN DE LAS ACTITUDES Y EL NIVEL DE TOLERANCIA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

DIRECCIÓN DE LAS ACTITUDES		NIVEL DE TOLERANCIA DE LOS PACIENTES			TOTAL
		BUENO	REGULAR	MALO	
TOTAL	N°	9	17	4	30
	%	30.0	56.7	13.3	100.0
FAVORABLE	N°	7	--	--	7
	%	23.3	--	--	23.3
MEDIANAMENTE FAVORABLE	N°	2	12	--	14
	%	6.7	40.0	--	46.7
NO FAVORABLE	N°	--	5	4	9
	%	--	16.7	13.3	30.0

$S_{T2} = 53.6$ $D_S = 6.3$ $X = 57.6$ $Mo = 112$ $Me = 115$ $P = 0.52$

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre - Diciembre 2005.

La dirección de las actitudes mostró relación significativa en el nivel medianamente favorable con el nivel regular de tolerancia a la diálisis; depender de una máquina o percibirlo así no resulta halagador, es impresionante que el paciente observe y asimile como una enorme máquina puede sustituir una de las funciones de sus órganos, de los riñones irremparablemente dañados; interactuar con quienes manejan dichas máquinas durante varios años es un permanente desafío.

4.2 Interpretación y discusión de los resultados

El conocimiento medio de los pacientes sobre la insuficiencia renal se manifiesta en el estudio como la experiencia que les permite ir asimilando información sobre lo que acontece en su organismo, limitando lenta y progresivamente la función renal; reconoce tanto que el mal ha suprimido una actividad vital para su existencia y que por lo tanto debe acudir durante la semana y cada vez que se sienta mal.

Valdarrago (L. 2002 p.576) hizo hincapié en que cada vez se va sistematizando mejor las actividades educativas que permiten al paciente tomar conciencia de sus necesidades y buscar la forma de aprender su autocuidado terapéutico.

Al respecto es revelador en el examen por menorizado de los conocimientos relativos a la enfermedad, el modo como internalizan los pacientes aspectos de la fisiología compleja de las fístulas arteriovenosas señalando en un 93.3% que es la unión de una arteria y una vena para ampliar el diámetro y facilitar el recambio de la sangre. Mencionan así mismo algunos cuidados para mantener la funcionalidad de la fístula: 53% refiere la necesidad de evitar ejercicios bruscos y 43.3% reconoce la necesidad de no manipular la fístula en el área circundante para evitar contaminación.

Asimismo identifican como elemento nocivo el llevar ropa o relojes ajustados; el objetivo de la diálisis es la depuración de sustancias tóxicas que permiten vivir mejor y por más tiempo. Estos resultados guardan relación con los hallazgos de **Ballena, N. (2002)**, quién encontró que los conocimientos de los pacientes con IRCT revelan pérdida de su independencia, de la vida normal;

conocen muchos aspectos de su enfermedad y tienen una visión clara de los cuidados y el tratamiento.

Caporale, L. manifiesta el modo como estos conocimientos, facilita la cooperación del paciente y adherencia al tratamiento, hay un mejor control de la presión arterial y de la anemia; señaló que siendo distinto cada paciente, la diálisis debe adecuarse a sus particularidades: edad, sexo, grado de instrucción, nivel de apoyo familiar y otros, que en el estudio realizado guardan relación como en el caso de la edad.

Efectivamente señala Papalia, D. (1998), que cuando las personas han vivido más han tenido oportunidad de aprender vivencialmente no solo los aspectos negativos y duros sino el modo de salir de ellos, habiendo demostrado las mujeres una capacidad mayor.

Respecto a las actitudes del paciente a su enfermedad y tratamiento son reveladoras, el alto impacto personal que se origina en el paciente, desde un ángulo positivo todos reconocen que la hemodiálisis les permite seguir viviendo pero no deja de ser una experiencia molesta, cambia la percepción de sí mismos al punto de considerarse como una carga para la familia; en este aspecto el estudio realizado guarda convergencia con los resultados de **Luque, (2003)** cuando señala que de modo global el fracaso o éxito de la diálisis depende en gran medida de las actitudes de aceptación o no de la enfermedad, de la técnica de tratamiento utilizado y del grado de apoyo recibido del profesional de la salud.

Bermejo, J (1994) señala como la aceptación de la realidad ayuda a poner en marcha los mecanismos de adaptación que pueden motivar al paciente a promover el autocuidado y mantener la autonomía; no es fácil para las personas

superar la frustración, la acusación de incertidumbre, el ver morir a otros mientras ellos se están dializando.

Luque, anteriormente citado evaluaron de modo más amplio la satisfacción de los pacientes con la información recibida, los conocimientos que les fueron brindados en el centro asistencial, mencionando durante las entrevistas, lo nerviosos y angustiados que se sentían antes de las orientaciones. En cuanto a compartir inquietudes los pacientes mostraron reserva en algunos aspectos: "hay cosas que no quiero preguntarles para no preocuparlos", equivalente al silencio observado en algunos momentos de la interacción con este grupo de pacientes.

La valoración de lo que ocurre en el aspecto emocional y con el grupo familiar en el aspecto cuantitativo no dice mucho, cuando como escucha la apreciación de los pacientes sobre la diálisis: "es para sobrevivir no para vivir" entonces se comprende que el nivel actitudinal medianamente desfavorable es más "desfavorable", que la tranquilidad no es en realidad calma y la tendencia al aislamiento mostrado en el estudio, obedece precisamente a que la forma de vivir es distinta, que debe ir acompañado, o inclusive que el cuerpo y el color de la piel han cambiado y se sale menos que antes.

A diferencia de los hallazgos de Luque, en esta investigación se manifiestan la ansiedad, el dolor, la impotencia, negación, desánimo, ira, agresión y culpa, que como etapas de respuesta humana a la enfermedad fueron abordadas en amplitud por Kubler - Ross, citada por **Kersner, (2003 p. 5)**, lo único que cambia en la experiencia clínica del paciente con insuficiencia renal es que no se trata de la aceptación de la muerte "un dejarse morir en paz!", sino de una aceptación de la vida, para algunos incluye la esperanza de un futuro trasplante y para otros, de adaptarse a técnicas de depuración extracorpórea lo mejor posible.

Las enfermeras según **Kersner, P.** necesitan comprender que el sistema de salud en su afán por resolver la enfermedad y prolongar la vida, ha incrementado el uso de tecnologías complejas, sin embargo el esfuerzo debe ser grande y serio para evitar que el paciente sea tratado como una máquina que debe funcionar el mayor tiempo posible.

Siendo las dos grandes contradicciones de la medicina, aliviar el sufrimiento y prolongar la vida, no puede obviarse el análisis de la forma en que la actual tolerancia al procedimiento pueda mejorar; en este sentido, los estudios revisados, específicamente, los correspondientes a **Varela, L y Raviña, R. (2005 p. 14-38)** no enfocan la tolerancia de un modo integral como se hizo en esta investigación, es decir como la medida en que el paciente logra una adaptación psicosocial, ellos abordan la tolerancia en su dimensión netamente biológica, situación altamente comprensible por la envergadura de las alteraciones fisicoquímicas y los riesgos de complicaciones en los que está inmerso el paciente; en este sentido los riesgos mayores están estrechamente vinculados a las complicaciones agudas y crónicas propias de la hemodiálisis.

En forma aguda, la depleción de hidrosalina, la disfunción del sistema nervioso vegetativo en especial en adultos mayores y diabéticos, la medicación vasodilatadora y el desbalance electrolítico generan hipotensión que a su vez motiva presencia de calambres, náuseas y vómitos. Por otro lado la acción asociada de algunas membranas con carga negativa y el tratamiento con inhibidores de algunas enzimas de conversión de la angiotensina, potenciales contaminantes del líquido, los desincrustantes y la heparina, pueden dar lugar a reacciones de hipersensibilidad, hemorragia, fiebre, dolor torácico y arritmias, entre otros.

El síndrome de desequilibrio, leve: intranquilidad, náuseas, vómitos, visión borrosa y espasmos musculares y fuertes: desorientación, temblor, convulsiones, arritmias cardíacas y muerte, son producto de la disminución brusca de sustancias osmolares en la sangre junto con la corrección intempestiva de la acidosis y aún la presencia de edema cerebral.

En casos severos no infrecuentes, la ruptura de catéteres, la desconexión de piezas del circuito o los sistemas de infusión no bien delimitados, pueden dar lugar a embolismo aéreo. La hipoxemia no es rara, puede relacionarse a microembolismos pulmonares, alcalosis metabólica sobre todo en diálisis con bicarbonato, pérdida de CO₂ por el líquido de diálisis o insuficiencia cardíaca por carga de hidrosalina. El estado previo del paciente y la precisión técnica en la programación de la máquina hacen indispensable la intervención responsable, oportuna y altamente especializada de la enfermera. Ninguna máquina por perfecta que sea podrá suplir el buen juicio y sentido ético de una enfermera (**Urden, 1996**).

La evaluación de la tolerancia en un sentido integral hace la diferencia entre el enfoque biomédico y la visión holística del cuidado de enfermería. **Colliere, (1996)** enfatiza la riqueza y trascendencia del acto de cuidar, se denomina la tecnología blanda, dura e híbrida, pero el foco de interés es utilizar mejor esa tecnología, ponerla a la medida del hombre; el conocimiento del nivel de tolerancia del paciente a la hemodiálisis y su relación con variables como la edad, tiempo de tratamiento, las actitudes y el nivel de información de las personas sobre sus dolencias y la forma de afrontarlo, es la base de la actualización de las intervenciones profesionales en un intento cada vez mayor de personalizar los elementos que garanticen una respuesta terapéutica y humana plena de calidad de vida. (**Stefano Vinaccia, 2004**).

Una paciente que hemodializa y logra una mayor tolerancia a la hemodiálisis logrará no solo más años de vida sino menos minusvalía, mejor estado funcional y la percepción de ser digno de la vida y aportar a los demás.

En este sentido el trabajo pone de relieve la urgente necesidad de avanzar en el diseño de intervenciones interdisciplinarias sobre todo en los aspectos nutricionales por el marcado deterioro que se produce al no poder excretar determinados productos nutrientes: agua, sodio, potasio, calcio y otros productos nitrogenados, el fósforo y el aluminio. Asimismo es vital el seguimiento de los pacientes dado que la tasa de sobrevivencia mejora conforme mejora la calidad de los servicios sin dejar de mencionar el rol preventivo promocional como el único que puede revertir niveles de prevalencia tan alta y costos elevados para el sistema de salud.

No existen aún en nuestro medio otras alternativas por lo que el estudio realizado abordó la hemodiálisis de alta eficiencia; las muertes sin causa estimada en hemodiálisis, son muertes por trastornos hidroelectrolíticos o causa cardiovascular y entre todo por falta de control de la presión arterial, información de base para retro alimentar el conjunto de intervenciones realizadas.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Entre los factores personales del paciente con I.R.C.T. en programa de hemodiálisis, la edad, tiempo de tratamiento, el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y las actitudes, mostraron relación significativa con el nivel regular de tolerancia del paciente a la hemodiálisis.

2. Los pacientes mayores de 41 años guardan relación con el nivel de tolerancia alcanzado por el paciente en el procedimiento dialítico.

3. Pacientes con mayor tiempo de hemodiálisis guardan relación con el nivel de tolerancia alcanzada por el paciente al tratamiento hemodialítico.

4. En nivel de conocimiento de los pacientes fue de tipo regular, enfatizando una visión clara de su situación, de los cuidados a seguir y de la necesidad de cumplir con el horario de diálisis para continuar viviendo.

5. Las actitudes evidenciaron una dirección medianamente favorable con tendencia a lo desfavorable; siendo las principales percepciones las correspondientes a los cambios en el estilo de vida y en el nivel de independencia personal.

6. El nivel de tolerancia alcanzado por los pacientes del grupo de estudio fue de nivel regular, evidenciado en complicaciones agudas en el aspecto biológico, de

tipo moderado y en el aspecto psicosocial mostró tendencia al aislamiento, percepción de aumentar la carga para la familia y generar mayor acercamiento a Dios.

5.2 Recomendaciones

Para la enfermera:

1. Perfeccionar el proceso de valoración permanente del estado clínico de acuerdo con la evolución y particularidad de cada paciente con la finalidad de disminuir las complicaciones y favorecer a una mayor tolerancia al procedimiento.

2. A considerar se pone lineamientos para un Modelo de Atención integral para pacientes en hemodiálisis permanente – basado en la teoría de Callista Roy.
(VER ANEXO N° 1)

ANEXOS

ANEXO Nº 1

LINEAMIENTOS PARA UN MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA INTEGRAL PARA PACIENTES EN HEMODIALISIS PERMANENTE - BASADA EN LA TEORIA DE CALLISTA ROY

1. Definición del modelo.

El modelo planteado es la representación gráfica del modo como se pueden organizar los recursos existentes con el propósito de brindar apoyo especializado que incremente la tolerancia general del paciente a la diálisis y le procure calidad de vida.

2. Premisas del modelo (Modelo de Adaptación de Callista Roy)

- El comportamiento humano refleja adaptación a las fuerzas del entorno y el organismo.
- La adaptación es un proceso de respuesta positiva a los cambios producidos en el entorno, esta respuesta positiva disminuye las respuestas necesarias para afrontar los estímulos y eleva la sensibilidad para propiciar nuevas respuestas ante nuevos estímulos.
- Las respuestas reflejan el estado del organismo y las propiedades del estímulo, por lo que pueden verse como procesos activos.

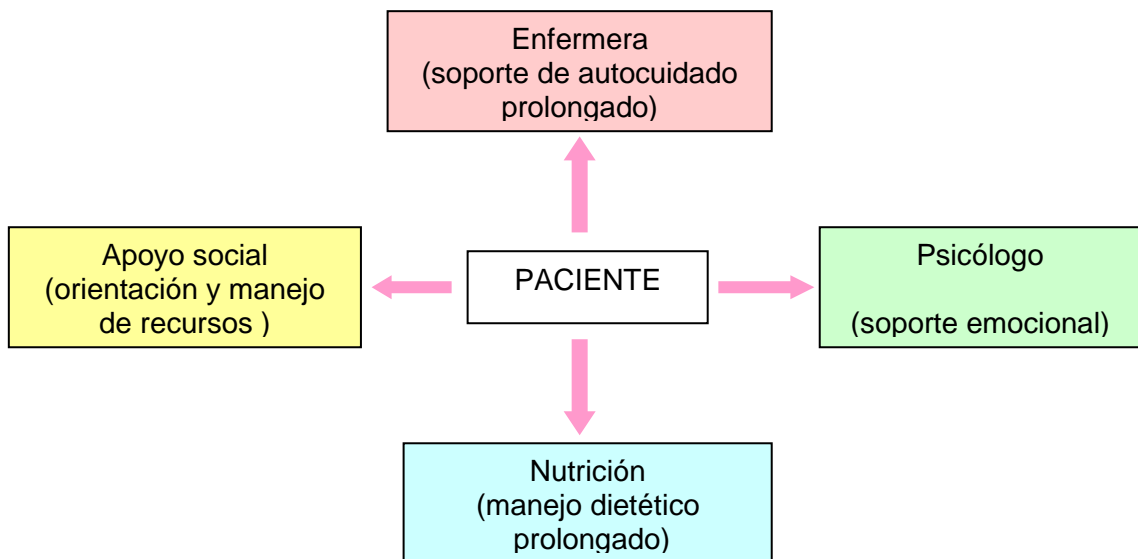
3. Objetivos del modelo

- Crear un clima de confianza y acercamiento entre los proveedores del servicio y el paciente.
- Facilitar el control de respuesta del paciente al tratamiento y ofrecer ayuda específica.
- Fomentar la mayor calidad de vida posible en el paciente.

- Componente organizativo
- Componente de asesoría específica
- Componente evaluativo
- Componente de información

5. Estrategias de modelo

- Comunicación permanente entre proveedores y el paciente.
- La coordinación entre los miembros de salud.
- Consejería especializada en áreas claves.



6. Programa de acciones

- Reuniones semanales
- Plan de actividades
- Evaluación de casos críticos
- Evaluación de resultados

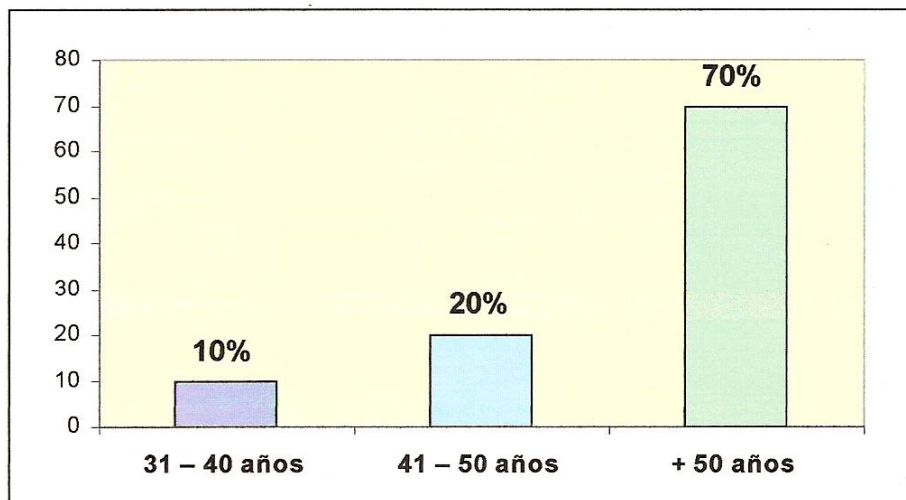
ANEXO Nº 2

TABLA Nº 07

EDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

EDAD	Nº	%
TOTAL	30	100.0
31 – 40 años	03	10.0
41 – 50 años	06	20.0
+ 50 años	21	70.0

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre – Diciembre 2005.



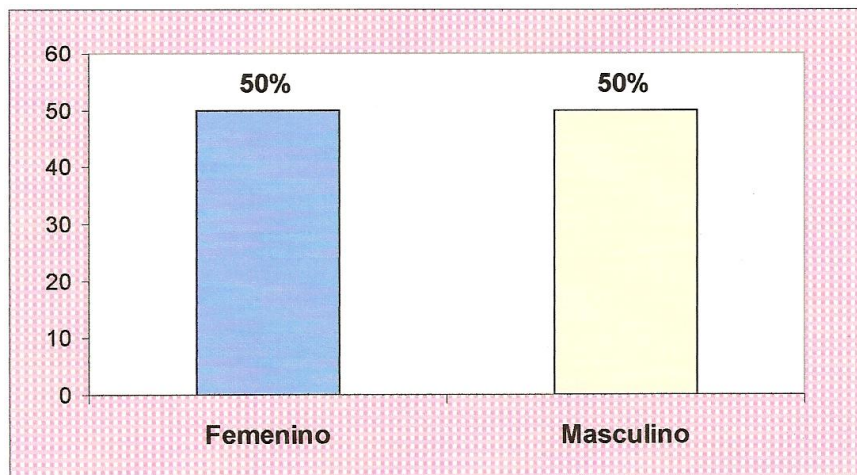
ANEXO Nº 3

TABLA Nº 08

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU SEXO

SEXO	Nº	%
TOTAL	30	100.0
FEMENINO	15	50.0
MASCULINO	15	50.0

Fuente: Encuesta ejecutada por el investigador en el servicio de hemodiálisis del H.N.G.A.I., durante los meses de Noviembre – Diciembre 2005.



ANEXO Nº 4

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones de la variable	Indicadores
Factores personales	Son atributos o características propias que posee el paciente sometido a hemodiálisis en el orden sociodemográfico, biológico y psicológico, que forman parte de sus recursos para enfrentarse a la enfermedad.	<p>Biológica</p> <p>Sociodemográfico</p> <p>Psicológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Tiempo de enfermedad - Ocupación - Grado de instrucción - Conocimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Sobre la enfermedad • Objetivos del tratamiento • Riesgos del tratamiento • Ventajas del tratamiento • Periodicidad del tratamiento • Cuidado a seguir con la fistula • Con la dieta • Con la actividad • Fármacos a usar • Control periódico de la salud • Medidas higiénicas generales - Actitudes : <ul style="list-style-type: none"> • Hacia la enfermedad • Hacia el tratamiento • Hacia la familia • Hacia el personal de salud • Hacia el control de la salud • Hacia los amigos • Hacia su trabajo • Hacia su pareja

ANEXIO N° 5

CUESTIONARIO

I. Presentación

Estimado(a), señor(a), mi nombre es Vanesa Márquez Morales, estudiante de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza en esta oportunidad estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar los conocimientos y actitudes que tiene sobre al tratamiento Hemodialítico. Espero su colaboración.

II. Instrucciones

A continuación se presenta una serie de enunciados, de los cuáles debe marcar la alternativa que considere correcta con un círculo o una aspa (X). Recuerde, no hay respuesta buenas ni malas, su opinión para nosotros es muy valiosa y de carácter anónima. Gracias.

III. Datos generales

1° Edad 2° Sexo M F.....3°
Ocupación
4° Tiempo de enfermedad 5° Tiempo en hemodiálisis
6° Grado de instrucción Primaria () Secundaria () Superior ()

IV. Datos específicos

1° La insuficiencia renal crónica Terminal es:

- a. La obstrucción momentánea del riñón
- b. Es la disminución lenta, progresiva e irreversible de la función renal.
- c. Cuando los riñones dejan de funcionar pero se pueden curar.
- d. La lesión a nivel de los uréteres y vejiga.

2° Las principales signos y síntomas de la Insuficiencia Renal son:

- a. Ausencia de orina, hinchazón del cuerpo, vómitos, náuseas, pérdida del apetito.
- b. Nauseas y pérdida del apetito.
- c. Orinar varias veces al día y vómitos.
- d. Manchas rojas en la cara y vómitos.

3° Los tratamientos que sustituyen la función renal son:

- a. Cateterismo vesical y la hemodiálisis.
- b. La hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal.
- c. Fístula y la diálisis peritoneal.
- d. Cateterismo y la fístula arteriovenosa.

4° La hemodiálisis es un procedimiento que:

- a. Consiste en limpiar la sangre de sustancia tóxica (dañinas) y eliminar el agua en exceso.
- b. Permite eliminar la sangre contaminada.
- c. Consiste en ponerme sangre de otra persona
- d. Se realiza a través de una membrana.

5° La ventaja de la hemodiálisis es que:

- a. Es un tratamiento que dura hasta que el riñón recupere su función.
- b. Permite vivir más tiempo y sentirse mejor, pero no son una cura de la enfermedad.
- c. Mejora la función de los riñones.

d. Solo dura 30 minutos.

6º Las complicaciones más frecuentes durante la hemodiálisis es:

- a. Problemas digestivo (dolor de estómago, diarreas).
- b. Alergias
- c. Disminución de la presión arterial, calambres musculares, dolor de cabeza, náuseas.
- d. Hinchazón de piernas y brazos.

7º Para el tratamiento hemodialítico sea eficaz tiene que cumplirse unas condiciones.

- a. Acudir a mis sesiones por semana y cumplir con el tiempo de duración de la hemodiálisis.
- b. Acudir a la hemodiálisis cuando me sienta mal.
- c. Dejar de tomar los medicamentos que controlan la presión arterial.
- d. Alterar el régimen alimenticio.

8º La fístula es

- a. Una membrana por donde la sangre pasa al exterior.
- b. Es la unión de una arteria y una vena para aumentar el volumen sanguíneo.
- c. Es la máquina dializadora.
- d. Una aguja que permite el ingreso de sangre a la arteria.

9º Los cuidados que debo tener con la fístula es No: (puede marcar más de una alternativa)

- a. Extraer sangre y tomar la presión arterial es el brazo de la fístula.
- b. Hacer ejercicios bruscos sobre en el brazo de la fístula.
- c. Revisar y palpar el funcionamiento de la fístula colocando el dedo sobre ella y percibir un temblor fino.
- d. Llevar reloj apretado o ropa ajustada.

10º El mal sabor de la boca en pacientes sometidos a hemodiálisis se debe a:

- a. No lavarse la boca.
- b. La acumulación de urea en sangre.
- c. La disminución de la hormona eritropoyetina.
- d. No usar enjuagues bucales según indicación médica.

11º Las personas con tratamiento hemodiálisis necesita un régimen dietético y medicamentoso por que:

- a. Ayudan a completar el tratamiento y disminuir los síntomas de la enfermedad.
- b. El médico lo cree necesario.
- c. En casa la familia es más estricta.
- d. No tendría que venir tan seguido al hospital.

12º Realizar ejercicios de compresión con una pelota de goma, se recomienda por que:

- a. La enfermera me recomendó para relajarme.
- b. Permite un mayor desarrollo de las manos.
- c. Ayudara a que la fístula tenga un mejor desarrollo para poder hemodializarme.
- d. Disminuye el dolor de la fístula.

13° La anemia se produce por:

- a. Ingerir pocos líquidos.
- b. Porque el riñón produce poca cantidad de eritropoyetina.
- c. Por que tengo una dieta estricta.
- d. Por herencia.

14° Durante la hemodiálisis se eliminan sustancias importantes para el buen funcionamiento del organismo.

- a. Urea y ácido.
- b. Urea y creatinina
- c. Vitamina D, calcio, complejo B.
- d. Creatinina

15° Usted cree que la poca cantidad de líquidos que toma diariamente:

- a. Le ayuda a disminuir las náuseas y vómitos.
- b. Le sirve para que funcionen mejor los riñones.
- c. Evita la acumulación de líquidos en el cuerpo.
- d. Es para no orinar muchas veces.

16° Se recomienda tomar medicamentos para:

- a. Curar a los riñones.
- b. Disminuir la hinchazón del cuerpo.
- c. Manejar las complicaciones de la insuficiencia renal.
- d. Porque la enfermera me lo dijo.

17° Cuántos kilos de peso puede ganar en el período interdialítico (de diálisis a diálisis)

- a. Menor de 1 kilo.
- b. De 1 a 3 kilos
- c. Más de 3 kilos
- d. Desconozco

18° Con respecto a la higiene bucal se recomienda:

- a. Evitar el uso de enjuagues bucales.
- b. Usar cepillos suaves que no dañen las encías.
- c. Lavarse los dientes una vez al día.
- d. Hacerlo rápido para evitar el desgaste de los dientes.

19° Para prevenir el sangrado de la fístula, después del hemodiálisis debo:

- a. Comprimir con una gasa estéril el sitio de punción aproximadamente 10 a 15 minutos.
- b. Realizar esfuerzos con el brazo de la fístula.
- c. Apoyarme en el brazo para ponerme de pie.
- d. Esperar a que solo se detenga el sangrado.

V. Actitudes

Lea detenidamente cada afirmación y luego marca con un aspa (X) dentro del cuadrado según usted crea conveniente.

AFIRMACIONES	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy desacuerdo
1º La enfermedad renal es crónica, pero teniendo los cuidados necesarios, es posible vivir bien.					
2º Para que cuidarse tanto si en verdad nunca me sanare					
3º Creo que soy capaz de hacer frente a la enfermedad					
4º Creo que nada ni nadie puede hacer algo por mi salud.					
5º Existe limitaciones para comer y beber pero con el tiempo una se acostumbra.					
6º Mi vida nunca volverá a ser lo que era antes de esta enfermedad.					
7º El tratamiento de hemodiálisis es molesto pero me permite seguir viviendo.					
8º Para que seguir con mis controles si nunca me recuperaré					
9º Mi familia es más importante me da fuerza para seguir adelante.					
10º Vivir para ya no seguir disfrutando de la comida ya no es vida.					
11º Tomo mis medicamentos a la hora que mi indica el doctor.					
12º Tengo problemas familiares a causa de mi enfermedad.					
13º Dios me da fuerza para seguir adelante.					
14º soy una carga para mi familia ya no quiero seguir viviendo.					
15º Me siento acogido, reconfortado emocionalmente por los que me rodean.					
16º He perdido el interés en las actividades sociales y recreativas.					
17º Veo mi enfermedad como un desafío (reto) en mi vida.					
18º Para que seguir trabajando si todos me miran con lastima.					
19º Cambiar mi dieta y ejercicio físico me ha costado mucho pero mejora mi salud.					
20º Tengo tanta cólera e impotencia por lo que me está pasando.					
21º Desde que estoy enfermo me he vuelto más religioso					
22º Desde que estoy enfermo me he distanciado de mis amigos.					
23º Desde que tengo esta enfermedad mi familia está más unida.					
24º Cuando voy a mis controles me muestro negativo(a) no colabro con el personal de salud					
25º Mi enfermedad y su tratamiento me impiden trabajar.					
26º Hablo de como me siento acerca de mi enfermedad.					
27º Tengo dificultad en expresar mis sentimientos a los médicos y enfermeras.					
28º A mi esposa(o) y a mi nos ha costado mucho seguir adelante por mi enfermedad, pero siento que cada día nos queremos y estamos más unidos.					
29º Desde que tengo esta enfermedad mi apariencia física ha cambiado, no me siento bien.					
30º Intento encontrar un significado para todo esto que me esta pasando.					
31º Desde que tengo la enfermedad ya no puedo dormir como antes.					
32º Me mantengo ocupado en otras actividades porque quiero sentirme útil.					
33º Siento que mi pareja siente pena por mi.					
34º Me siento capaz de seguir adelante y enfrentar esta enfermedad por mi y mi familia.					

ANEXO Nº 6

LISTA DE COTEJO

Objetivo: Conocer el nivel de tolerancia que e evidencia en el paciente al tratamiento hemodiálitico permanente.

Indicadores	Nº de Observaciones Fecha		Observación	
			SI	NO
Biológico				
1º Presenta cefalea durante la hemodiálisis.				
2º Presenta náuseas				
3º Controla las náuseas				
4º Presenta contracturas o calambres musculares				
Se evidencia alteraciones hemodinámicas				
Como:				
5º Hipotensión				
6º Hipertensión				
7º Arritmias				
8º Taquicardia				
9º Bradicardia				
10º Presenta dolor torácico				
11º Se muestra fatigado (debilidad general)				
12º Presenta convulsiones				
13º Presenta hemorragias				
14º Con tendencia a las somnolencia				
15º Presenta insomnio				
16º Presenta disnea				
Psicosocial				
Evidencia reacciones emocionales:				
17º Ansiedad				
18º Dolor				
19º Impotencia				
20º Negación				
21º Depresión				
22º Cólera				
23º Ira				
24º Agresión				
25º Culpa				
26º Expresa sentimientos de minusvalía				
27º Se muestra con tendencia al aislamiento				
28º Expresa temor e inseguridad				
29º Se muestra tranquilo				
30º Muestra deseo de colaboración con el personal				
31º Se muestra ansioso y preocupado.				

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTARA José A. (1992) **Como Educar las actitudes** Editorial CEAC S.A. II ed. – España.
- BERMEJO, José (1994) **Clínico de Enfermería.** Vol. 3. Ed. Interamericano. México.
- Biblioteca Clínica para enfermeras **Enfermedades Renales y Urológicas** (1986) Ed. Científica 1ra Edición – México
- BORRERO y MONTERO (2003) **Fundamentos de Medicina Nefrológica** Editorial CIB 4ª edición – Colombia
- BRUNNER y SUDDARTH (1997) **Enfermería Médico Quirúrgico** 8 va. Ed. Volumen II – México
- CAPORALE (2005) **Tratamiento Dialítico.** Uruguay
- COON, Dennis (1999) (1999) **Exploración y Aplicación** 8va Ed. México, Internacional Thomson Editores, S.A. de C.V.
- CHARLIN DE GROOTE, Victor (2002) **Dietoterapia de la Insuficiencia Renal.** Chile
- DAVIDOFF. L. (1987) **Introducción a la psicología** 3ra Edición ed. McGraw Hill Interamericana – México
- FARRERAS y ROMAN **Medicina Interna** 15ª edición Volumen I
- Grupo de cuidado Facultad de Enfermería **Cuidado y Práctica de Enfermería** Bogotá.
- Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería **Dimensión del Cuidado** 1ra Edición.
- Instituto de Nefrología y Urología **Manual de Enfermería para Hemodiálisis y sus avances.** 1ra Edición Uruguay

- KERSNER, Pablo
(1999) ***Aspecto Psicosociales del paciente en hemodiálisis*** Argentina.
- LUQUE V. Emilia
(2003) ***Diálisis, realidad subjetiva de convivir con una enfermedad***
- MUNZENMAYER, J. BARRA E y otros ***Caracterización y análisis del seguimiento de paciente durante 15 años en Centro de Diálisis.***
- PROFOPEC
(2005) ***Colegio de Enfermeros del Perú***
- REYES S; Aymara
(2003) ***Apoyo Social y Funcionamiento Familiar en pacientes con IRC en hemodiálisis*** Cuba
- Servicio Asistencial Integral Renal
(1993) ***Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.***
- VALDERRABANO, Fernando ***Tratado de hemodiálisis***, Ed. Jims España
(1999)
- VARELA L.; Raviña. A
(2005) ***Efectividad y Seguridad de las diferentes variantes de hemodiálisis y hemofiltración***
Santiago de Compostella.7.
- VINACCIA A.; Stefany
(2003) ***Calidad de Vida en pacientes con enfermedades crónicas.*** Colombia.
- WHITTAKER J.
(1981) ***Psicología*** 3ra Ed Interamericana – México

PÁGINAS WEB:

www.medwave.cl/perspectivas/nefrologia/setiembre2005/1.act.

www.respyn.vanl.mx/espacialesam.m.fen/o6.html.

www.ninsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter

<http://www.medwave.c/perspectivas/nefrologia/septiembre2005/1.oct>.

<http://www,aqfu,org.uy/revistas.1998/abril/nefropat.htm>

<http://www-eñostas>

met/listas/procuraci3n_transplante/archivo/indice/136/msg/150/&scortcat/.