



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

T E S I N A

**“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A N :

JULIÁN LUNA LORENA

202227406

LICEAGA RODRÍGUEZ BERENICE ITZEL

202345848

VARGAS TLAYACAC MODESTA

201348576

A S E S O R A I N T E R N A :

LIC. EN ENF. MARITZA GARCÍA NÚÑEZ

COORDINADORA DE LA LIC. EN ENFERMERÍA UAM-X

A S E S O R A S E X T E R N A S :

LIC. EN ENF. LUZ MARÍA BARAJAS RAMOS

JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SUR HJM

LIC. EN ENF. ANGÉLICA ALCÁNTARA MÉNDEZ

COORDINADORA DE ENSEÑANZA DEL HJM

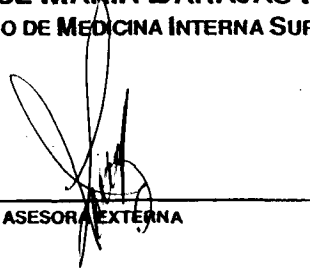
**MÉXICO, D. F.
JULIO 2007**

LIC. EN ENF. MARITZA GARCÍA NÚÑEZ
COORDINADORA DE LA LIC. EN ENFERMERÍA UAM-X



ASESORA INTERNA

LIC. EN ENF. LUZ MARIA BARAJAS RAMOS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SUR HJM



ASESORA EXTERNA

LIC. EN ENF. ANGÉLICA ALCÁNTARA MÉNDEZ
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DEL HJM



ASESORA EXTERNA

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Arvelita Alcántara Méndez por su constante interés para que nuestro servicio Social fuera grata y por brindarnos su tiempo y dedicación en el desarrollo de este proyecto.

A la Lic. María Guadalupe Ramos por su valiosa aportación como asesora.

A la Mtra. María del Socorro Flores por su apoyo como coordinadora de enseñanza al inicio de nuestro Servicio Social.

A la Lic. María Guadalupe García Núñez por la asesoría y el tiempo que nos brindó en el desarrollo de este proyecto.

A la Mtra. Concepción González Juárez, por su apoyo y facilidades otorgadas para la realización de las encuestas en el servicio de enfermería.

A los pacientes de enfermería internados que amablemente colaboraron para la realización de las encuestas.

Y a todas aquellas personas dentro y fuera del Hospital Juárez de quienes de una u otra forma participaron e hicieron posible la culminación de este proyecto.

GRACIAS

Julián Luna Lorena
Liceaga Rodríguez Berenice Itzel
Vargas Tlayacac Modesta

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | Página |
|--|--------|
| RESUMEN | III |
| GLOSARIO DE TERMINOS | IV |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| 3. OBJETIVOS | 3 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 5. MARCO TEÓRICO | 5 |
| CAPÍTULO I | 6 |
| 5.1. ESTADO DEL ARTE | 7 |
| CAPÍTULO II | 9 |
| 5.2. ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DEL SISTEMA RENAL | 10 |
| CAPÍTULO III | 13 |
| 5.3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA | 14 |
| 5.3.A. FISIOPATOLOGÍA DE LA IRC | 14 |
| 5.3.B. TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA IRC | 16 |
| 5.3.C. TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS DE LA IRC | 17 |
| 5.3.C.I. DIÁLISIS PERITONEAL | 18 |
| 5.3.C.II. HEMODIÁLISIS | 18 |
| 5.3.C.III. TRANSPLANTE RENAL | 19 |
| CAPÍTULO IV | 20 |
| 5.4. ANTECEDENTES DE LA HEMODIÁLISIS | 21 |
| 5.4.A. HEMODIÁLISIS | 22 |
| 5.4.A.I. ACCESOS VASCULARES | 22 |
| 5.4.A.I.i. TEMPORALES | 22 |
| 5.4.A.I.ii. PERMANENTES | 24 |
| 5.4.A.II. COMPLICACIONES | 25 |
| 5.4.A.II.i. DURANTE LA INSTALACIÓN | 25 |
| 5.4.A.II.ii. DURANTE EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS | 25 |
| 5.4.B. PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON CATÉTER DE DOBLE LUMEN | 26 |
| 5.4.B.I. PREPARACIÓN DE LA MÁQUINA | 28 |
| 5.4.B.II. CONEXIÓN | 28 |
| 5.4.B.III. DESCONEXIÓN | 29 |

| | Página |
|---|---------------|
| CAPÍTULO V | 31 |
| 5.5. EL AUTOCUIDADO A TRAVÉS DE LA HISTORIA | 32 |
| 5.5.A. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO, DOROTHEA OREM | 33 |
| 5.5.B. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO | 35 |
| 5.5.C. AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA | 36 |
| 5.5.C.I. ALIMENTACIÓN | 37 |
| 5.5.C.II. PROBLEMÁTICA SOCIAL | 39 |
| 5.5.C.III. PROBLEMÁTICA LABORAL | 39 |
| 5.5.C.IV. PROBLEMÁTICA ECONÓMICA | 40 |
| 5.5.C.V. PROBLEMÁTICA FAMILIAR | 40 |
| 5.5.C.VI. PROBLEMÁTICA DE DEPENDENCIA | 41 |
| 5.5.C.VII. PROBLEMÁTICA DE DESPLAZAMIENTO | 41 |
| 5.5.C.VIII. PROBLEMÁTICA EMOCIONAL | 41 |
| 5.5.D. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. | 42 |
| METODOLOGÍA | 43 |
| 6. HIPÓTESIS | 44 |
| 7. VARIABLES, CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN | 45 |
| 8. DISEÑO METODOLÓGICO | 48 |
| 9. RESULTADOS | 50 |
| 10. ANÁLISIS DE RESULTADOS | 71 |
| 11. CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS | 83 |
| 12. CONCLUSIONES | 85 |
| 13. SUGERENCIAS | 86 |
| 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 87 |
| 15. APÉNDICES | 89 |
| 15.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN | 90 |
| 15.2. ENCUESTA PARA DETERMINAR CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS | 91 |
| 15.3. GUÍA DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CON CATÉTER MAHURKAR | 94 |
| 15.4. TRÍPTICO "ASPECTOS GENERALES DE LA INSUFICIENCIA RENAL PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CON CATÉTER MAHURKAR" | 108 |

RESUMEN

Introducción: La Insuficiencia Renal Crónica constituye un problema de salud en México, y tiene varias modalidades de tratamiento como lo es la diálisis peritoneal y la hemodiálisis en la cual se enfoca la presente investigación. Es común que estos pacientes dependan del tratamiento hemodialítico que lleva a cabo el personal de salud en el hospital dejando a un lado los cuidados que debe realizar el mismo, es decir, presentan un déficit en la capacidad de autocuidado, lo cual disminuye su calidad de vida.

Material y métodos: Se estudiaron 20 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Juárez de México, para determinar su capacidad de autocuidado. Se utilizó un cuestionario de 46 preguntas abiertas y de opción múltiple explorando factores físicos, emocionales, cognitivos, sociales y funcionales, el cual se aplicó como entrevista cara a cara para obtener resultados más fidedignos. La edad promedio fue de 39.8 años y predominó el sexo masculino (60%).

Resultados: Se observó que desconocen los cuidados que deben realizar en su catéter, ya que un 90% considera que lo único que debe hacer es no mojarlo, además desconocen los signos de infección (55%), las complicaciones que pueden presentarse durante la hemodiálisis (55%), el motivo de instalación del catéter (33%) y en que consiste el tratamiento de hemodiálisis (33%). Es importante mencionar que el 40% de los encuestados respondieron no haber recibido orientación acerca del catéter, y un 30% considera que no se le ha dado suficiente información sobre su enfermedad. Un factor que podría influir en el déficit de conocimientos de los pacientes es que el 40% refirió tener dificultad para recordar la información que se les da.

Conclusiones: se evidenció un déficit en el funcionamiento cognitivo ya que no cuentan con la suficiente información para llevar a cabo los cuidados que necesitan debido a la IRC. Un factor que influye en el déficit funcional es la limitación que el mismo paciente percibe por su enfermedad y por la cual deja de realizar diversas actividades como trabajar. Por último, el autocuidado no sólo es responsabilidad del paciente sino también del personal de salud que debiera poner mayor énfasis en el mismo.

Palabras clave: *Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis y Autocuidado.*

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anastomosis: Unión de un elemento anatómico con otro.

Azado: Dicho principalmente del agua.

Azotemia: Se presenta en aproximadamente 4 de cada 1.000 personas y puede ser causada por cualquier condición que produzca una reducción del flujo sanguíneo al riñón.

Catabolismo: Conjunto de procesos metabólicos de degradación de sustancias para obtener otras más simples.

Creatinina: Es el resultado de la degradación de la creatina, que es un componente de los músculos.

Electrolito: Sustancia que se somete a la electrolisis (descomposición de una sustancia en disolución mediante la corriente eléctrica).

Enzima: Sustancia capaz de acelerar o provocar ciertos procesos químicos en el metabolismo, sin sufrir modificación.

Eritrocito: Glóbulo rojo de la sangre.

Eritropoyetina: Proteína reguladora de la formación de glóbulos rojos. Producida principalmente por el riñón (90%) y el resto en el hígado.

Estenosis: Trastorno caracterizado por la constricción o estrechamiento de un orificio o una vía de una estructura corporal.

Glomérulo: Agrupamiento denso, a modo de madeja, de vasos, glándulas o nervios. Es un vaso capilar rodeado por una envoltura externa en forma de copa llamada cápsula de Bowman.

Glomerulonefritis: Enfermedad caracterizada por inflamación intraglomerular y proliferación celular asociada con hematuria.

Glucogénesis: Producción de glucógeno (sustancia de reserva que al ser utilizada se transforma en glucosa).

Glutamina: Amina del ácido glutámico cuya formación es catalizada por la glutaminasa (enzima presente en numerosos tejidos orgánicos).

Homeostasis: Tendencia al equilibrio o estabilidad orgánica en la conservación de constantes biológicas.

Índice de Masa Corporal (IMC): Índice de masa corporal el cual indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: su peso actual y su altura. Este índice es el primer paso para conocer el estado nutricional de cualquier

persona. Su cálculo arroja como resultado un valor que indica si la persona de la cual se habla se encuentra por debajo, dentro o excedida del peso establecido como normal para su tamaño físico. La ecuación matemática que permite obtener su valor es la siguiente: peso actual / (altura²).¹

Ion: Átomo o grupo de átomos que han adquirido carga eléctrica a través de la ganancia o pérdida de uno o más electrones.

Letargia: Estado en el que el individuo se encuentra indiferente, apático o perezoso. Somnolencia profunda y prolongada.

Nefrona: Es la unidad estructural y funcional básica del riñón, responsable de la purificación de la sangre.

Osmolaridad: Número de moléculas osmóticamente activas por litro de solución.

Osteodistrofia: Engloba al conjunto de alteraciones óseas que se observan en la uremia.

Peritoneo: Membrana serosa que reviste la cavidad abdominal y forma pliegues que envuelven las vísceras situadas en esta cavidad.

Pielonefritis: Infección aguda o crónica del riñón generalmente causada por bacterias.

Potasio: Es un oligoelemento fundamental en el metabolismo celular. Elemento químico que en muy pequeñas cantidades es indispensable para las funciones fisiológicas. Un nivel demasiado elevado o demasiado bajo de potasio puede debilitar los músculos y alterar el ritmo del corazón.

Sistema Renina – Angiotensina – Aldosterona: Es el regulador más importante de la secreción de aldosterona (hormona de la corteza de las glándulas suprarrenales que regula el metabolismo de los electrolitos, principalmente sodio, potasio y cloro).

Técnica de Seldinger: Llamada así por su creador, se realiza localizando la vena mediante una aguja fina y una vez obtenido el flujo de sangre se introduce una guía metálica flexible con punta blanda a través de la aguja, se avanza el catéter apoyándose en la guía y sujetándola de manera firme para que no se deslice al territorio venoso; cuando el catéter ha progresado lo suficiente se retirara la guía sin arrastrar el catéter que queda situado en posición intravascular.

Tisular: Perteneciente o relativo a los tejidos de los organismos.

Uremia: Síndrome debido a un exceso de sustancias nitrogenadas en la sangre, secundario a una insuficiencia renal. Se caracteriza por náuseas, vómitos, cefaleas, prurito, somnolencia, y de no ser tratado puede llegar hasta el coma.²

¹ Secretaría de Salud

² "Diccionario de la Lengua Española", Vigésima segunda edición

1. INTRODUCCIÓN

“El autocuidado de la salud se inscribe dentro del concepto de Promoción de la Salud, el cual fue enunciado de manera precisa en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa. En esta reunión se señaló que la salud es un recurso para la vida y que esta se crea cuidando de si misma y de otros en la medida que se tiene la capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que afecten la vida y la salud de las personas (OMS/OPS. 1986)”.³

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una enfermedad progresiva e irreversible de la función renal, cuyo tratamiento puede ser la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y como último recurso el trasplante.

La hemodiálisis es un método que sustituye la función renal por medio de un acceso vascular que puede ser un catéter de doble lumen o una fístula arteriovenosa. Aunque es el tratamiento de mayor elección requiere que el paciente invierta más de 12 horas de su tiempo por semana así como modificar su estilo de vida.

El éxito del tratamiento no solo depende de asistir a las sesiones de hemodiálisis, sino también de llevar a cabo un estricto régimen terapéutico, poniendo énfasis en el autocuidado, el cual permitirá al paciente tener autonomía y a la vez mantener su salud al adaptarse a la enfermedad. En este camino debe contar con el apoyo familiar, social y profesional, de tal forma que exista una cooperación sin que el paciente pierda su espacio y su capacidad para decidir responsablemente.

La calidad del autocuidado está en función de factores como las condiciones biopsicosociales, conocimiento de la enfermedad y de prácticas de salud.

En la presente investigación, se da a conocer la capacidad de autocuidado en los pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México, determinada a través de un cuestionario.

Como preámbulo del tema presentamos una breve selección de argumentos de investigaciones relacionadas con el mismo.

Para brindar un panorama general acerca del tema de investigación abordamos desde la anatomía y fisiología del riñón, fisiopatología de la IRCT, tratamiento de Hemodiálisis y autocuidado de acuerdo a la teoría de Orem.

Los datos obtenidos de las encuestas realizadas se presentan a través de una gráfica y una tabla, que muestran las frecuencias y los porcentajes alcanzados. Posteriormente se hizo un cruce de variables los cuales se presentan de la manera ya mencionada y ofrecen una visión más amplia de la capacidad de autocuidado del paciente con IRCT.

³ Hernández Tezoquipa, Isabel, et. al., "Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios", Revista Acta Universitaria, Septiembre/Diciembre 2003, Vol. 13, No. 3, México

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué capacidad de autocuidado tienen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México?

3. OBJETIVOS

GENERAL:

✦ Determinar las capacidades de autocuidado de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México durante los meses de Mayo y Junio del 2007.

ESPECÍFICOS:

✦ Identificar, mediante revisión bibliográfica, los aspectos a evaluar para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

✦ Construir un cuestionario que nos permita, mediante una entrevista a la población de estudio, conocer sus aspectos de autocuidado.

✦ Analizar los datos obtenidos para determinar la capacidad de autocuidado de la población estudiada.

4. JUSTIFICACIÓN

El autocuidado es un factor crítico para la obtención y mantenimiento de la salud y bienestar del ser humano. Todas las personas tienen capacidades de autocuidado en mayor o menor grado, pero cuando surgen problemas como lo es una enfermedad crónica, se crean déficits que deberán ser compensados por personal de apoyo como la familia y el personal de salud.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis suele sufrir cambios psicológicos, sociales y en su estilo de vida que le afectan a él y a toda su familia.

Cuando se establece el tratamiento de una enfermedad crónica es importante mantener objetivos amplios que incluyan además del alivio de los síntomas físicos de la enfermedad, una evaluación de los efectos a nivel emocional, familiar y social, marcando así el énfasis en una visión más global del diagnóstico y tratamiento.

El paciente con IRCT en tratamiento de hemodiálisis debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismo, teniendo como prioridad el efectuar las modificaciones que le impone la enfermedad, acción que le permitirá sentirse más independiente y le producirá mayor seguridad al proporcionarse su propio cuidado; al mismo tiempo le ayudará a prevenir complicaciones.

Las personas tienen el derecho y la responsabilidad de participar individual o grupalmente en la planeación e implementación del cuidado de su salud y los profesionales de la salud tienen el deber de trabajar con ellos a fin de apoyar y motivar la adopción de estilos de vida saludables.

Por ello, es importante conocer las capacidades de autocuidado de los pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México, a manera de determinar la presencia de déficit en el mismo, para así, fomentar el interés tanto del paciente como del personal de salud en las acciones que mejorarán su calidad de vida y juntos interactúen para beneficio de su salud.

MARCO

TEÓRICO

CAPÍTULO I

5. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

5.1. ESTADO DEL ARTE

Los primeros trabajos que consideraron la calidad de vida del paciente con IRC se remontan a la década de 1970. En ellos se valoraba la calidad de vida a través del proceso de adaptación física y psicológica al tratamiento sustitutivo. Sus resultados indican la existencia de una elevada tasa de estrés en los pacientes renales y un detrimento en su calidad de vida (valorada mediante la estimación de la función física, la condición psicológica, la rehabilitación laboral y la función sexual).⁴

Existen factores que provocan alteraciones en la calidad del tratamiento, haciendo más o menos probables la falta de adhesión al mismo y las conductas autodestructivas; entre ellos están la rutina, mala situación emocional, la falta de rehabilitación socio-laboral, los pacientes que viven en el interior de la provincia, alejados de un centro especializado o el desapego familiar para realizar dicho tratamiento.⁵

La hemodiálisis, se debe realizar en forma continua y permite al individuo desarrollar actividades de la vida diaria.

Los descuidos en seguir el tratamiento, pueden ocasionar graves alteraciones físicas de fatales consecuencias. El éxito de la terapia requiere énfasis en el autocuidado, y permite que la persona tenga autonomía al actuar para mantener su salud o cumplir ciertas adaptaciones a la limitación que causa la enfermedad.

Además, se debe tener en cuenta el apoyo familiar, social, profesional o institucional, que recibe el sujeto de acuerdo con la magnitud de sus necesidades, de tal forma que se establezca una cooperación firme pero sin que pierda su identidad y su capacidad de decidir con responsabilidad.

Hay además algunos factores como las condiciones biopsicosociales, conocimiento de la enfermedad y de ciertas prácticas de salud que pueden influir en la calidad del autocuidado.

Los factores biológicos y sociales, requieren de atención del profesional de salud para garantizar prácticas educativas e indicaciones terapéuticas individuales y adecuadas; sin embargo, el grado de correlación de estas variables invita a explorar otros factores como la concientización del paciente acerca de su enfermedad y la motivación hacia el tratamiento y su recuperación.⁶

⁴ Reig, Martín F., et. al., "Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF)", Sociedad Española de Diálisis y Transplante, 2004, Vol. XXV, No. 2, España p. 79

⁵ Blunno, Graciela, et. al., "Elección del tratamiento en pacientes con IRC. Nuestra experiencia en seis años", Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante, Marzo de 2000, Número 50, Argentina, pp. 25 – 27

⁶ Toba, Natividad, et. al., "Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación con las características biológicas y sociales del individuo con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis", 1995, Vol. 26, Nº 4, Colombia Médica

Los pacientes con enfermedad renal en etapa final requieren el cuidado continuo. El autocuidado diario abarca el manejo de un complejo régimen de tratamiento que incluye restricciones dietéticas, limitaciones de líquido, medicamentos y cuidados del acceso vascular. Este cuidado cotidiano es responsabilidad del paciente.

La dirección del autocuidado aboga por pacientes que sean compañeros en su tratamiento, teniendo el conocimiento y habilidades de preocuparse por ellos, tomando decisiones sobre su cuidado, identificando problemas, poniendo objetivos, y supervisando síntomas.⁷

En los últimos años, se ha puesto especial énfasis en la necesidad de que estos pacientes, cuya calidad de vida y supervivencia ha aumentado notablemente, asuman las limitaciones que impone su enfermedad, y los autocuidados necesarios para mantener un nivel de independencia adecuado y evitar complicaciones derivadas del desconocimiento de ciertos aspectos fundamentales como lo son la dieta y los hábitos de vida.⁸

El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben ir dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y enfatizar en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo.⁹

⁷ Cleo J. Richard, "Self-Care Management in Adults Undergoing Hemodialysis", *Nephrology Nursing Journal*, Julio/Agosto 2006, Vol. 33, No. 4

⁸ Porcuna Ribas, Inmaculada, "Análisis de las necesidades educativas para el autocuidado de los pacientes en hemodiálisis", *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, II Trimestre 2000, Vol. 3, Nº2, Madrid

⁹ Andrés Galache, Belén, "Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis", *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, Julio/Septiembre 2004, Vol. 7, No. 3, Madrid

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

5.2. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA RENAL

El sistema urinario consta de dos riñones, dos uréteres, una vejiga urinaria y una uretra como se observa en la figura 1.

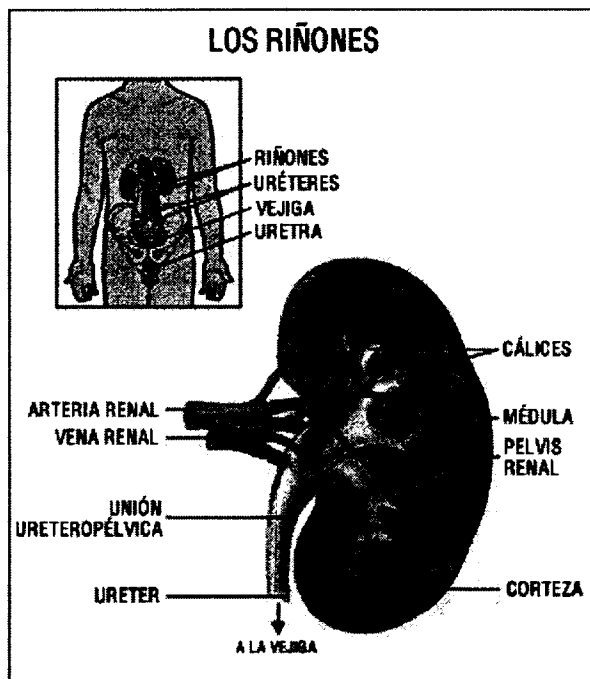


Figura 1: anatomía renal

Los riñones son órganos pares rojizos, en forma de frijol, localizados justo arriba de la cintura entre el peritoneo y la pared posterior del abdomen. Debido a su posición por detrás del peritoneo en la cavidad abdominal se dice que son órganos retroperitoneales. Se localizan entre la última vértebra torácica y la tercera lumbar, posición en la cual están protegidos en parte por los pares de costillas undécimo y duodécimo. El riñón derecho está un poco más abajo que el izquierdo debido a que el hígado ocupa un espacio considerable arriba del riñón derecho.

Aunque los riñones constituyen menos de 0.5% de la masa corporal total, reciben entre 20 y 25% del gasto cardíaco en reposo a través de las arterias renales derecha e izquierda. En adultos, el flujo sanguíneo renal es de 1200 mL por minuto aproximadamente.

La sangre se filtra a través de los riñones. Casi toda el agua y gran parte de los solutos retornan al torrente sanguíneo en tanto los restantes constituyen la orina; ésta se excreta de cada riñón por el uréter correspondiente y se almacena en la vejiga urinaria hasta salir del cuerpo, expulsada a través de la uretra. Al filtrar la sangre y formar la orina, los riñones contribuyen a la homeostasis.

Las funciones renales incluyen:

- *Regulación de la composición iónica de la sangre:* los riñones ayudan a regular la concentración de distintos iones en la sangre, principalmente de Na, K, Ca, Cl y HPO₄.
- *Mantenimiento de la osmolaridad de la sangre:* regulando por separado la pérdida de agua y la de solutos en la orina.
- *Regulación del volumen de la sangre:* al conservar o eliminar agua, los riñones regulan el volumen de la sangre y por consiguiente el del líquido intersticial.
- *Regulación de la presión arterial:* los riñones ayudan en los ajustes de presión arterial de dos maneras: al secretar renina, enzima que activa la vía renina-angiotensina y al modular la resistencia renal lo que a su vez afecta la resistencia vascular sistémica. El resultado de un aumento de renina o un incremento de la resistencia renal es la elevación de la presión arterial.
- *Regulación del pH sanguíneo:* los riñones excretan una cantidad variable de Hidrógeno (H) en la orina y retienen iones bicarbonato, un importante amortiguador de H. Éstas son dos actividades que contribuyen a regular el pH sanguíneo.
- *Liberación de hormonas:* los riñones liberan dos hormonas: calcitriol, la forma activa de la vitamina D, que ayuda a regular la homeostasis de calcio y la eritropoyetina, que estimula la producción de eritrocitos.
- *Regulación de la concentración de glucosa en sangre:* los riñones pueden desanimar el aminoácido glutamina, emplearlo para la glucogénesis y liberar glucosa en la sangre.
- *Excreción de desperdicios y sustancias extrañas:* mediante la formación de orina los riñones ayudan a eliminar desperdicios, sustancias sin función útil alguna en el cuerpo. Parte de los desperdicios excretados en la orina son resultado de reacciones metabólicas en el cuerpo.

ANATOMÍA EXTERNA DEL RIÑÓN

En el adulto un riñón normal mide de 10 a 12 cm de largo, de 5 a 7 cm de ancho y 3 cm de espesor y tiene una masa de 135 a 150 g. Cerca del centro del borde cóncavo se encuentra una fisura vertical profunda llamada *hilio renal* a través del cual sale el uréter del riñón, así como los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios. Cada riñón está rodeado por tres capas de tejido: *capa profunda*, *capa intermedia*, y *capa superficial*.

ANATOMÍA INTERNA DEL RIÑÓN

Un corte frontal a través del riñón revela dos regiones distintas: un área superficial de color rojizo y textura lisa llamada *corteza renal* y una región profunda de color marrón llamada *médula renal*. La médula consta de ocho a 18 *pirámides renales* cónicas.

En conjunto, corteza renal y pirámides de la médula renal constituyen la porción funcional o *parénquima* del riñón. En este último se encuentran las unidades funcionales del riñón (cerca de 1 millón de estructuras microscópicas llamadas nefronas, figura 2).

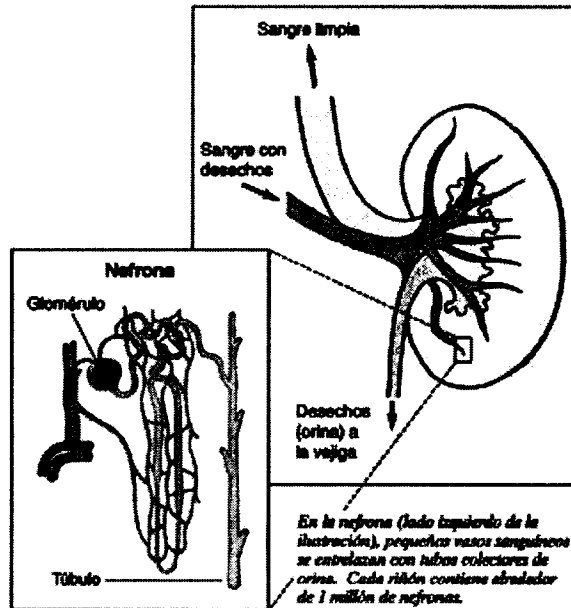


Figura 2: la nefrona

Cada nefrona recibe una arteriola aferente, que se convierte en una enmarañada red esférica de capilares llamada *glomérulo*.

Durante la producción de orina, las nefronas y los conductos colectores realizan tres procesos básicos:

1. *Filtración glomerular*: en el primer paso de la producción de orina, el agua y la mayoría de los solutos del plasma pasan de la sangre, a través de la pared de los capilares glomerulares al interior de la cápsula glomerular, la cual se vacía en el túbulo renal.
2. *Reabsorción tubular*: conforme el líquido filtrado avanza a lo largo del túbulo renal y a través del conducto colector, las células del túbulo reabsorben la mayor parte del agua y muchos solutos útiles filtrados, y retornan a la sangre a medida que el líquido fluye por los capilares peritubulares y los vasos rectos.
3. *Secreción tubular*: conforme el líquido fluye a lo largo del túbulo y a través del conducto colector, las células del túbulo y del conducto secretan materiales adicionales, tales como desechos, fármacos y iones en exceso en el líquido.¹⁰

¹⁰ Tortora, Gerard J. y Grabowski, Sandra R., "Principios de anatomía y fisiología", Ed. Oxford, 2002, 9ª. Edición, pp. 923 – 927, 933, 934

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

5.3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) o nefropatía en etapa terminal es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos y el metabolismo, lo cual culmina en uremia.

La IRCT puede ser provocada por enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, glomerulonefritis crónica, pielonefritis, hipertensión no controlada, obstrucción del tracto urinario, lesiones hereditarias como neuropatía poliquística, trastornos vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos. Los agentes ambientales y ocupacionales implicados incluyen plomo, cadmio, mercurio y cromo.

5.3.A. FISIOPATOLOGÍA DE LA IRCT

Al declinar la función renal se acumulan en la sangre los productos finales del metabolismo proteínico que normalmente se excretan por la orina. Hay desarrollo de uremia y se presentan efectos adversos en todos los sistemas del cuerpo. Mientras más productos de desecho se acumulen, más graves son los síntomas.

Existen tres etapas bien reconocidas de nefropatía crónica:

- **ETAPA 1. Reserva Renal Reducida:** caracterizada por la pérdida de 40 a 75% de la función de las nefronas. No suele presentar síntomas porque las nefronas restantes son capaces de cumplir las funciones normales de los riñones.
- **ETAPA 2. Insuficiencia Renal:** cuando se pierde del 75 al 90% de la función de las nefronas. En este punto, la creatinina sérica y el nitrógeno ureico en sangre se elevan, los riñones pierden su capacidad para concentrar orina y se desarrolla anemia. También se presenta poliuria y nicturia.
- **ETAPA 3. Nefropatía en etapa terminal (ESRD):** ocurre cuando se conserva menos del 10% de la función de las nefronas. Todas las funciones normales de regulación, excreción y hormonales del riñón están gravemente afectadas. La ESRD se hace evidente por niveles elevados de creatinina y nitrógeno ureico en sangre, así como por desequilibrios electrolíticos. Una vez que el paciente llega a este punto se requiere de diálisis.

La tasa de disminución de la función renal y de evolución de la IRC se relaciona con la alteración principal, la excreción urinaria de proteínas y la presencia de hipertensión. Los pacientes que excretan cantidades importantes de proteína o sufren de presión arterial elevada empeoran con mayor rapidez que los que no presentan estos trastornos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Como virtualmente todos los sistemas del cuerpo se afectan por la uremia derivada de la IRC, los pacientes muestran diversos signos y síntomas cuya gravedad depende del grado de deterioro renal y de otras situaciones subyacentes.

Los problemas cardiovasculares de la IRC incluyen hipertensión (derivada de la retención de sodio y de agua o de la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona), Insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar (por sobrecarga de líquido), así como pericarditis (por la irritación del recubrimiento pericárdico provocada por las toxinas urémicas).

Con frecuencia se presenta prurito intenso. Los síntomas gastrointestinales son muy comunes también, entre otros, anorexia, náuseas, vómito e hipo. Los cambios neuromusculares incluyen niveles de conciencia alterados, imposibilidad para concentrarse, contracción espasmódica de los músculos y convulsiones. Aún no han sido identificados los mecanismos exactos de estas manifestaciones. No obstante se supone que la causa es la acumulación de desechos urémicos.

VALORACIÓN Y HALLAZGOS DIAGNÓSTICOS

La disminución de la tasa de filtración glomerular (FG) se detecta a través de un análisis de la eliminación de creatinina urinaria de 24 horas. A medida que disminuye la FG (por función inadecuada de los glomérulos), la depuración de creatinina disminuye y el nivel de esta última en suero aumenta. La creatinina sérica es el indicador más sensible del funcionamiento renal porque esta en constante producción en el cuerpo.

En los casos de IRCT el riñón rara vez puede concentrar o diluir la orina, por lo que no se presentan las respuestas adecuadas de este órgano frente al consumo diario de agua y electrolitos. Con frecuencia el paciente retiene sodio y agua, lo que aumenta el riesgo de formación de edema, insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión. Otros enfermos tienden a perder sodio, con lo que están expuestos a hipotensión e hipovolemia. Los episodios de vómito y diarrea producen déficit de sodio y agua lo que empeora la uremia.

En los trastornos renales avanzados, la causa de la acidosis metabólica es la incapacidad del riñón para excretar cargas crecientes de ácido. En un principio, la disminución en la secreción de ácido resulta de la incapacidad de los túbulos del riñón para secretar amoniaco y reabsorber el bicarbonato de sodio. También disminuye la excreción de fosfatos y otros ácidos orgánicos.

El individuo presenta anemia por la producción inadecuada de eritropoyetina, reducción de la vida de los eritrocitos, deficiencias nutricionales y tendencias hemorrágicas, ante todo en el aparato digestivo. La eritropoyetina, sustancia sintetizada por los riñones, estimula la eritrogénesis en la médula ósea; sin embargo, en la IRC disminuye su producción y aparece anemia con fatiga, angina y disnea.

Otra anomalía importante en la IRC es el trastorno en el metabolismo de calcio y el fósforo. Las concentraciones de calcio y fosfato en suero son recíprocas, es decir, cuando una aumenta la otra disminuye.

COMPLICACIONES

Las complicaciones potenciales de la IRC que conciernen al personal de enfermería y requieren un enfoque en colaboración son:

- ❖ *Hipercaliemia*: se presenta cuando el nivel de potasio en la corriente sanguínea es más alto de lo normal y esta causado por trastornos que reducen la capacidad de los riñones para excretarlo.
- ❖ *Pericarditis*: derrame pericárdico y taponamiento pericárdico por retención de productos urémicos de desecho y diálisis inadecuada.
- ❖ *Hipertensión*: por retención de sodio y agua y funcionamiento inadecuado del sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- ❖ *Anemia*: derivada de la reducción de la eritropoyetina, disminución de la vida de eritrocitos, sangrado del tracto gastrointestinal por toxinas irritantes y pérdida de sangre durante la hemodiálisis.
- ❖ *Enfermedades óseas y calcificaciones metastásicas*: por la retención de fósforo, niveles disminuidos de calcio en suero, metabolismo anormal de la vitamina D e incremento en los niveles de aluminio.¹¹

5.3.B. TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA PACIENTES CON IRCT

El seguimiento del paciente con IRC debe realizarse de manera conjunta entre el nefrólogo y el médico de atención primaria. Los objetivos del tratamiento conservador de la IRC son:

- ✿ Entretener el deterioro de la función renal.
- ✿ Seleccionar el método de tratamiento inicial detectando y corrigiendo los factores que deterioran la función renal de manera reversible.
- ✿ Prevenir y tratar las complicaciones de la IRC.
- ✿ Decidir sobre la inclusión en programa de diálisis – trasplante.
- ✿ Educar al paciente y a su familia.
- ✿ Atender aspectos psicológicos y sociales.
- ✿ Iniciar oportunamente el tratamiento sustitutivo renal.

Para ello será fundamental el control médico exhaustivo con las siguientes consideraciones:

- ✿ *Restricción proteica*: la dieta hipoproteica retrasa la aparición de síntomas urémicos, aunque nunca debe indicarse una cantidad inferior a 0,6 g/kg/día, pues puede ser causa de malnutrición.
- ✿ *Agua y sal*: la ingesta hídrica depende de la diuresis residual de cada paciente. La sal de la dieta debe ser restringida para controlar la hipervolemia y la hipertensión, y en ocasiones es necesario el uso de diuréticos.

¹¹ Smeltzer, Suzanne C., Bare, Brenda G., "Enfermería Médico – Quirúrgica de Brunner y Suddarth", Ed. McGraw –Hill Interamericana, 2002, Vol. II, 9ª Edición, México, pp. 1304-1308

✦ Bicarbonato: cuando el filtrado glomerular es inferior a 25 ml/min, normalmente se requiere aporte exógeno de bicarbonato, aunque hay variación según la función renal residual, las características de cada paciente y la etiología de la IRC.

✦ Calcio-Fósforo: el control del balance de calcio y fósforo es fundamental para prevenir el hiperparatiroidismo secundario y las osteodistrofia renal.

✦ Anemia: los pacientes con IRC presentan anemia producida fundamentalmente por el déficit de eritropoyetina. La administración exógena de eritropoyetina (EPO) mejora la supervivencia, disminuye la morbimortalidad, fundamentalmente por disminución de los eventos cardiovasculares, y aumenta la calidad de vida de los pacientes.

✦ Control de la hipertensión (HTA): el control de la HTA es fundamental para enlentecer la progresión de la enfermedad renal, así como la de todo el sistema cardiovascular. La elección del fármaco o fármacos ha de ser individualizada, vigilando estrechamente la aparición de efectos secundarios y teniendo en cuenta las posibles contraindicaciones de cada uno de ellos.

✦ Control de factores cardiovasculares: el control glucémico en los pacientes diabéticos, el control lipídico, el ejercicio moderado y el abandono del hábito de fumar deberían ser objetivo fundamental para cualquier médico responsable de enfermos con IRC.

La IRC constituye una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro medio debido al envejecimiento de la población, y al aumento en la incidencia de determinadas patologías como la diabetes mellitus. El manejo estrecho del paciente es fundamental, con un enfoque destinado a prevenir las complicaciones de la IRC, la cual es una patología con alta morbilidad cardiovascular en la que la detección precoz, remisión adecuada a nefrología y el trabajo en equipos multidisciplinares, especialmente con atención primaria, puede conseguir el retraso del inicio de diálisis, mejorar la morbimortalidad y calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, de no suceder así, ha de recurrirse a algún tratamiento sustitutivo, los cuales se presentan a continuación.¹²

5.3.C. TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS PARA PACIENTES CON IRCT

Como ya se mencionó, los riñones tienen la función de limpiar la sangre de las sustancias tóxicas y de los líquidos que le sobran, los cuales se eliminan en forma de orina, además de producir hormonas necesarias para el organismo.

Ante un paciente con un problema de insuficiencia renal crónica se hace necesario sustituir la función de los riñones mediante el uso de equipos médicos que permitan realizar el tratamiento de diálisis peritoneal, hemodiálisis o bien un trasplante renal, los cuales se explican a continuación.

5.3.C.I. DIÁLISIS PERITONEAL

Consiste en la difusión de moléculas de solutos a través de una membrana semipermeable (peritoneo), que pasan del lado de mayor concentración al de menor (figura 3).

¹² Pérez Martínez, J. et. al., "Insuficiencia Renal Crónica: Revisión y tratamiento conservador", Archivos de medicina

El objetivo de este procedimiento es conservar la vida y el bienestar del enfermo. Sustituye algunas de las funciones excretoras del riñón, pero no las endocrinas y metabólicas. Los métodos de diálisis son:

- ✦ Diálisis peritoneal intermitente (aguda o crónica)
- ✦ Diálisis peritoneal ambulatoria continua
- ✦ Diálisis peritoneal cíclica continua.

5.3.C.II. HEMODIÁLISIS

Es un procedimiento para retirar temporalmente los productos de desecho acumulados en la sangre por medio de una máquina. Se usa en sujetos con IRCT o en quienes tienen trastorno agudo y requieren diálisis por corto tiempo.¹³ Se realiza a través de accesos vasculares los cuales pueden ser un catéter de doble lumen o una fístula arteriovenosa (figura 3).

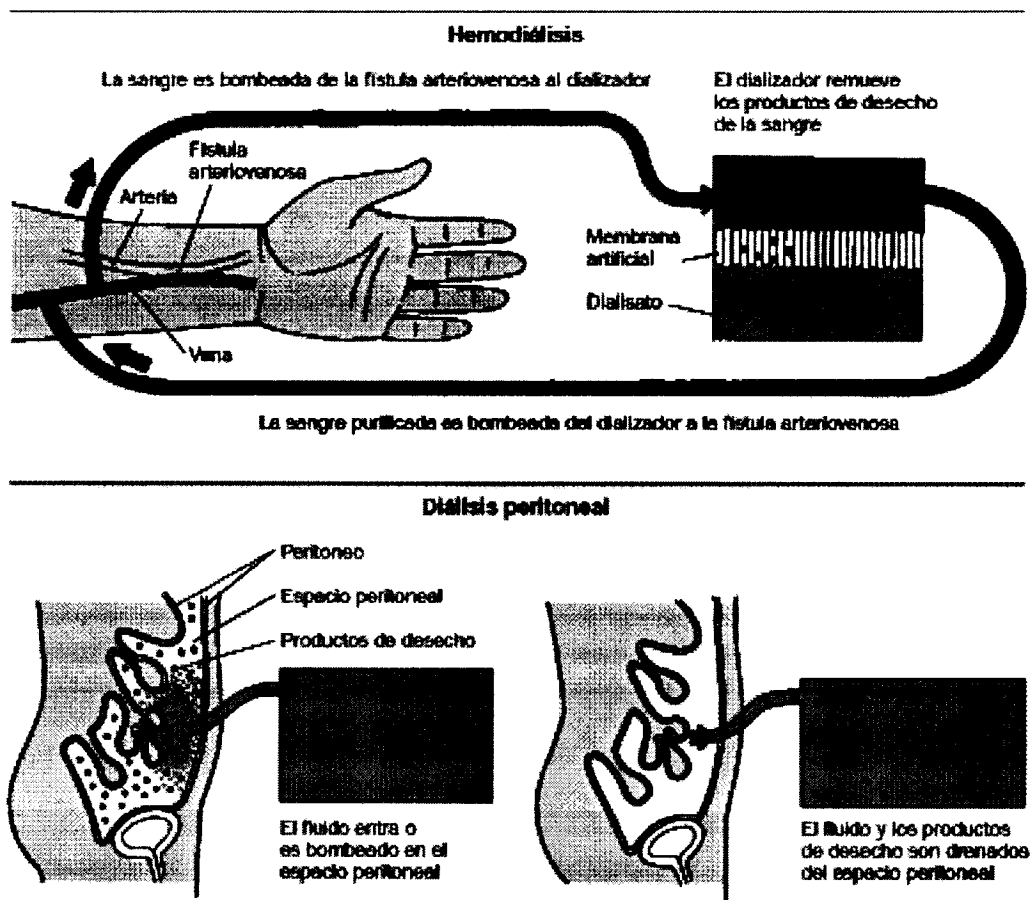


Figura 3: proceso de diálisis y hemodiálisis

¹³ Nettina, Sandra M., "Enfermería práctica de Lippincott", Ed. McGraw – Hill Interamericana, 1999, 6ª. Edición, Vol. I, Philadelphia, pp. 599, 600

5.3.C.III. TRANSPLANTE RENAL

Es una intervención quirúrgica que permite sustituir el riñón enfermo por uno no de otra persona (viva o muerta). El riñón donado cumple las funciones que los dos riñones enfermos realizaban. Los riñones del paciente se dejan en su lugar a menos que estén provocando infecciones o hipertensión (figura 4).

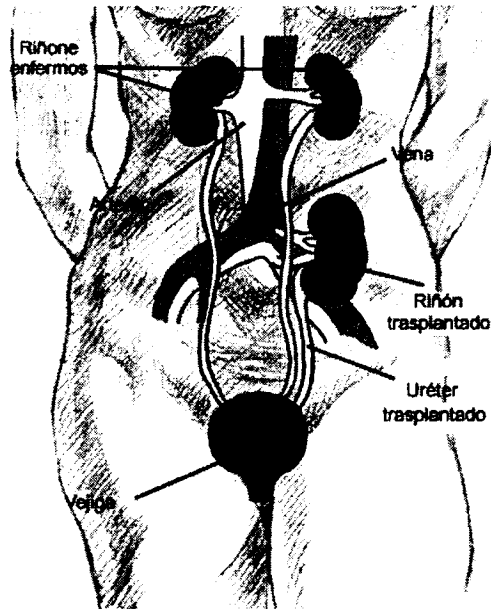


Figura 4: transplante renal

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV

5.4. ANTECEDENTES DE LA HEMODIÁLISIS

Historicamente, Kolff y colaboradores, al principio de la década de los cuarenta, utilizaron cánulas de cristal y/o metal para la cateterización de arterias y venas distales. Estos accesos solo permitían la realización de una sesión de hemodiálisis ante la necesidad de tener que efectuar una ligadura del vaso utilizado tras su uso. Evidentemente, este método permitía realizar un número muy limitado de sesiones con las consiguientes complicaciones.

En la década de los sesenta, y gracias a los avances tecnológicos, se consiguen catéteres de materiales plásticos más adecuados que comenzaron a dejarse "in situ" varios días utilizando heparina para mantener su permeabilidad. Quinton y cols. desarrollaron un cortocircuito arterio – venoso de un tubo de silastic con un extremo de teflón que permitía crear una fístula arterio –venosa externa, al ser instalado entre una arteria y una vena del antebrazo. Este acceso vascular permitió iniciar el primer programa de hemodiálisis para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Sin embargo, y a pesar de su gran utilidad inicial, la gran frecuencia de complicaciones, como infecciones, coagulación reiterada y lesión de los vasos utilizados lo desplazaron de su lugar preponderante. Posteriormente, se sucedieron diversas modificaciones como las de Buselmeier, Sinclair, Ramírez o Thomas que tampoco pasaron la prueba del tiempo. Estas modificaciones estaban basadas en la utilización de materiales alternativos y/o colocación en diferentes localizaciones anatómicas.

Un año mas tarde, Shaldon publicó una forma conceptualmente nueva de acceder a la circulación sanguínea de forma semitemporal, mediante la inserción en la vena femoral de un catéter cilíndrico semirrígido de una luz. Este catéter se colocaba mediante una guía según la técnica descrita por Seldinger. La colocación de un segundo catéter en la misma vena o en otra diferente permitía cerrar el circuito venoso, pudiendo permanecer colocados varios días y realizar más de una sesión de hemodiálisis. Las infecciones, trombosis y sangrados han sido las limitaciones de esta técnica; sin embargo, es posible repetir la punción sobre el mismo vaso múltiples veces, utilizando este método. La aparición de nuevos materiales y el mejor diseño y manejo de los catéteres ha disminuido el número y gravedad de las complicaciones infecciosas y mejorado paralelamente la calidad de vida de los pacientes.

La realización y divulgación de la fístula arterio – venosa interna por Brescia, Cimino y cols. en 1966 fue el avance definitivo que permitió resolver los problemas del acceso vascular. Sin embargo, la creación de una fístula arteriovenosa interna no es siempre posible en algunos pacientes por motivos diversos, entre los que figuran las trombosis de fístulas anteriores, enfermedades vasculares concomitantes o, simplemente, escaso calibre de los vasos. May y cols. publicaron el uso de injertos vasculares para crear fístulas arteriovenosas en pacientes con pérdida o daño de vasos por cirugía previa. Posteriormente se describieron diferentes tipos de injertos bovinos para realizar fístulas arteriovenosas internas.

Los resultados a largo plazo de estos injertos no han sido muy satisfactorios. La utilización de materiales sintéticos, como el politetrafluoroetileno (E-PTFE) como sustituto vascular, ha mejorado el futuro de los accesos internos. La versatilidad, el fácil manejo, el amplio rango de diámetros disponibles y el buen grado de biocompatibilidad hacen que este tipo de prótesis sean cada vez más utilizadas cuando los vasos del paciente son un factor limitante para la realización de una fístula arteriovenosa interna.¹⁴

5.4.A. HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis (HD) es un proceso que consta de difusión (movimiento de moléculas pequeñas a favor de su gradiente de concentración) y ultrafiltración (eliminación de agua desde la circulación del enfermo durante el tratamiento).

Es el método utilizado con mayor frecuencia para tratar la IRC aguda y crónica. A pesar de disponer de mejores procedimientos y equipos, sigue siendo un tratamiento complicado que necesita un esfuerzo coordinado de todo el equipo de HD siendo una parte muy importante el mismo paciente quien, al aprender sobre su tratamiento, podrá trabajar junto al médico nefrólogo y personal de enfermería para obtener los mejores resultados posibles y vivir una vida completa y activa.

Los accesos vasculares constituyen el principal elemento de la HD, dado que de él depende en gran medida la calidad de vida del paciente en HD.

5.4.A.I. ACCESOS VASCULARES

La necesidad de un acceso vascular en pacientes con IRC puede ser transitoria o definitiva. Hay que distinguir, por tanto, dos tipos fundamentales de accesos vasculares: los temporales y los definitivos o permanentes.

El acceso vascular ideal debe ser fácilmente abordable, permitiendo su uso reiterado sin que aparezcan por ello complicaciones ni deterioro del mismo, proporcionando un flujo sanguíneo de 300 – 500 ml/min durante un periodo ininterrumpido de tres a cinco horas.

Constituyen, después del trasplante renal, la mejor forma de asegurar la supervivencia de los pacientes con IRCT.

5.4.A.I.I. TEMPORALES

El catéter de doble lumen es una cánula o tubo delgado de material sintético dividido en su interior en dos conductos, que permite al mismo tiempo retirar y retornar la sangre al cuerpo para realizar la hemodiálisis (figura 5).

¹⁴ Hernando Avendaño, L., P. Aljama García y otros, "Nefrología clínica", Editorial Medica Panamericana, 1998, España, pp. 621 – 625



Figura 5: catéter de doble lumen

Constituyen el medio preferente para el acceso vascular en la HD inmediata. Se introducen en forma directa por medio de la técnica de Seldinger y pueden soportar velocidades de corriente sanguínea intracorporal mayor a 300 ml/min.

Los catéteres pueden introducirse en:

✦ Vena subclavia: los catéteres en esta vena son cómodos y seguros (figura 6); pueden quedar durante semanas y no necesitan que el individuo permanezca en el hospital. Su canulación exige más capacidad y puede ocasionar complicaciones más graves que la vena femoral, como estenosis.

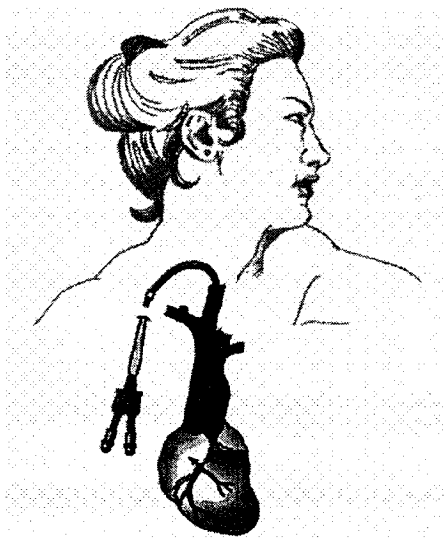


Figura 6: catéter subclavio

✦ Vena femoral: la incidencia de complicaciones que pueden ser letales es menor en esta vena que en la yugular interna y subclavia. La persona con un catéter en vena femoral debe estar en reposo absoluto en el hospital y para

reducir el riesgo de infección, el catéter no debe quedar colocado por más de tres días.

✦ Vena yugular interna: pueden quedar colocados durante semanas, y no se necesita la permanencia del enfermo en el hospital. Son menos cómodos y menos seguros que los que se encuentra en subclavia, sin embargo, la canulación de esta vena conlleva un riesgo menor de neumotórax y de estenosis de vena central, y constituye la técnica más adecuada y preferente.

5.4.A.1.ii. PERMANENTES

La forma preferente de acceso vascular en la hemodiálisis a largo plazo es la fístula arteriovenosa. Sus tipos son:

✦ Fístulas arteriovenosas primarias: por lo común se crean gracias a anastomosis laterolateral o terminolateral entre venas/arterias, principalmente vena cefálica y arteria radial, aunque también pueden elaborarse entre vena cefálica y arteria humeral (figura 7).

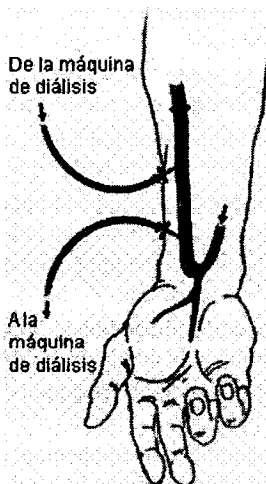


Figura 7: fístula arteriovenosa primaria

✦ Injertos arteriovenosos de material sintético: están hechas de politetrafluoroetileno y se colocan en el antebrazo con una conformación en asa (arteria humeral a vena basilica, figura 8).

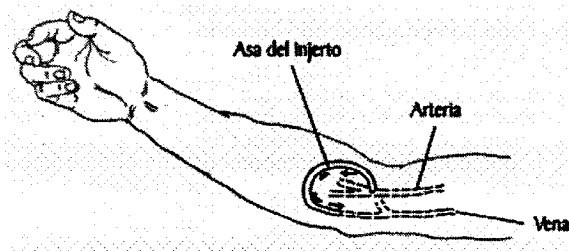


Figura 8: injerto arteriovenoso

5.4.B. COMPLICACIONES

Actualmente los problemas relacionados con el acceso vascular son una de las causas más frecuentes de hospitalización del enfermo renal. Por ello es fundamental realizar un cuidado adecuado de los mismos por parte del paciente y el personal de salud.

5.4.B.I. DURANTE LA INSTALACIÓN

La incidencia de complicaciones es mayor al canular las venas subclavia y yugular interna que la femoral. Las más frecuentes son:

- ✦ Arritmias auriculares ó ventriculares
- ✦ Punción arterial
- ✦ Neumotórax
- ✦ Hemotórax
- ✦ Perforación de la vena cava superior
- ✦ Taponamiento pericárdico
- ✦ Embolia gaseosa
- ✦ Infección: suele ser causada por *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*, impone morbilidad e incluso mortalidad considerables. El mecanismo de esta migración de bacterias va desde la piel del paciente a través del sitio de introducción del catéter y hasta la superficie externa del mismo, o contaminación del calibre interior del tubo, durante la hemodiálisis. El riesgo se agrava con la duración del cateterismo.

✦ Trombosis del catéter: un trombo en el interior del catéter obstaculiza el flujo sanguíneo extracorporal. La trombosis por fuera del catéter es menos frecuente pero es mas grave. El edema del brazo es el signo inicial de oclusión de vena subclavia y obliga a extraer el catéter.

✦ Estenosis de vena central: puede surgir después de colocar catéteres de diálisis en dicho vaso. Surge con menor frecuencia después de colocar catéteres en vena yugular interna. El edema en brazo es la manifestación inicial de estenosis de la vena subclavia.

5.4.B.II. DURANTE EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

La complicación mas frecuente durante la HD es la hipotensión. Las causas más frecuentes son: extracción demasiado rápida de agua, ingestión de alimentos durante la diálisis, administración de antihipertensivos de acción breve antes de la diálisis e insuficiencia cardiaca congestiva, entre otras.

Las manifestaciones clínicas incluyen cefalalgia, letargia, náuseas, contracciones musculares espasmódicas y malestar general. Los síntomas pueden progresar a crisis convulsivas o coma.¹⁵

La hipotensión intradiálisis ocurre con una frecuencia que varía de 25% a 50% con una comorbilidad importante en pacientes de HD crónica con IRCT.

¹⁵ Torres Zamora, Manuel (Dr.), "Hipotensión arterial en hemodiálisis", Revista Nefrología Mexicana, Octubre/Diciembre 2001, Vol. 22, No. 4, México

Los episodios frecuentes de hipotensión pueden acelerar la declinación de la función renal residual. Causa una diálisis pobre, porque lleva a interrupciones del tratamiento, disminución del flujo sanguíneo y cuando es sintomática el paciente puede rechazar que se extienda el tiempo de hemodiálisis.

La ingestión de alimentos durante la HD aumenta el flujo sanguíneo esplácnico y puede causar hipotensión por estancamiento sanguíneo esplácnico.

Los calambres son frecuentes en la hemodiálisis en casi 10% de las sesiones, caracterizados por contracción dolorosa, espontánea y prolongada de uno o varios músculos; típicamente aparecen al final de la sesión y se resuelven en minutos después de retornar el circuito extracorpóreo al paciente.

Los episodios de fiebre durante la HD siempre deben valorarse de manera energética; la principal preocupación es fiebre inducida por infección. El sitio de acceso vascular es la fuente de 50 a 80% de los episodios de bacteriemia.¹⁶

Los pacientes en tratamiento de HD reciben de manera sistemática heparina durante el procedimiento, para evitar trombosis en el circuito extracorpóreo. La dosis debe individualizarse para cada paciente con el fin de evitar complicaciones.

5.4.C. PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON CATÉTER DE DOBLE LUMEN

Realizar un procedimiento de hemodiálisis es un arte y no una simple técnica ya que el papel técnico del personal médico y de enfermería es solo una parte mínima aunque obligada en su capacitación para mejorar la calidad de la HD, el cuidado del paciente y evitar al mínimo las complicaciones que surgen de los tratamientos. Cada procedimiento idealmente debe incluir una estricta valoración médica y prescripción individualizada de las principales variables del procedimiento como tipo de filtro y de solución dializante, velocidades de flujo, tipo de anticoagulación, ultrafiltración y sobre todo duración de la HD. Aún la técnica de conexión y desconexión del paciente deben realizarse con sumo cuidado y estricta capacidad.

La valoración médica debe basarse en parámetros clínicos que incluyan las condiciones del paciente en el periodo interdialítico y las condiciones como se presenta al procedimiento. En especial debe investigarse el consumo de alimentos, la presencia de náusea, vómito o diarrea, datos sugestivos de hipercalemia (como sensación de pesadez en extremidades), datos de sobrecarga de líquidos (como edema, disnea u ortopnea), datos de alteración emocional y también la posibilidad de un foco infeccioso.

Siempre se debe evaluar el estado nutricional del paciente para observar su evolución en HD. Esta evaluación, además de las variaciones en la masa corporal, buscare signos como cabello quebradizo, piel reseca y de color terroso y atrofia de papilas en la lengua, detalles que indican deficiencias nutricionales.

¹⁶ Donald E. Hricik, Michael B. Ganz y John R. Sedor, "Secretos de la nefrología", Ed. McGraw – Hill Interamericana, 2000, U.S.A., pp. 151-153, 159-161

En forma aislada las variaciones del peso corporal suelen ser un pobre marcador del estado nutricional del paciente con insuficiencia renal crónica por su incapacidad para diferenciar entre masa corporal y sobrecarga de líquidos.

Para realizar la HD se necesitan una serie de máquinas y materiales, entre los que se incluyen:

- ✦ La máquina de HD, que lleva a cabo tres funciones:
 1. Impulsa la sangre mediante una bomba y vigila el flujo de sangre como medida de seguridad.
 2. Depura la sangre.
 3. Controla la presión arterial del paciente y el ritmo de retirada del líquido de su cuerpo.
- ✦ El dializador que es un aparato con miles de fibras a través de las cuales pasa la sangre. La solución de diálisis se bombea alrededor de estas fibras pero en sentido contrario. El dializador se compone de dos partes: una para la sangre y la otra para un líquido de lavado que se denomina dializado. Una membrana de poco espesor separa las dos partes. Los glóbulos rojos y blancos de la sangre, las proteínas y otros elementos importantes permanecen en la sangre porque son demasiado grandes para pasar a través de la membrana. Los productos de desecho más pequeños que se encuentran en la sangre, tales como la urea, la creatinina, el potasio y el líquido en exceso, pasan a través de la membrana y son eliminados por el lavado.
- ✦ El líquido de diálisis que se hace circular a través del dializador para que retire las sustancias de desecho por un mecanismo de difusión al contacto con el líquido de diálisis; consta de sodio, cloruro, bicarbonato, calcio, magnesio, potasio y dextrosa.

DURACIÓN DE LA HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis es un tratamiento indefinido, que solo podrá dejar de ser realizado si el paciente recibe un trasplante renal y éste funciona adecuadamente. Normalmente las personas se someten a HD unas tres veces a la semana. Cada sesión tiene una duración media de tres a cinco horas y se realiza en un centro de HD que suele estar situado dentro de un hospital. El tiempo necesario para cada tratamiento de diálisis depende de:

- ✦ El grado de funcionamiento de los riñones, llamada función renal residual
- ✦ Cuánto líquido gana el paciente de un tratamiento al otro
- ✦ Su peso corporal
- ✦ Cuánto producto de desecho tiene el paciente en la sangre

Los estudios que se han realizado demuestran que si el paciente recibe la cantidad adecuada de tratamientos, la salud general mejora, se previenen las hospitalizaciones y tiene una vida más larga. El equipo de HD que atiende a los pacientes controlará el tratamiento mediante análisis mensuales de laboratorio, para determinar si se está recibiendo la cantidad adecuada de diálisis.

5.4.C.I. PREPARACIÓN DE LA MÁQUINA

Antes de iniciar el procedimiento de HD habrán de seguirse los siguientes pasos:

- a) Deberá realizarse una verificación del estado de las instalaciones que incluya la planta de tratamiento de agua, las instalaciones eléctricas, la balanza y las maquinas de hemodiálisis.
- b) Verificar antes de montar las líneas y los filtros que la maquina que se va a utilizar se encuentre en buenas condiciones de funcionamiento y perfectamente limpia, desinfectada y libre de residuos hemáticos tanto en su exterior como en el interior.
- c) Se debe comprobar que todas las conexiones tengan un perfecto ajuste y no haya fugas.
- d) Las líneas y el filtro deberán estar completamente purgados con solución salina heparinizada.
- e) Se preparara y se tendrá listo el material que se utiliza para la conexión del paciente. Debe haber campos, bata, guantes y gasas estériles, jeringas, heparina, un riñón y vasos de acero inoxidable así como solución de yodopovidona y micropore.
- f) Una vez preparada la maquina y el material se procede a la conexión del paciente.
- g) Finalmente, hay que contar con la prescripción para el procedimiento la cual debe incluir: el tiempo efectivo de diálisis, la cantidad de volumen exacta a ultrafiltrar, la velocidad del flujo sanguíneo, tipo, velocidad y temperatura del dializante, tipo de anticoagulación y administración de medicamentos.

5.4.C.II. CONEXIÓN

El personal de enfermería después de haber recabado y registrado en la hoja de hemodiálisis los datos antropométricos y signos vitales, así como los principales problemas que presente el paciente, procederá a lavarse las manos. Se debe enfatizar en lo siguiente:

- 1) Lavado de manos antes de colocarse los guantes.
- 2) Verificar que el material para conexión este completo.
- 3) Colocar cubrebocas al paciente.
- 4) Previa colocación de un campo protector limpio al exponer las líneas de entrada del catéter, se procede a la limpieza de las puntas del catéter con solución antiséptica y posteriormente se retiran los tapones de las puntas arterial y venosa del catéter. En este momento se deberá observar el sitio de inserción a la piel del catéter y comprobar que no haya enrojecimiento, secreciones o alteraciones del a piel y verificar la sutura de fijación a la piel. Se colocan campos estériles en un área de mayor proporción sobre donde quedan las puntas arterial y venosa del catéter ya sin tapones.
- 5) Por medio de una jeringa se procede a realizar la extracción de la heparina residual y el coagulo para cada punta del catéter, verificando un buen flujo.

6) Posterior a esto, respectivamente se toman las puntas de las líneas en el acceso venoso y arterial bien identificados por el color (rojo: arterial, azul: venoso) y se conectan a su similar en el catéter.

7) Después de soltar las pinzas de seguridad de las puntas del catéter y líneas, se procede a poner en funcionamiento la bomba impulsora para que fluya la sangre del paciente a través de la líneas iniciando con flujo mínimo de 250 a 300 ml/min, y a poner en funcionamiento la bomba impulsora de heparina previa administración de un pulso de la misma. Se verifica que no haya fugas de sangre.

8) Se programa el volumen de ultrafiltración, tiempo de ultrafiltración y tiempo de hemodiálisis según la prescripción.

9) Una vez iniciada la diálisis se hace una nueva evaluación media de las condiciones generales del paciente (figura 9).

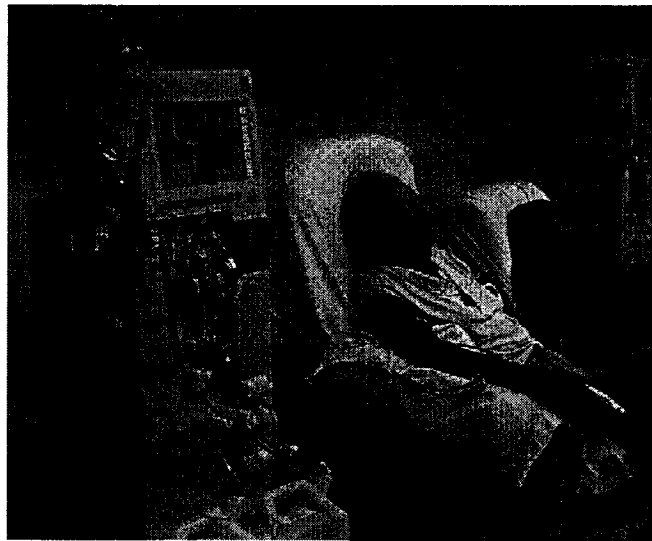


Figura 9: paciente conectado a maquina de hemodiálisis

5.4.C.III. DESCONEXIÓN

1) En primer lugar asegurarse que se haya cumplido con la meta de ultrafiltración y tiempo de HD programado en un principio. Nuevamente se toman signos vitales completos. Los datos deben quedar anotados en la hoja de hemodiálisis.

2) Posterior a esto se procede a bajar el flujo paulatinamente hasta cerrarlo por completo.

3) Para inicial la desconexión, previo lavado de manos, se pinza la punta arterial del catéter y la línea arterial. Se separan la punta arterial del catéter de la línea arterial y la línea se conecta a solución salina heparinizada a través de un conector que incluso puede ser una llave de tres vías. Una vez conectado, se despinza la línea arterial y se procede a poner en funcionamiento la bomba impulsora de sangre con flujo lento y paulatino hasta llegar a flujos entre 100 y 150 ml/min, con lo cual se deja pasar la solución salina por las líneas y el filtro para regresar al paciente la mayor cantidad de sangre.

4) El siguiente paso es pinzar la punta venosa del catéter. Se separaran y se conecta la línea venosa a la línea arterial a través del conector para dejar un circuito cerrado.

5) Entonces se procede a realizar la limpieza nuevamente de las puntas del catéter. En ambos casos es necesario pasar chorro por medio de una jeringa, 10 ml de solución salina heparinizada teniendo el cuidado de evitar mediante el despinzamiento y pinzamiento oportuno que haya retorno de sangre al catéter. Se procede a heparinizar la luz del catéter colocando la cantidad de heparina de 1000 UI por ml indicada en cada lumen.

6) Posteriormente se colocan los tapones y se procede a cerrar el catéter. Se hace limpieza de las puntas del catéter en forma similar como al inicio de la hemodiálisis durante la conexión.

7) Se cubre con gasas a través de toda su porción expuesta, colocando ungüento antimicrobiano en el área del sitio de inserción del catéter a la piel. Se cubre adecuadamente toda el área con gasas y se colocan encima parches de micropore o de tegaderm, hasta cubrir por completo el área alrededor del catéter.

8) Finalmente se retiran las líneas y el filtro de la maquina.

9) Se determinan nuevamente la presión arterial y frecuencia cardiaca tanto con el paciente sentado como después de haberse puesto de pie. La aparición de hipotensión ortostática obligara a dejar mas tiempo en reposo al paciente, a pesar de que pueda referirse asintomático. Si no es así, se deberá obtener nuevamente peso corporal del paciente para verificar que la ultrafiltración programada se haya cumplido.

VIGILANCIA MEDICA TRANSDIALÍTICA

Afortunadamente muchas de las máquinas actuales tienen un dispositivo para la medición automática de la presión arterial y frecuencia cardiaca. La vigilancia estrecha de estos signos vitales favorece la prevención del desarrollo de hipotensión o calambres que pueden presentarse dentro del procedimiento dialítico; también para identificar taqui o bradiarritmias durante la HD. La frecuencia respiratoria y la temperatura corporal se verifican solo al inicio y final de la sesión de diálisis.

El monitoreo de signos vitales es una piedra angular en el confort dentro del procedimiento hemodialítico.¹⁷

¹⁷ Treviño Becerra, Alejandro y cols., "Tratado de Nefrología", Ed. Prado, 2003, Tomo II, México, pp. 1399 – 1405, 1409 – 1412

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V

5.5. EL AUTOCUIDADO A TRAVÉS DE LA HISTORIA

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, "del cultivo de sí", y se basaba en el principio de cuidarse y respetarse a sí mismo. Enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma.

Con la influencia de la tradición judeo-cristiana en las prácticas de cuidado, la forma integral de autocuidado practicada por los griegos cambió el simbolismo y significado del contacto con el cuerpo propio y del otro, transformando progresivamente el concepto de los cuidados, al pasar de una preocupación centrada en el cuerpo hacia unos cuidados centrados en el espíritu.

Los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. La lengua inglesa conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron cuidados de costumbre –*care*– a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida, y cuidados de curación –*cure*– a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida.

Entre las razones que influyeron, dentro del campo de la medicina, en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado, se pueden mencionar dos: 1) diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud y 2) con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos.

El sistema y los agentes de salud han confundido los conceptos de prevención y promoción utilizándolos indistintamente. Surge así el concepto de cuidado anticipado, el cual implica el desarrollo de actividades dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades actuando sobre factores de riesgo y detectando los que están en fase presintomática.

Mediante la educación para la salud se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas, sin embargo, esta estrategia se ha basado en mensajes de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia hasta llegar al regaño. Esta forma como se ha dirigido el cuidado no sólo ha desdibujado el concepto de persona como un ser integral, al identificarlo como una enfermedad o un factor de riesgo, sino que ha mantenido a la práctica sanitaria en el predominio del saber hacer con respecto a la enfermedad sobre lo que se considera importante para seguir construyendo la vida y realizándose en su expresión.

El énfasis que ha hecho el sistema en los cuidados de curación, ha propiciado desconocimiento acerca de la importancia de los cuidados que den respuestas favorables a necesidades cotidianas como el interés por un desarrollo integral del cuerpo y la mente. Al promover los cuidados de curación sobre los de mantenimiento, se aniquilan las fuerzas vivas de la persona, es decir, todo aquello que le hace querer y reaccionar ya que se agotan las fuentes de energía vital sean éstas de naturaleza física, afectiva o social. Esto hace que el ser humano entre en un adormecimiento frente a la motivación y responsabilidad por el autocuidado para la vida.¹⁸

5.5.A. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO, DOROTHEA OREM

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore, Maryland. Inició su carrera de enfermera en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington terminando su diplomatura a principios de los 30's y obteniendo en 1945 una Maestría en Ciencias en formación de enfermería en la Universidad Católica de América. Su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, la enfermería hospitalaria y la docencia. A principios de la década de los 70's Orem identificó los cinco supuestos básicos de su teoría general de enfermería que son:

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.
5. Grupos de seres humanos que poseen unas relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar las aportaciones deliberadas necesarias hacia si mismos o hacia los demás.

¹⁸ Tulia María Uribe J., "El autocuidado y su papel en la promoción de la salud", Revista Investigación y educación en Enfermería, Septiembre 1999, Vol. XVII, No. 2, Medellín - Colombia

La teoría de Orem trata del autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo: promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida.

En su Teoría del autocuidado, se basa en los siguientes conceptos:

✿ **Autocuidado:** actividad del individuo aprendida por el mismo y orientada hacia un objetivo. Una conducta que el individuo dirige con el fin de regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida.

✿ **Agencia de autocuidado:** capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado. Ésta consta de dos agentes: el agente de autocuidado (aquel que proporciona el autocuidado) y el agente de cuidado dependiente (aquel que proporciona cuidados a otros).

✿ **Demanda de Autocuidado Terapéutico:** se refiere a aquellas actividades de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado.

✿ **Acción de autocuidado:** es la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales y promueven el bienestar.

Dentro del autocuidado se encuentran los requisitos de autocuidado que son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar autocuidado, también llamadas "necesidades de autocuidado" y consta de las siguientes categorías:

1. **Universales** que son los requisitos comunes en todos los individuos, como el mantenimiento del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, aislamiento e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos ocho requisitos apoyan el desarrollo y la maduración humanas y cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado organizado en torno a estos requisitos, fomenta positivamente la salud y bienestar.

2. **Del desarrollo** que promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para la misma o mitigan sus efectos.

3. **De la desviación de la salud** que son requisitos resultado de una enfermedad, lesión o alteración o de su tratamiento e incluyen acciones como la búsqueda de asistencia médica, la realización del tratamiento y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o del tratamiento.

El déficit de autocuidado surge cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado y necesita de la enfermería para satisfacerlos, esto, mediante cinco métodos de ayuda que son:

1. Actuar o hacer.
2. Guiar.
3. Enseñar.
4. Apoyar.
5. Proporcionar un entorno que fomente el autocuidado en el paciente.

Por último, en su teoría de sistemas de enfermería, Orem hace referencia a la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado del paciente y está determinada por los requisitos de autocuidado y por la agencia de autocuidado del paciente. Se compone de tres sistemas:

1. *Totalmente compensatorio*: cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación y de manipulación.
2. *Parcialmente compensatorio*: aquel en que el paciente puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado pero requiere la ayuda de la enfermera para satisfacer otros, es decir, interaccionan en la realización del autocuidado.
3. *De apoyo educativo* que son para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, control de la conducta o adquisición de habilidades (figura 10).¹⁹

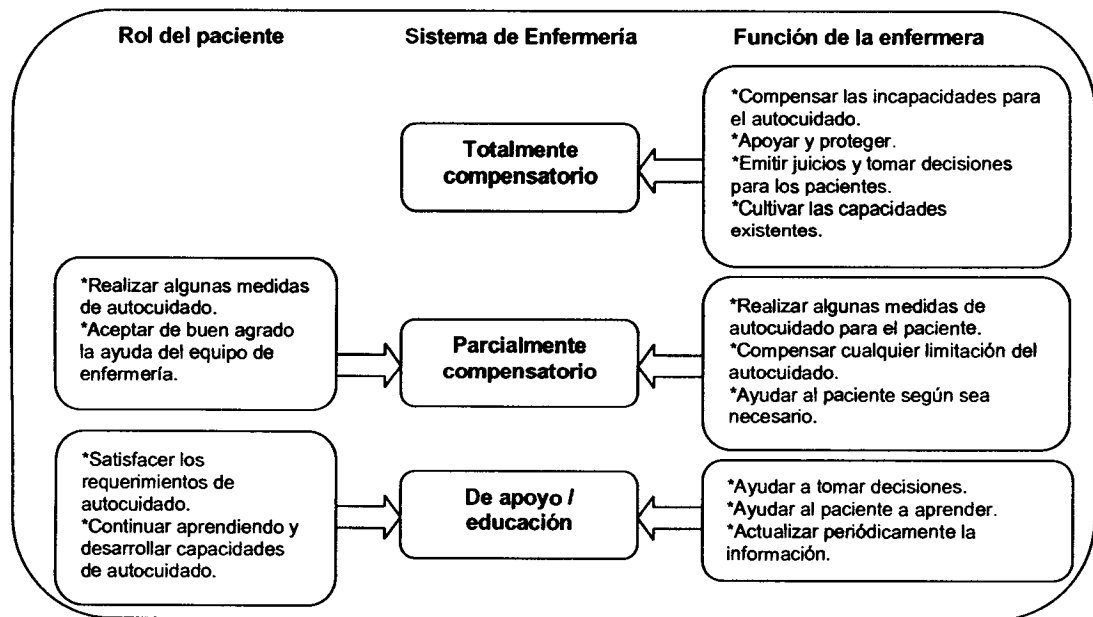


Figura 10: teoría de sistemas de Orem

5.5.B. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

La calidad de vida relacionada con la salud es el impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Es la valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento.

¹⁹ Mamer, Ann – Tomey, "Modelos y teorías de Enfermería", Ed. Mosby, 1994, 3ª. Edición, España, pp. 181 - 189

Los puntos para evaluar la capacidad de autocuidado de un paciente ante la enfermedad incluyen:

- ✦ Funcionamiento físico
- ✦ Funcionamiento emocional
- ✦ Funcionamiento cognitivo
- ✦ Funcionamiento social
- ✦ Rol funcional
- ✦ Percepción de la salud general y bienestar
- ✦ Proyectos futuros

Existe una estrecha correlación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad. Los índices de morbi-mortalidad en diálisis tienden a ser mucho menores en pacientes con mejor calidad de vida.²⁰

El autocuidado pretende buscar un balance entre las capacidades y las limitaciones del paciente entre las que se encuentran:

Capacidades

- ✦ Capacidad de retención y asimilación de información
- ✦ Capacidad para desarrollar habilidades y aptitudes
- ✦ Responsabilidad para asumir el autocuidado
- ✦ Capacidad para discernir entre los diferentes grupos de alimentos
- ✦ Capacidad para elaborar un plan de autocuidado
- ✦ Capacidad para dar continuidad a su tratamiento farmacológico
- ✦ Capacidad para desarrollar actividad física
- ✦ Capacidad para trasladarse para recibir atención médica cuando lo requiera

Limitaciones (déficit de autocuidado)

- ✦ Falta de motivación y conocimiento sobre la IRC y sus complicaciones
- ✦ Desconocimiento sobre el régimen dietético
- ✦ Desconocimiento de los fármacos que conforman su tratamiento
- ✦ Falta de conocimiento sobre modificaciones en su estilo de vida²¹

5.5.C. AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El autocuidado permite al paciente tomar la iniciativa y funcionar adecuadamente en el desarrollo de sus propias capacidades. Todo usuario con insuficiencia renal crónica debe modificar su vida para sobrevivir, y esto es más importante cuando se somete a tratamiento de hemodiálisis. Es básico que aprenda y realice algunas actividades para cuidar de sí mismo.

²⁰ "Antecedentes de presentación comité de calidad de vida y cuidados paliativos", Sociedad chilena de nefrología

²¹ De la Cruz Martínez, Cleotilde, "Proceso enfermero en la hipertensión arterial sistémica", Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enero/Diciembre 2000, Vol. 8, No. 1 – 4, México

5.5.C.I. ALIMENTACIÓN

Existe una alta prevalencia de desnutrición en el paciente con IRCT. Ésta se encuentra relacionada a una pobre calidad de vida, un aumento en la morbilidad y mortalidad reduciéndose la expectativa de vida del paciente.

Las causas de desnutrición en estos pacientes son múltiples, entre ellas están: restricciones en la dieta, cambios metabólicos, anorexia, problemas de vaciamiento gástrico, efectos producidos por la enfermedad y la terapia, etc.

Los pacientes en terapia de reemplazo tienen un aumento en la incidencia de trastornos cardiovasculares y de complicaciones infecciosas, y esto se empeora por la desnutrición, misma que esta asociada a un aumento en la incidencia de complicaciones cardiovasculares e infecciones, siendo la primera la causa principal de muerte en los pacientes en hemodiálisis.

A pesar de que la calidad de la HD mejora el estado nutricional no previene la mala nutrición a largo plazo misma que conduce a una pobre cicatrización, malestar general, fatiga, aumento en la susceptibilidad de infecciones, pobre rehabilitación y aumento en la enfermedad cardiovascular, disminuyendo no solo la calidad de vida sino la supervivencia del paciente con IRC.²²

El objetivo del tratamiento dietético consiste en detener o retrasar la progresión del fallo renal, mantener un buen estado nutricional y prevenir o disminuir la toxicidad urémica y las alteraciones metabólicas de la IRC.

Seguir fielmente dietas especializadas es una conducta difícil y frustrante para la mayor parte de los pacientes y sus familiares. Generalmente tienen que cambiar sus hábitos de conducta, conseguir alimentos especiales y preparar comidas peculiares o limitar la ingesta de sus alimentos favoritos y comer cosas que pueden no desear. Han de someterse a un amplio entrenamiento en terapéutica nutricional y sobre la forma de elegir y preparar las dietas. Las recetas y los planes de comida se deben hacer teniendo en cuenta los gustos individuales del paciente.

También se necesita ayuda moral. Prescribir una terapéutica para un paciente requiere gran responsabilidad y esfuerzo por parte del paciente y del equipo médico si se quieren lograr buenos resultados.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

La dieta hiposódica (baja en sal) es el régimen terapéutico más empleado para tratar la IRC cuando también existe hipertensión o edema. Según la función renal se ordena un aumento, una cantidad normal o un descenso moderado de proteínas.

²²Treviño Becerra, Alejandro y cols., "Tratado de Nefrología", Ed. Prado, 2003, Tomo II, México, pp. 1743, 1744, 1757 – 1759, 1762 – 1764

Estas dietas suelen ser insuficientes en cuanto a otros nutrientes tales como el calcio, vitaminas hidrosolubles y hierro por lo que es recomendable suplementarlos.

Cuando es excesiva la pérdida de líquidos, al paciente se le ayudará a incrementar su ingreso. Conviene que beba líquidos después de orinar. Hay una regla simple para saber el límite de ingesta líquida: ingerir tanta "agua" en 24 horas como elimine con la orina en un mismo lapso de tiempo más 500 cc. adicionales, que se eliminarían como agua a través de la respiración y de la transpiración.

GRUPOS DE ALIMENTOS PERMITIDOS

1. Leche y derivados:
 - ✦ Leche de vaca (máximo 240 ml/día).
 - ✦ Quesos, se recomienda blanco sin fermentar (máximo 60 gr/día).
 - ✦ Yogurt, natillas, helado y mouse, contienen principalmente proteínas de alto valor biológico (calcio, fósforo, vitaminas y agua).
2. Huevos:
 - ✦ Clara de huevo (no más de 4 a 6 a la semana)
3. Cereales y derivados:
 - ✦ Pan sin sal, harina de trigo, arroz y pastas italianas (bajas en sodio y potasio).
4. Tubérculos, hortalizas y verduras:
 - ✦ Es aconsejable dejarlos en remojo largo tiempo y cocerlos en abundante agua o cambiar el agua de cocción. Preferible consumir: col, papas, pepino, pimiento, calabacín, cebolla y zanahoria.
5. Fruta:
 - ✦ Manzana, pera, melocotón y piña.
6. Leguminosas:
 - ✦ Chícharos cocidos.
7. Grasas
 - ✦ Aceites vegetales y mantequilla.
8. Azúcares:
 - ✦ Su consumo exagerado produce diversas alteraciones metabólicas. La miel es la más recomendable por su poco contenido en potasio y fósforo.
9. Bebidas:
 - ✦ La única bebida necesaria es el agua natural, aunque también se admiten los zumos de pera, manzana, lima, limón y piña.
10. Especies y condimentos:
 - ✦ En cantidades moderadas pueden utilizarse: ajo, perejil, cebolla, laurel, azafrán, canela, pimienta, pimentón, romero, tomillo, vinagre de manzana y limón.

GRUPOS DE ALIMENTOS NO PERMITIDOS

- ✦ Leches en polvo y condensadas.
- ✦ Pan blanco enriquecido, maíz, pastas (macarrones, fideos, etc.).
- ✦ Acelgas, berro, coliflor, espinacas frescas, soya, tomates, hinojo y champiñón fresco (por su alto contenido en potasio).

- ✚ Frutas como el plátano, uva, níspero, naranja, melón; los frutos secos (higos, dátiles, ciruelas secas, etc.); y las frutas oleaginosas (nueces, cacahuates, almendras, avellanas, pistaches, aceitunas, aguacates, etc.) por su alto contenido en potasio.
- ✚ Habas, lentejas y garbanzos (limitarlas a una o dos veces por semana).
- ✚ Margarina (por su alto contenido en potasio y sal).
- ✚ Agua mineral, refrescos, té, café y zumo de fruta.
- ✚ Cubitos de caldo de pollo y sopas precocidas
- ✚ Debe tenerse cuidado con la sal, sobre todo en pacientes hipertensos; no añadir sal en la mesa y salar poco los alimentos en la cocina.
- ✚ Alimentos enlatados
- ✚ Papas fritas
- ✚ Levadura
- ✚ Cacao y chocolate²³

A pesar de estas recomendaciones, es importante recibir la atención especializada de un nutriólogo que individualice el régimen dietético de cada paciente de acuerdo a sus características particulares.

5.5.C.II. PROBLEMÁTICA SOCIAL

A partir de 1980 ha habido un incremento marcado en la incidencia de la IRC y es mayor conforme aumenta la edad por arriba de los 65 años; la prevalencia sería de 1,000 nuevos pacientes al año por millón de personas.

La IRC es más común en el sexo masculino que en el femenino y parece que en los hombres es de más rápida progresión y se presentan mayor número de factores de riesgo. La presencia de algunos genes puede influir en la progresión.²⁴

El enfermo crónico, según su problemática social, puede incidir en acelerar su proceso crónico antes que otros pacientes con el mismo tipo de enfermedad. La persona experimenta un cambio en el rol social que requiere una atención la cual no se relaciona exclusivamente con las manifestaciones patológicas

Se debe intentar que el paciente manifieste como percibe su enfermedad en función del grado de información que obtenga a través del equipo de salud, así como observar su actitud ante el tratamiento.

5.5.C.III. PROBLEMÁTICA LABORAL

Los pacientes diagnosticados con IRC sufren limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada a hemodiálisis y en la mayoría de los casos la pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica.

El paciente con IRC supone una baja rentabilidad en su trabajo lo que dificulta las relaciones laborales. La dificultad de la adaptación del puesto de trabajo unido a las presiones laborales incide en la solicitud de su pensión de

²³ "Insuficiencia Renal Crónica", Universidad de Zaragoza, España

²⁴ Treviño Becerra, Alejandro y cols., "Tratado de Nefrología", Ed. Prado, 2003, Tomo II, México, pp. 1245 – 1246

invalidez produciéndose una desvinculación laboral con pérdida de empleo, produciendo estas dos consecuencias inmediatas: disminución de ingresos económicos y sentimiento de no ser útil a sí mismo ni a su familia.

5.5.C.IV. PROBLEMÁTICA ECONÓMICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de salud, porque esta se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja. Estos tres pilares son la expresión del factor económico.

El problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral. Todo esto lleva consigo la búsqueda de alternativas con prestaciones económicas de menor cuantía no pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios personales y familiares, sobre todo cuando los miembros de la familia son menores de edad o están estudiando no teniendo por ello la preparación suficiente para desarrollar una actividad laboral, añadiéndose la dificultad actual de encontrar empleo.

El paciente con IRC padece un déficit en su economía en uno de los momentos de su vida que más necesita el aporte económico. Hay un aumento de los gastos extra generados por su propia patología como pueden ser: dieta, tratamiento farmacológico, desplazamientos a tratamiento y en ocasiones cambio de domicilio por aproximación al centro de tratamiento.

5.5.C.V. PROBLEMÁTICA FAMILIAR

Cuando surge la enfermedad se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia. Todo esto consiste en un cambio de roles familiares y asumiendo responsabilidades por otros miembros de la familia. Se configura un proceso de adaptación de la familia que comprende:

✦ *Etapas de desorganización:* se rompe la estructura de funcionamiento familiar. En esta etapa la actitud del equipo de salud será, predominantemente de escuchar e indagar como la situación ha afectado a la familia y ofrecer información acerca de la enfermedad.

✦ *Recuperación de la crisis:* la familia llega a un punto de recuperación donde se produce una mayor asimilación del aprendizaje y manejo de la enfermedad. En esta etapa es cuando la familia va asumiendo responsabilidades por otros miembros.

✦ *Un nivel de reorganización:* ira en función del grado de invalidez resultante de la enfermedad y de los recursos que disponga la familia. La intervención del equipo de salud en la fase de reorganización debe estar dirigida a:

1. Lograr un equilibrio con relación a la independencia y autoafirmación de sus miembros.
2. Desarrollar y mantener relaciones abiertas dentro de la familia.
3. Alentar la participación tanto por parte del enfermo como del resto de la familia en la toma de decisiones y alternativas, dejar que se enfrente con la

enfermedad para su ajuste con el fin de mejorar la calidad de vida, evitando que se deterioren las relaciones familiares.

La problemática familiar se puede ver agravada si previo a la enfermedad existían problemas familiares, influyendo en el tratamiento y en el enfermo.

5.5.C.VI. PROBLEMÁTICA DE DEPENDENCIA

Nace la necesidad de afrontar una situación nueva que va a suponer una pérdida de independencia personal, por un lado, por la dependencia al tratamiento que genera una insatisfacción por el nuevo estilo de vida y por otra parte la dependencia de la familia ocasionando un sentimiento de carga al necesitar su ayuda para un desenvolvimiento normal en su vida cotidiana. Con relación al paciente, la familia ocupa un mayor espacio y lugar a la vez que hay una pérdida en su actividad social habitual lo que repercute en sus relaciones sociales.

5.5.C.VII. PROBLEMÁTICA DE DESPLAZAMIENTO

La lejanía de los domicilios de los pacientes al centro de tratamiento es uno de los problemas que se originan. Esto supone que la financiación del transporte corre a cargo del paciente si no se encuentra otra forma de solucionarlo, y no solo es este problema, sino también un incremento del tiempo del propio paciente que le supone salir del domicilio algunas horas antes sumándole las propias del tratamiento.²⁵

5.5.C.VIII. PROBLEMÁTICA EMOCIONAL

Es conocido que el paciente afectado de una patología crónica, se deteriora emocionalmente, sobre todo aquel que padece IRC, en tratamiento de diálisis, donde se encuentra involucrado no sólo el mismo, sino además todo su ámbito familiar, quienes en conjunto han de someterse a modificaciones en su estilo de vida.²⁶

Todos los pacientes en tratamiento renal sustitutivo se encuentran ligados a una técnica con múltiples dependencias de tipo mecánico, de centro y de personal sanitario. Además, el régimen dietético, la toma múltiple de medicación, las restricciones de líquido, las pérdidas de libertad, trabajo y la disminución de la esperanza de vida explican la alta incidencia de cuadros depresivos que condicionarán la tolerancia clínica y la aceptación de estos tratamientos.²⁷

²⁵ Haya, Carlos, "Problemática social del enfermo con Insuficiencia Renal Crónica", Hospital Regional Universitario, España

²⁶ Blunno, Graciela, et. al., "Elección del tratamiento en pacientes con IRC. Nuestra experiencia en seis años", Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante, Marzo 2000, No. 50, Argentina, pp. 25 - 27

²⁷ Martínez García, Joaquín, "Problemas que plantean los pacientes en diálisis", Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular, 2004, Vol. 10, No. 1, Barcelona, p. 26

5.5.D. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

La intervención de enfermería durante el tratamiento de la IRCT va encaminada a:

1. *Desarrollar* programas de control dirigidos a pacientes con IRC tratados con hemodiálisis y desarrollar lineamientos para que el paciente se apoye en el autocuidado.
2. *Valorar* con detalle a quienes se administra farmacoterapia con hipoglicemiantes, antibióticos, antiarrítmicos o antihipertensivos para cerciorarse de que las concentraciones sanguíneas y tisulares de estos medicamentos se conserven sin llegar a la acumulación tóxica.
3. *Orientar y apoyar* a los familiares ya que la hemodiálisis impone modificaciones al estilo de vida familiar y pueden surgir sentimientos de ira y desesperación. *Brindar* instrucciones verbales y escritas acerca de los procesos administrativos correspondientes que pueden motivarlos para que participen en el tratamiento y toma de decisiones.
4. *Optimizar* la comodidad del paciente durante la hemodiálisis (posición, manejo de estímulos del medio ambiente ruido, luz y cambios de temperatura).
5. *Conocer y aplicar* todas las medidas de asepsia que se requiere para la hemodiálisis, tanto el manejo de accesos vasculares, como en la manipulación de equipos.
6. *Valorar* los cambios en el estado hidroelectrolítico, peso corporal, signos vitales y nivel de conciencia del paciente durante la hemodiálisis.
7. *Mantener* los accesos vasculares limpios y permeables; realizar la curación y fijación de los diferentes catéteres durante el proceso de hemodiálisis.
8. *Promover* un trabajo interdisciplinario, con la nutricionista, psicólogo, trabajador social y médicos para lograr el mayor bienestar posible del paciente, su familia y el mismo grupo.
9. *Valorar* periódicamente el mantenimiento de cada una de las máquinas de hemodiálisis y *cerciorar* su adecuada limpieza y proceso de desinfección.
10. *Verificar* que el carro de paro esté completo con medicamentos con fecha de vencimiento vigente y funcionamiento de equipos como ambú, tubos laríngeos, conectores de oxígeno, etc. Tener un entrenamiento en Reanimación Cerebro Cardio Pulmonar y asegurarse que el resto del grupo también.
11. *Cuidar* el acceso vascular cuando el paciente con hemodiálisis es hospitalizado por cualquier razón, *valorar* su permeabilidad y *tomar* precauciones que aseguren no sea utilizado para otros procedimientos como medir la presión sanguínea u obtener muestras de sangre.
12. *Realizar* los registros pertinentes de acuerdo con lo establecido, observando la tolerancia del paciente al procedimiento.²⁸

²⁸ "Diálisis e insuficiencia renal", Revista Actualizaciones en Enfermería, Diciembre 2001, Vol. 4, No. 4, Colombia

METODOLOGÍA

6. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hi. Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México no tienen capacidad de autocuidado.

HIPÓTESIS NULA

Ho. Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México tienen capacidad de autocuidado.

7. VARIABLES, CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES

- ✦ *Dependiente:* Capacidad de autocuidado
- ✦ *Independiente:* Paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES:

✦ CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Teórica: Se define como la aptitud de una persona para realizar un conjunto de acciones intencionadas con la finalidad de controlar factores internos o externos que puedan comprometer su vida y desarrollo posterior.

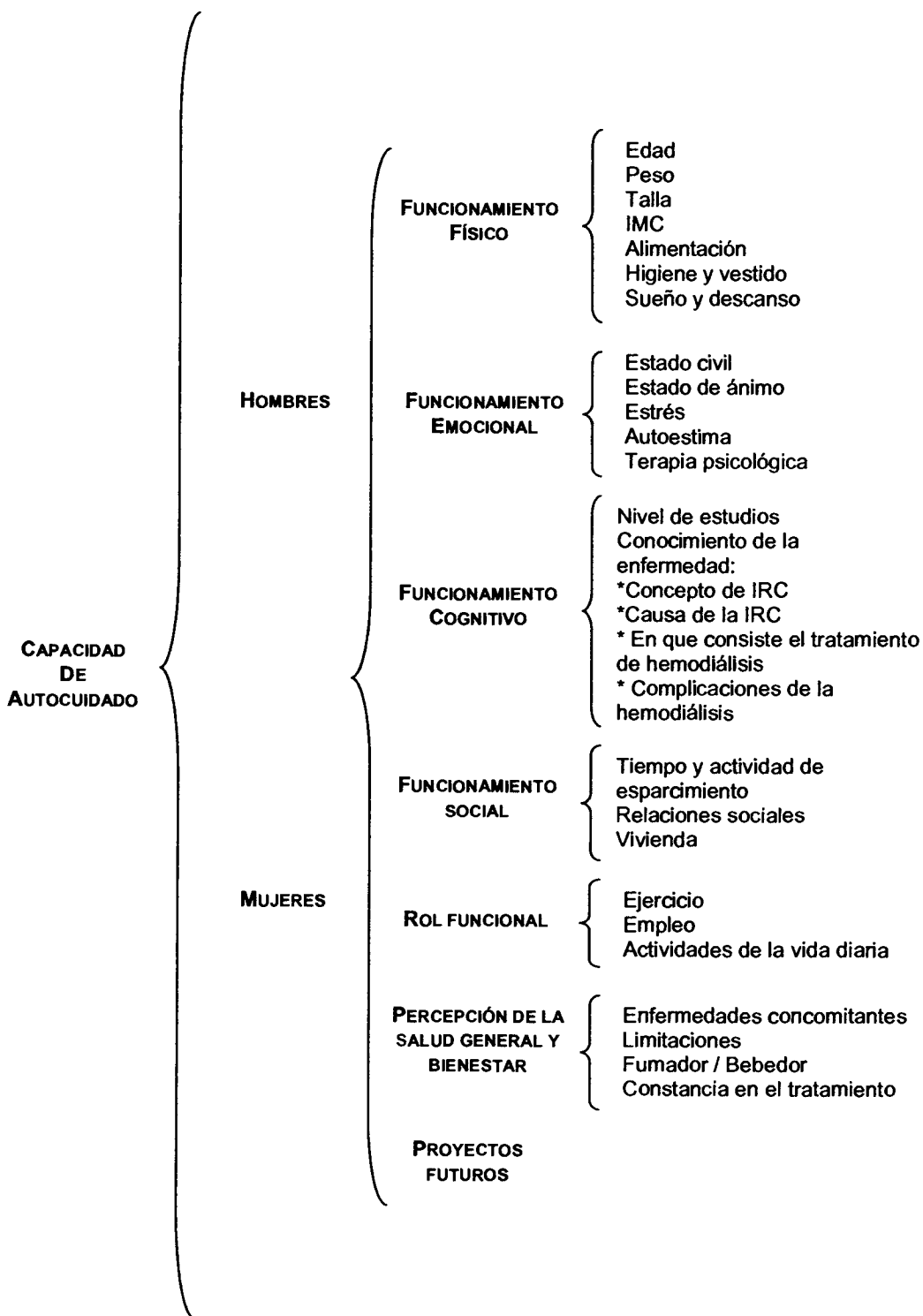
Operativa: Suficiencia de una persona para llevar a cabo acciones en beneficio de su salud.

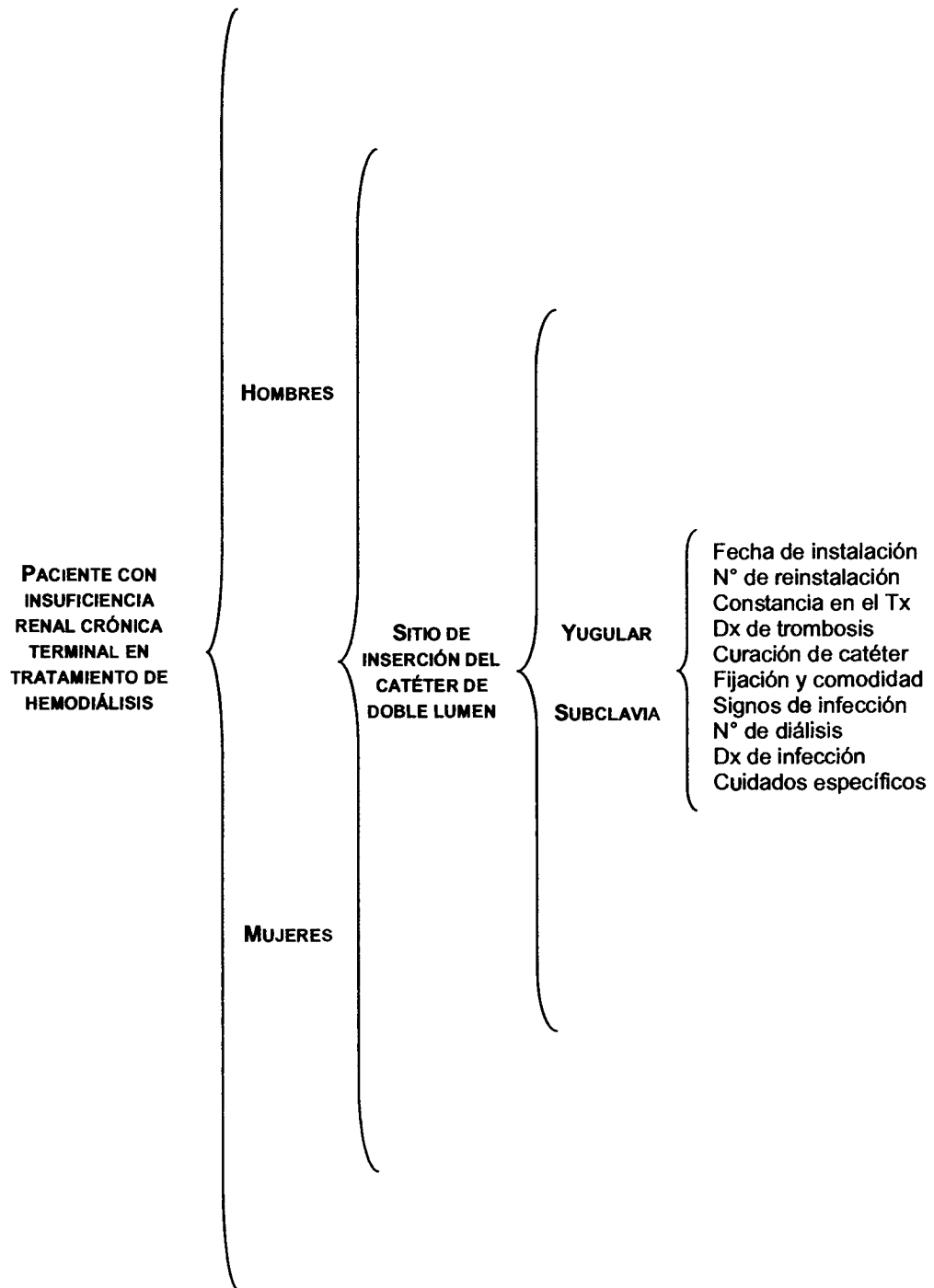
✦ PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS

Teórica: Es aquel cuya situación clínica deriva de la pérdida de función renal permanente con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías tanto de carácter congénito y/o hereditarios como adquiridas. Su etapa terminal esta definida por síndrome urémico y ecografía que demuestre daño parenquimatoso y que requiere tratamiento de sustitución renal por hemodiálisis creando un acceso inmediato temporal a la circulación introduciendo un catéter de doble luz ya sea en venas subclavia, yugular o femoral o bien creando un acceso permanente mediante anastomosis de una arteria y una vena.

Operativa: Paciente con pérdida de la función renal cuyo tratamiento es la eliminación de toxinas por medio de un acceso venoso o arterio-venoso el cual se conecta a un riñón artificial.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES





8. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

- ✦ *Prospectivo*: porque la información se obtiene mediante una encuesta realizada en el transcurso de la investigación.
- ✦ *Transversal*: porque las variables se miden una sola vez y de manera simultánea.
- ✦ *Descriptivo*: porque se cuenta con una sola población la cual se describe en función de un grupo de variables.

TIPO DE MUESTREO:

- ✦ No probabilística por cuotas: porque se construye un modelo reducido representativo de las características conocidas de la población estudiada, seguido de la búsqueda de individuos que correspondan a las cuotas.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

- ✦ Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal del Hospital Juárez de México

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

- ✦ Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal del servicio de Hemodiálisis del Hospital Juárez de México

MUESTRA:

- ✦ Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis con catéter de doble lumen de los turnos matutino y vespertino.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✦ Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento de hemodiálisis con catéter de doble lumen (mahurkar) de los turnos matutino y vespertino del Hospital Juárez de México.
- ✦ Pacientes mayores de 18 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✦ Pacientes transplantados.
- ✦ Pacientes del servicio de Terapia Intensiva.
- ✦ Pacientes del servicio de Medicina Interna Sur.
- ✦ Pacientes menores de 18 años de edad.
- ✦ Pacientes con menos de 5 sesiones de hemodiálisis.
- ✦ Pacientes transitorios con tratamiento de hemodiálisis.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- ✦ Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- ✦ Pacientes que fallezcan durante el proceso de investigación.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1ª. ETAPA: DISEÑO DEL INSTRUMENTO

El instrumento de investigación se diseño con base en las variables y su operacionalización enfocado a determinar las capacidades de autocuidado de la población a estudiar. Consto de 43 ítems de los cuales 34 fueron de opción múltiple y 9 abiertos.

2ª. ETAPA: PRUEBA PILOTO Y REESTRUCTURACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se llevo a cabo la aplicación del instrumento de investigación en el servicio de Medicina Interna Sur los días 8, 9 y 10 de Mayo del 2007 a 6 pacientes que cubrieron los criterios de inclusión.

Para la aplicación de cada instrumento el tiempo mínimo fue de 10 minutos siendo de 20 el máximo, esta situación se debió a la incomprensión de algunas preguntas, desvío del tema y respuestas extensas por parte del paciente.

Se aplico el último instrumento de manera conjunta para analizar, determinar y generalizar la manera de formular cada pregunta para así obtener resultados más precisos.

Las modificaciones realizadas al instrumento de investigación fueron las siguientes:

- a) La redacción de 15 ítems que al ser respondidos no cubrían la información deseada al no ser comprensibles para el paciente.
- b) Se agregaron 4 ítems para ampliar el panorama de respuestas.
- c) Se eliminaron 2 ítems debido a que no proporcionaron información útil.

Finalmente, el instrumento de investigación para la muestra consta de 46 ítems de los cuales 16 son preguntas dicotómicas, 9 de opción múltiple, 9 abiertas, 7 de filtro, 3 de evaluación y 2 ponderativas.

3ª. ETAPA: APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplico el instrumento a un total de 20 pacientes mediante entrevista cara a cara los días 31 de Mayo y 1º. de Junio del presente año de acuerdo a la programación del servicio de Hemodiálisis.

4ª. ETAPA: ANÁLISIS DE DATOS

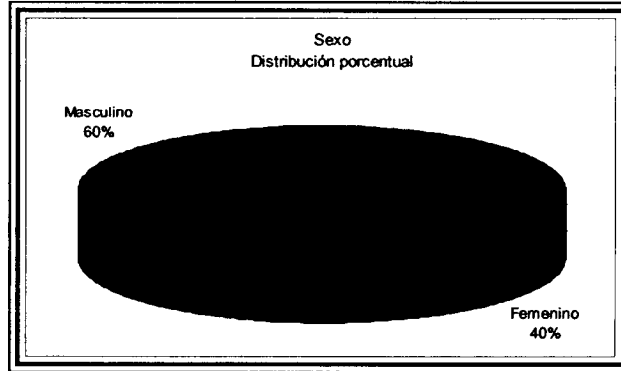
Una vez obtenidos los datos, se utilizaron los programas Excel y SPSS para posteriormente realizar un análisis descriptivo mediante el uso de tablas y graficas que muestran los resultados obtenidos de las encuestas, los cuales se muestran a continuación.

RESULTADOS

9. RESULTADOS

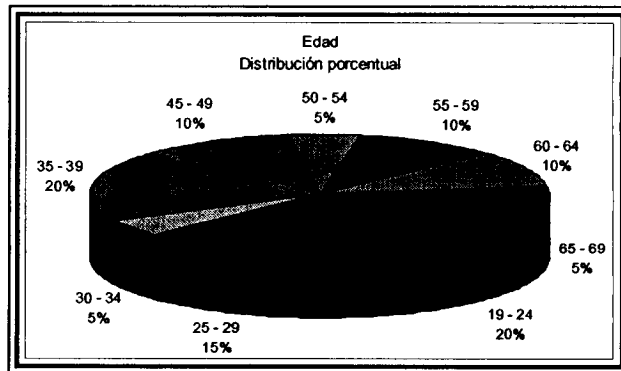
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA[∞]

| SEXO | N° | % |
|-----------|----|-------|
| Femenino | 8 | 40.0 |
| Masculino | 12 | 60.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



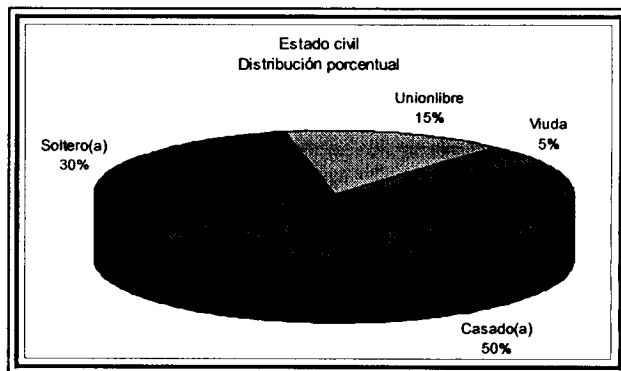
Sexo: del total de 20 pacientes encuestados en los turnos matutino y vespertino del servicio de Hemodiálisis, el 40% fue del sexo femenino y un 60% masculino.

| GRUPO DE EDAD | N° | % |
|---------------|----|-------|
| 19 - 24 | 4 | 20.0 |
| 25 - 29 | 3 | 15.0 |
| 30 - 34 | 1 | 5.0 |
| 35 - 39 | 4 | 20.0 |
| 45 - 49 | 2 | 10.0 |
| 50 - 54 | 1 | 5.0 |
| 55 - 59 | 2 | 10.0 |
| 60 - 64 | 2 | 10.0 |
| 65 - 69 | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



Edad: el rango de edad fue como mínimo de 19 años y como máximo de 69, teniendo como media 39.8 años. Sobresalen con un 20% la población entre 19 a 24 años al igual que los que se encuentran entre 35 a 39 años.

| ESTADO CIVIL | N° | % |
|--------------|----|-------|
| Casado(a) | 10 | 50.0 |
| Soltero(a) | 6 | 30.0 |
| Unión libre | 3 | 15.0 |
| Viuda | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

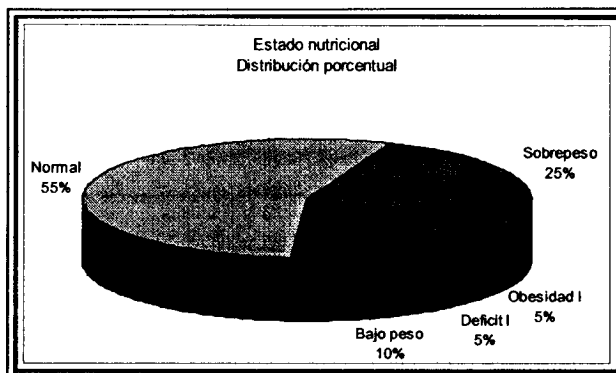


Estado civil: predomina que el 50% son casados mientras que el 30% son solteros.

[∞] Fuente: encuesta realizada en el servicio de hemodiálisis del Hospital Juárez de México para determinar capacidad de autocuidado en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (apéndice 14.2)

| ESTADO NUTRICIONAL ¹ | N° | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Deficit I ² | 1 | 5.0 |
| Bajo peso ³ | 2 | 10.0 |
| Normal ⁴ | 11 | 55.0 |
| Sobrepeso ⁵ | 5 | 25.0 |
| Obesidad I ⁶ | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

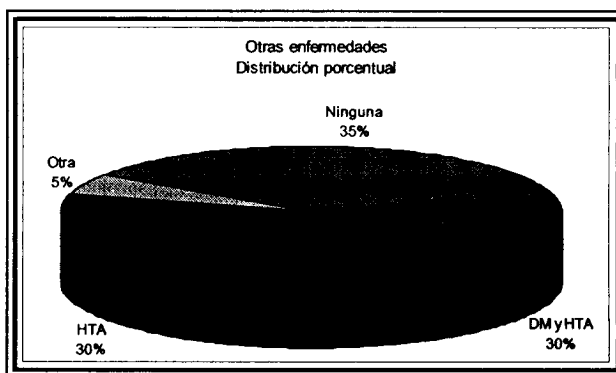
¹ Estado nutricional determinado de acuerdo a Índice de masa corporal (IMC)
² IMC < 18.4
³ IMC 18.5 a 19.9
⁴ IMC 20 a 24.9
⁵ IMC 25 a 29.9
⁶ IMC 30 a 34.9



Estado nutricional: un 55% de los encuestados se encuentran con un peso normal en relación a su estatura, mientras que un 15% tienen algún grado de desnutrición y un 30% se encuentran por arriba de su peso.

| OTRAS ENFERMEDADES | N° | % |
|------------------------------------|----|-------|
| DM ¹ y HTA ² | 6 | 30.0 |
| HTA | 6 | 30.0 |
| Otra | 1 | 5.0 |
| Ninguna | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

¹ Diabetes Mellitus
² Hipertensión Arterial

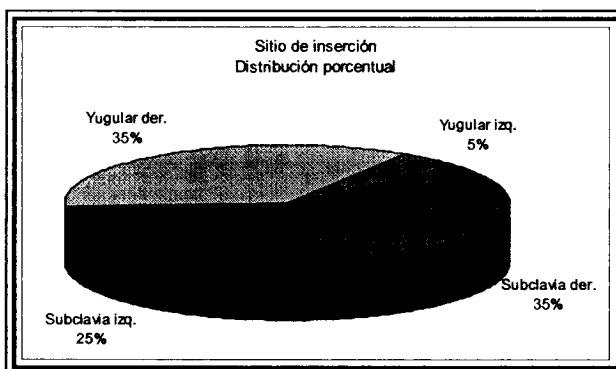


Otras enfermedades: el 35% de los encuestados no padece ninguna otra enfermedad, un 30% padece Hipertensión e igual porcentaje padece Diabetes e Hipertensión.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CATÉTER DE DOBLE LUMEN EN LA POBLACIÓN ENCUESTADA^o

| SITIO DE INSERCIÓN DEL CATETER | N° | % |
|--------------------------------|----|-------|
| Subclavia derecha | 7 | 35 |
| Subclavia izquierda | 5 | 25 |
| Yugular derecha | 7 | 35 |
| Yugular izquierda | 1 | 5 |
| Total | 20 | 100.0 |

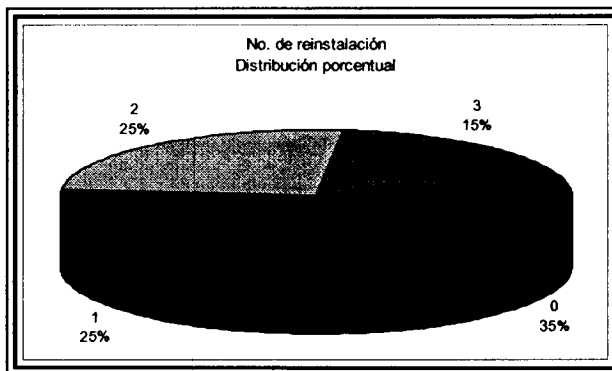
¹ Diabetes Mellitus
² Hipertensión Arterial



Sitio de inserción del catéter: predomina con un 35% la yugular derecha al igual que la subclavia derecha y con un 25% la subclavia izquierda.

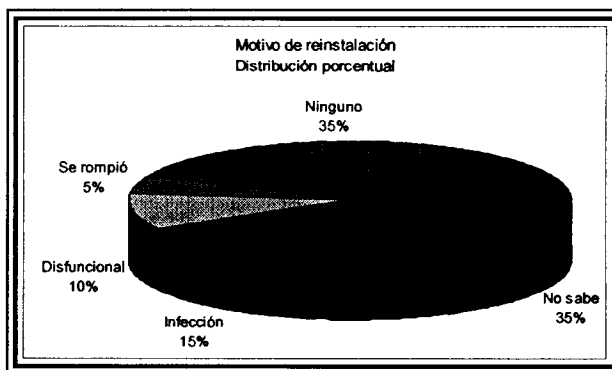
^o Fuente: encuesta realizada en el servicio de hemodiálisis del Hospital Juárez de México para determinar capacidad de autocuidado en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (apéndice 14.2)

| NO. DE REINSTALACIÓN | N° | % |
|----------------------|----|-------|
| 0 | 7 | 35.0 |
| 1 | 5 | 25.0 |
| 2 | 5 | 25.0 |
| 3 | 3 | 15.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



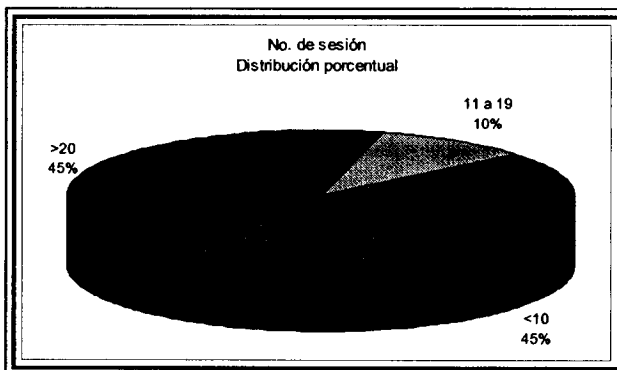
No. de reinstalación: el 35% no se ha sometido a reinstalación del catéter, mientras que el 15% se ha sometido a reinstalación en 3 ocasiones.

| MOTIVO REINSTALACIÓN | N° | % |
|----------------------|----|-------|
| No sabe | 7 | 35.0 |
| Infección | 3 | 15.0 |
| Disfuncional | 2 | 10.0 |
| Se rompió | 1 | 5.0 |
| Ninguno | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



Motivo de reinstalación: aunque el 65% de los encuestados se ha sometido a reinstalación del catéter, el 35% no sabe el motivo, el 15% refiere que fue por infección y el 10% porque estaba disfuncional.

| NO. DE SESIÓN | N° | % |
|---------------|----|-------|
| <10 | 9 | 45.0 |
| 11 a 19 | 2 | 10.0 |
| >20 | 9 | 45.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

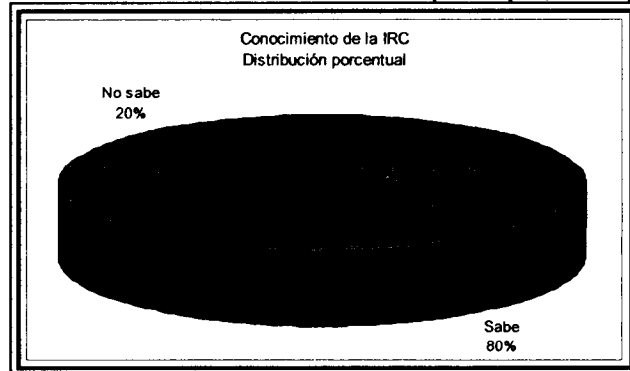


No. de sesión: el 45% de la población encuestada tenía menos de 10 sesiones de hemodiálisis, el mismo porcentaje tenía más de 20 y un 10% entre 11 y 19 sesiones.

ENCUESTA PARA DETERMINAR CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

1. ¿Qué sabe acerca de la Insuficiencia Renal Crónica? (concepto, causa)

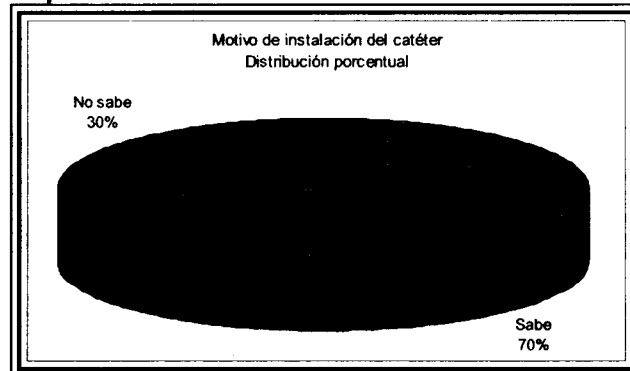
| CONOCIMIENTO DE LA IRC | N° | % |
|------------------------|----|-------|
| Sabe | 16 | 80.0 |
| No sabe | 4 | 20.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 80% sabe lo que es la IRC (concepto o causa) y un 20% no lo sabe.

2. ¿Por qué le colocaron el catéter mahurkar?

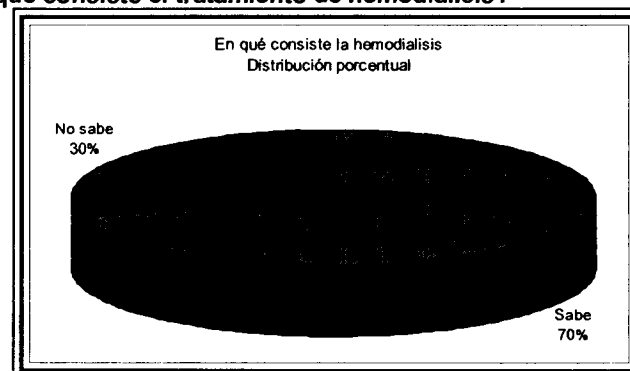
| MOTIVO DE INSTALACION DEL CATÉTER | N° | % |
|-----------------------------------|----|-------|
| Sabe | 14 | 70.0 |
| No sabe | 6 | 30.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 70% sabe porque le instalaron el catéter mientras que el 30% no lo sabe.

3. ¿En qué consiste el tratamiento de hemodiálisis?

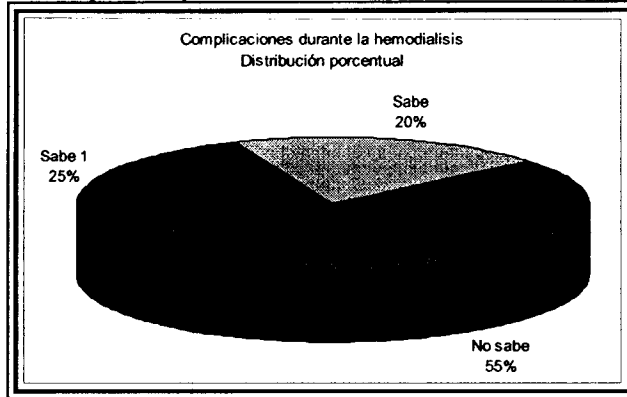
| EN QUÉ CONSISTE LA HEMODIÁLISIS | N° | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Sabe | 14 | 70.0 |
| No sabe | 6 | 30.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 70% sabe en que consiste el tratamiento y un 30% no lo sabe.

4. ¿Qué complicaciones pueden presentarse durante la hemodiálisis?

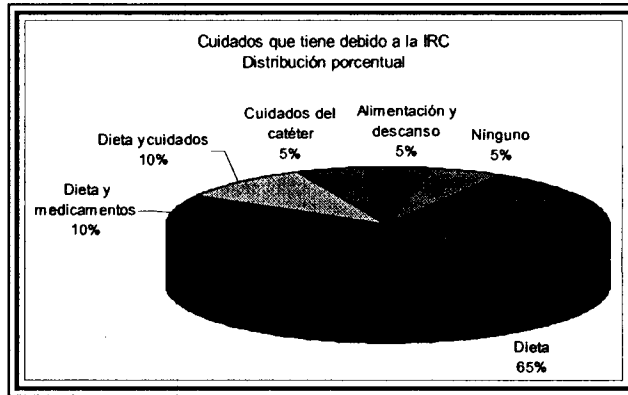
| COMPLICACIONES DURANTE LA HEMODIÁLISIS | N° | % |
|--|----|-------|
| No sabe | 11 | 55.0 |
| Sabe 1 | 5 | 25.0 |
| Sabe | 4 | 20.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 55% no conoce las complicaciones que se pueden presentar durante la hemodiálisis, un 25% mencionó una y solo un 20% conoce dos o más.

5. ¿Qué cuidados tiene debido a la Insuficiencia Renal Crónica?

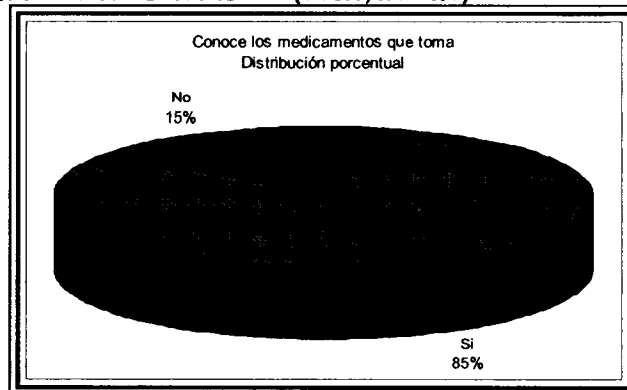
| CUIDADOS QUE TIENE DEBIDO A LA IRC | N° | % |
|------------------------------------|----|-------|
| Dieta | 13 | 65.0 |
| Dieta y medicamentos | 2 | 10.0 |
| Dieta y cuidados del catéter | 2 | 10.0 |
| Cuidados del catéter | 1 | 5.0 |
| Alimentación y descanso | 1 | 5.0 |
| Ninguno | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



Un 65% tiene como único cuidado la dieta, un 10% dieta y medicamentos y con el mismo porcentaje dieta y cuidados, mientras que los cuidados del catéter, la alimentación y descanso, y ningún cuidado se encontraron con un 5% cada uno.

6. ¿Qué medicamentos toma? (dosis, horario)

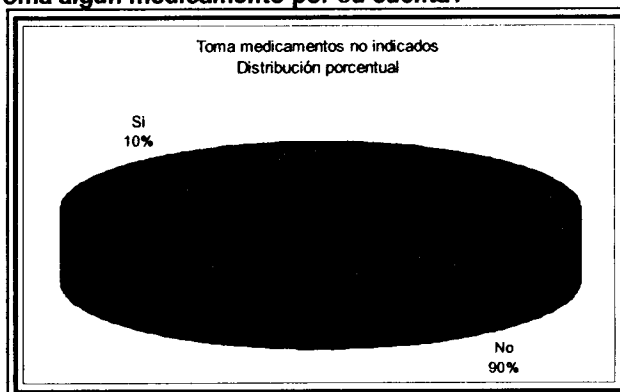
| CONOCE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA | N° | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Si | 17 | 85.0 |
| No | 3 | 15.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 85% de los encuestados conoce los medicamentos que toma mientras que un 15% no los conoce.

7. ¿Toma algún medicamento por su cuenta?

| TOMA MEDICAMENTOS NO INDICADOS | | |
|--------------------------------|----|-------|
| MEDICAMENTOS NO INDICADOS | N° | % |
| No | 18 | 90.0 |
| Si | 2 | 10.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



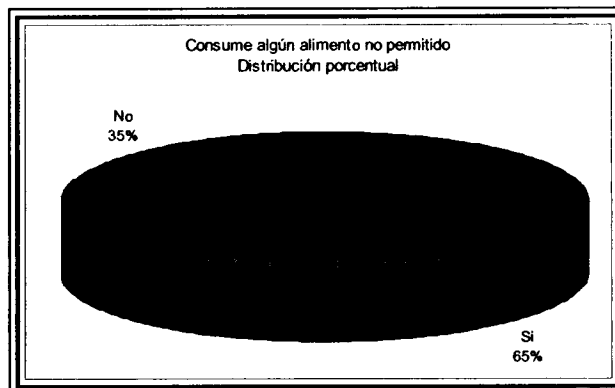
Sólo el 10% de los encuestados toma medicamentos no indicados por el médico.

8. A la semana, ¿cuántas veces consume cada uno de los siguientes alimentos? (alimentos no permitidos)

| Carne de puerco | Sachicha ó jamón | Cubitos o polvo de consomé | Productos enlatados | Papas fritas |
|------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| Plátano, uva, naranja, melón | Leche clavel, lechera | Garbanzo, lenteja, chicharo, frijol | Frutas secas (pasas, almendras, nuez, cacahuate) | Sopas precocidas (maruchan) |
| Café | Alcohol | | | |

| CONSUME ALGÚN ALIMENTO NO PERMITIDO ¹ | | |
|--|----|-------|
| | N° | % |
| Si | 13 | 65.0 |
| No | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

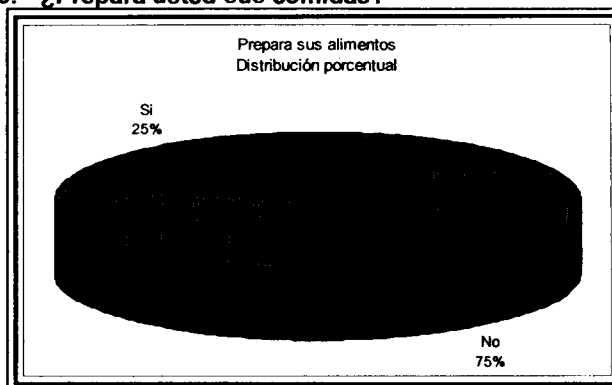
1 De acuerdo a las recomendaciones alimenticias (capítulo 5.5.C.1.)



El 65% consume alguno de los alimentos no permitidos, sólo un 35% no los consume.

9. ¿Prepara usted sus comidas?

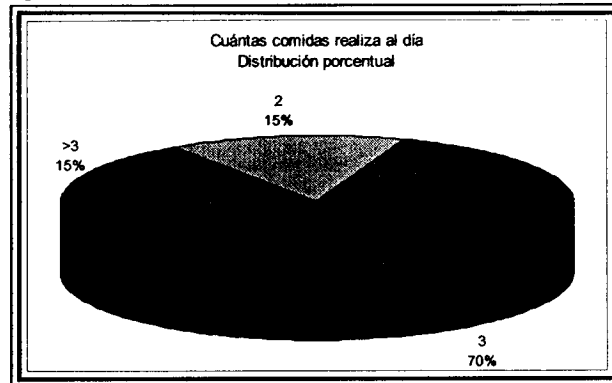
| PREPARA SUS ALIMENTOS | | |
|-----------------------|----|-------|
| | N° | % |
| No | 15 | 75.0 |
| Si | 5 | 25.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 75% de los encuestados no prepara sus comidas y un 25% si lo hace.

10. ¿Cuántas comidas realiza al día?

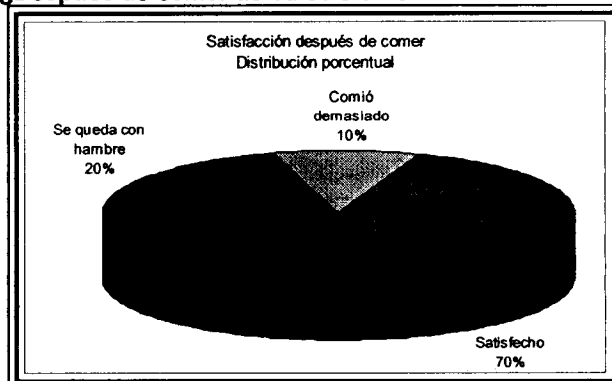
| CUÁNTAS COMIDAS REALIZA AL DÍA | N° | % |
|--------------------------------|----|-------|
| 3 | 14 | 70.0 |
| >3 | 3 | 15.0 |
| 2 | 3 | 15.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



Un 70% realiza 3 comidas al día, un 15% más de 3 y el mismo porcentaje sólo 2.

11. ¿Después de comer usted se siente?

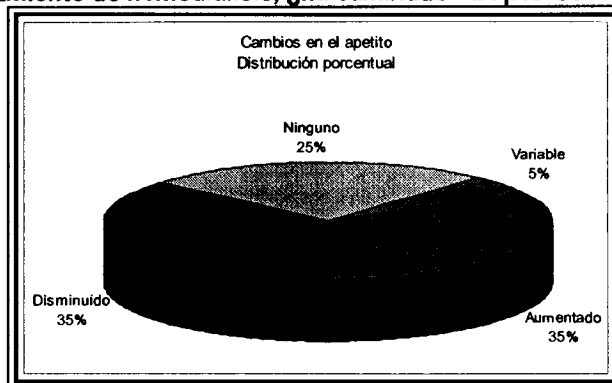
| SATISFACCIÓN DESPUÉS DE COMER | N° | % |
|-------------------------------|----|-------|
| Satisfecho | 14 | 70.0 |
| Se queda con hambre | 4 | 20.0 |
| Comió demasiado | 2 | 10.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 70% se sienten satisfechos después de comer, un 20% se queda con hambre y un 10% siente que comió demasiado.

12. A raíz del tratamiento de hemodiálisis, ¿ha cambiado su apetito?

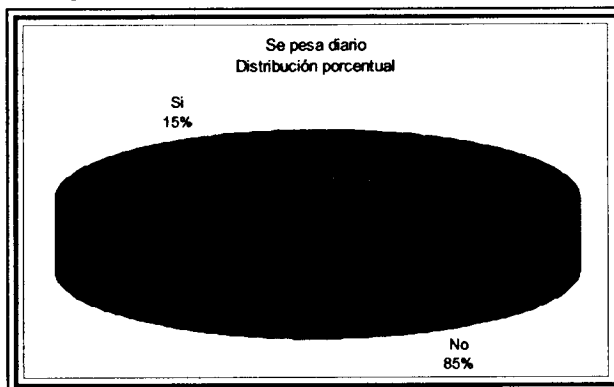
| CAMBIOS EN EL APETITO | N° | % |
|-----------------------|----|-------|
| Aumentado | 7 | 35.0 |
| Disminuido | 7 | 35.0 |
| Ninguno | 5 | 25.0 |
| Variable | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 35% ha presentado aumento en su apetito, el mismo porcentaje ha presentado disminución, un 25% no ha tenido cambios y un 5% refiere que es variable.

13. ¿Se pesa todos los días?

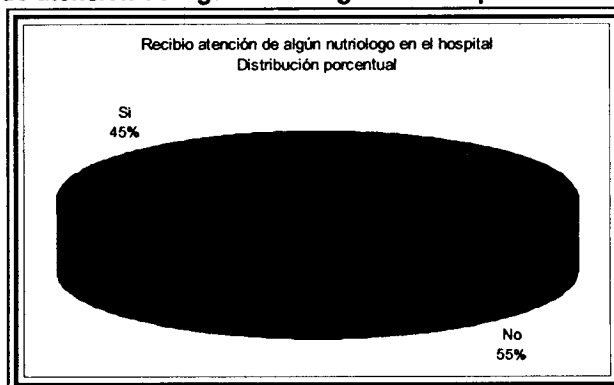
| SE PESA DIARIO | N° | % |
|----------------|----|-------|
| No | 17 | 85.0 |
| Si | 3 | 15.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 85% no lleva un control de su peso diario, sólo un 15% si.

14. ¿Ha recibido atención de algún nutriólogo en el hospital?

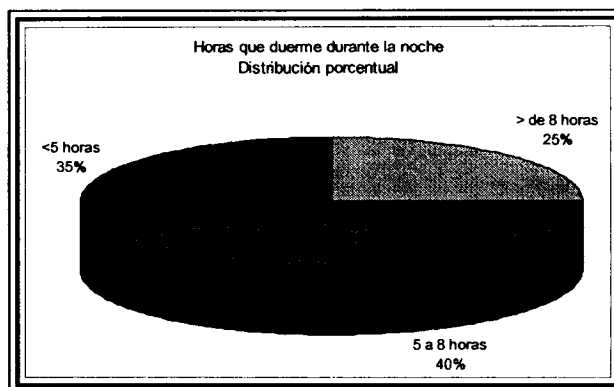
| RECIBIÓ ATENCION DE ALGUN NUTRIÓLOGO | N° | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| No | 11 | 55.0 |
| Si | 9 | 45.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 55% de los encuestados no han recibido atención de algún nutriólogo en el hospital mientras que un 45% si la ha recibido.

15. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

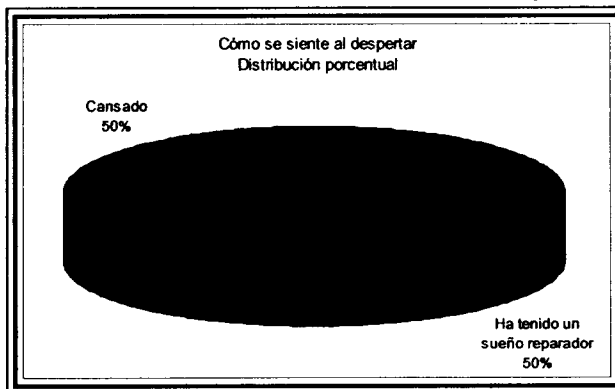
| HORAS QUE DUERME DURANTE LA NOCHE | N° | % |
|-----------------------------------|----|-------|
| 5 a 8 horas | 8 | 40.0 |
| <5 horas | 7 | 35.0 |
| >8 horas | 5 | 25.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 40% duerme entre 5 y 8 horas durante la noche, 35% menos de 5 horas y un 25% más de 8.

16. ¿Cuándo se despierta se siente cansado o ha tenido un sueño reparador?

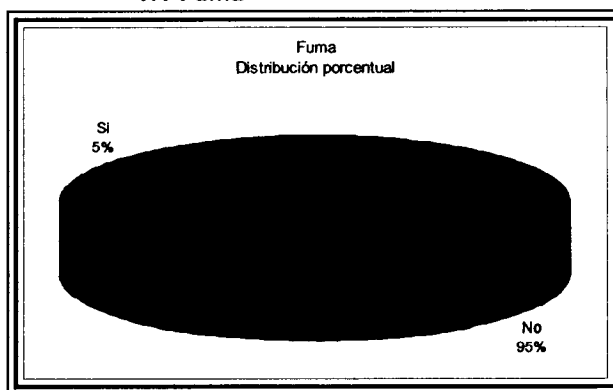
| CÓMO SE SIENTE AL DESPERTAR | N° | % |
|------------------------------|----|-------|
| Ha tenido un sueño reparador | 10 | 50.0 |
| Cansado (a) | 10 | 50.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 50% menciona que al despertar ha tenido un sueño reparador, el otro 50% refiere sentirse cansado.

17. Fuma

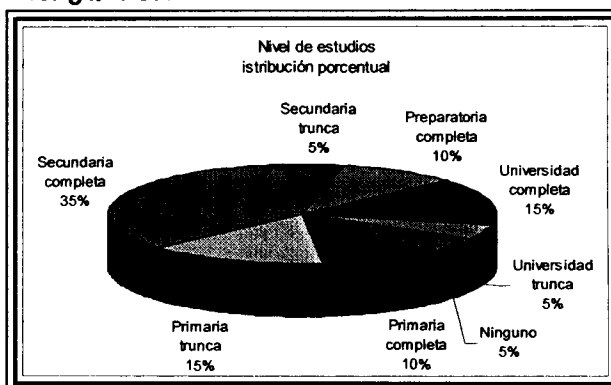
| FUMA | N° | % |
|-------|----|-------|
| No | 19 | 95.0 |
| Si | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 95% de los encuestados no fuma, el otro 5% si lo hace.

18. ¿Qué estudios tiene?

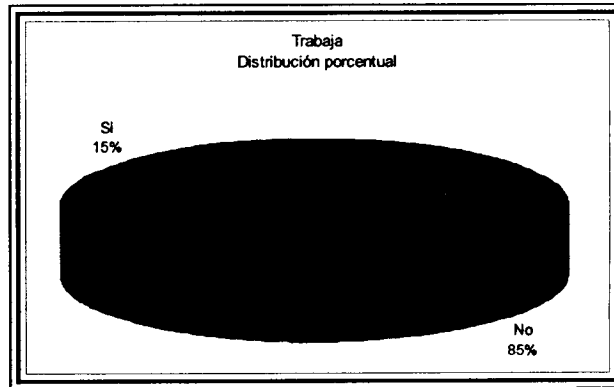
| NIVEL DE ESTUDIOS | N° | % |
|-----------------------|----|-------|
| Ninguno | 1 | 5.0 |
| Primaria completa | 2 | 10.0 |
| Primaria trunca | 3 | 15.0 |
| Secundaria completa | 7 | 35.0 |
| Secundaria trunca | 1 | 5.0 |
| Preparatoria completa | 2 | 10.0 |
| Universidad completa | 3 | 15.0 |
| Universidad trunca | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 10% de los encuestados tienen la primaria completa, un 35% la secundaria, un 10% la preparatoria, un 15% la universidad y solo un 5% no tiene estudios.

19. ¿Trabaja fuera del hogar?

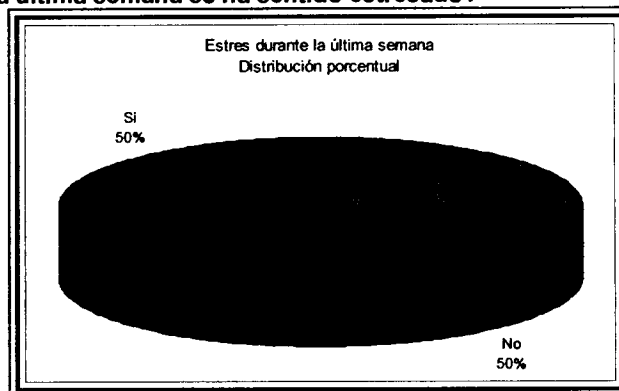
| TRABAJA | N° | % |
|---------|----|-------|
| No | 17 | 85.0 |
| Si | 3 | 15.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



Sólo el 15% tiene un trabajo remunerado económicamente, el otro 85% no trabaja.

20. ¿Durante la última semana se ha sentido estresado?

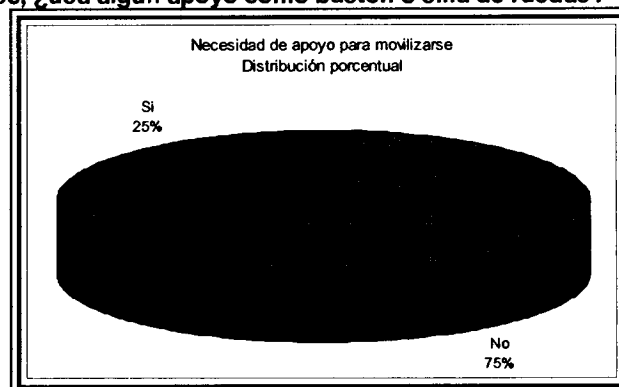
| ESTRÉS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA | N° | % |
|---------------------------------|----|-------|
| No | 10 | 50.0 |
| Si | 10 | 50.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 50% de los encuestados ha sentido estrés durante la última semana, el mismo porcentaje refiere no haberlo tenido.

21. Para movilizarse, ¿usa algún apoyo como bastón o silla de ruedas?

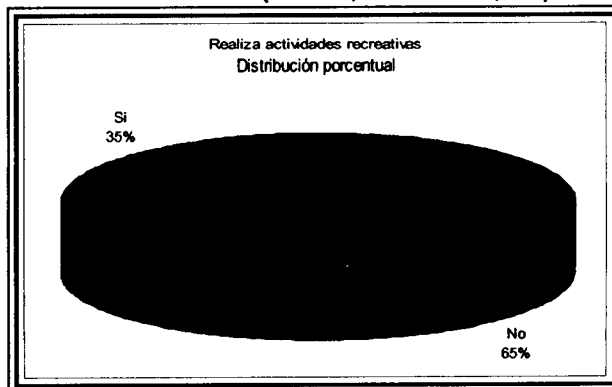
| NECESIDAD DE APOYO PARA MOVILIZARSE | N° | % |
|-------------------------------------|----|-------|
| No | 15 | 75.0 |
| Si | 5 | 25.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 25% necesita algún tipo de apoyo para movilizarse, el otro 75% no lo necesita.

22. ¿Realiza actividades recreativas? (salidas, vacaciones, etc)

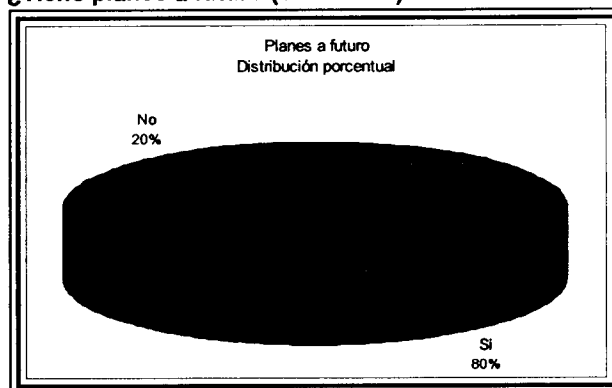
| REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS | N° | % |
|---------------------------------|----|-------|
| No | 13 | 65.0 |
| Si | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 65% no realiza ningún tipo de actividades recreativas, el otro 35% si.

23. ¿Tiene planes a futuro (1 – 2 años)?

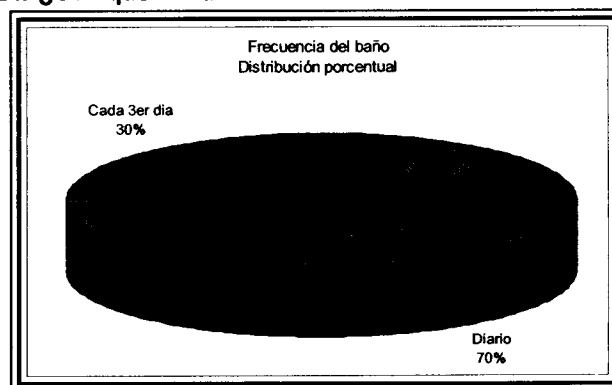
| PLANES A FUTURO | N° | % |
|-----------------|----|-------|
| Si | 16 | 80.0 |
| No | 4 | 20.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 80% de los encuestados tiene planes a futuro, mientras que el otro 20% no los tiene.

24. ¿Con qué frecuencia se baña?

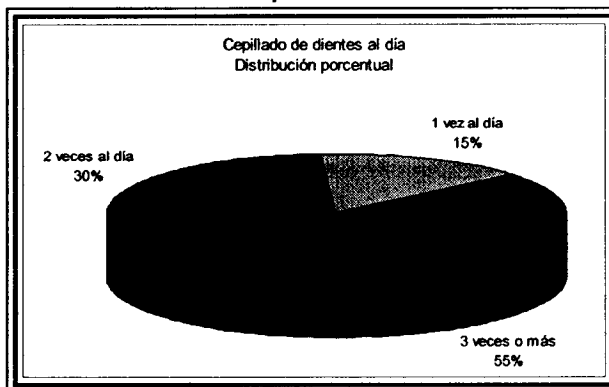
| FRECUENCIA DEL BAÑO | N° | % |
|---------------------|----|-------|
| Diario | 14 | 70.0 |
| Cada 3er día | 6 | 30.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 70% se baña diario y el otro 30% lo hace cada 3er día.

25. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

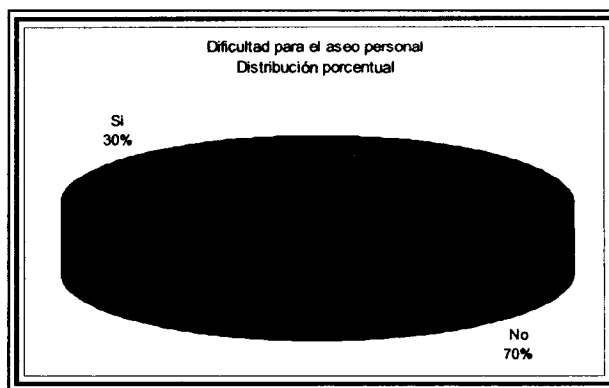
| CEPILLADO DE DIENTES AL DÍA | N° | % |
|-----------------------------|----|-------|
| 3 veces o mas | 11 | 55.0 |
| 2 veces al día | 6 | 30.0 |
| 1 vez al día | 3 | 15.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 55% cepilla sus dientes 3 veces o más al día, mientras que un 30% lo hace 2 veces y el 15% restante 1 vez.

26. ¿Tiene alguna dificultad para el aseo personal? (bañarse, ir al baño, vestirse)

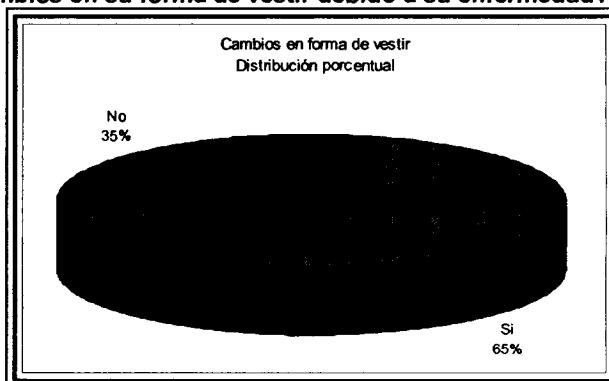
| DIFICULTAD PARA EL ASEO PERSONAL | N° | % |
|----------------------------------|----|-------|
| No | 14 | 70.0 |
| Si | 6 | 30.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 30% refiere tener alguna dificultad para realizar su aseo personal, el otro 70% refiere no tener ninguna.

27. ¿Han habido cambios en su forma de vestir debido a su enfermedad?

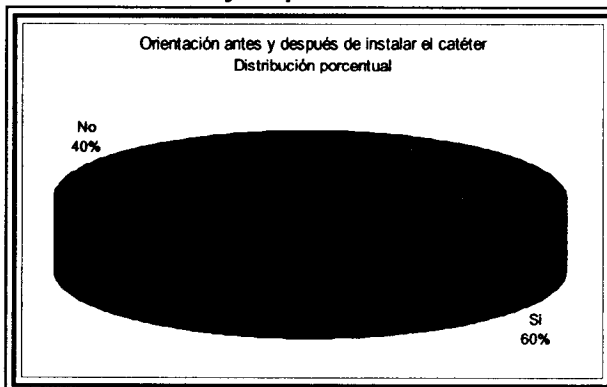
| CAMBIOS EN FORMA DE VESTIR | N° | % |
|----------------------------|----|-------|
| Si | 13 | 65.0 |
| No | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 65% ha sufrido cambios en su forma de vestir mientras que el 35% no ha tenido ninguno.

28. ¿Le dieron alguna orientación antes y después de instalarle el catéter?

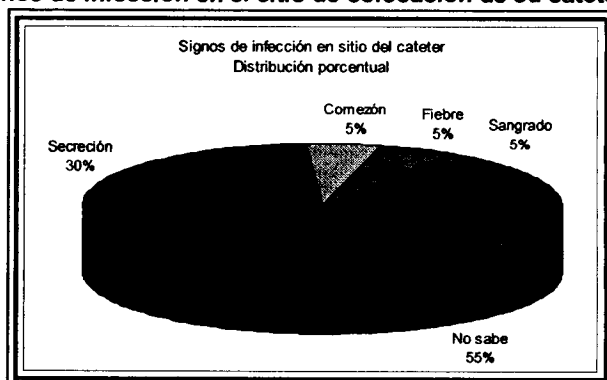
| ORIENTACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE INSTALAR EL CATÉTER | N° | % |
|--|----|-------|
| Si | 12 | 60.0 |
| No | 8 | 40.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 60% recibió orientación antes y después de que les instalaran el catéter, mientras que un 40% no la recibió.

29. ¿Cuáles son los signos de infección en el sitio de colocación de su catéter?

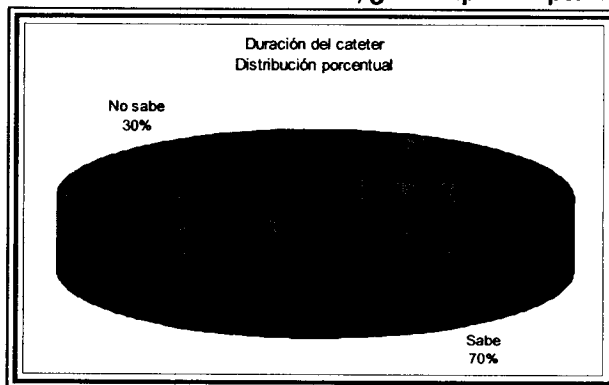
| SIGNOS DE INFECCIÓN EN SITIO DEL CATÉTER | N° | % |
|--|----|-------|
| No sabe | 11 | 55.0 |
| Secreción | 6 | 30.0 |
| Comezón | 1 | 5.0 |
| Fiebre | 1 | 5.0 |
| Sangrado | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 55% no conoce los signos de infección en el sitio de inserción del catéter, un 30% menciona solo la secreción, y con un 5% cada uno mencionan que puede ser comezón, fiebre y sangrado.

30. El catéter mahurkar para el tratamiento de hemodiálisis, ¿es temporal o permanente?

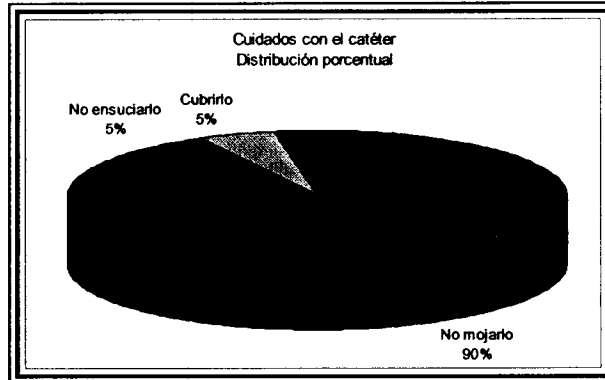
| DURACIÓN DEL CATÉTER | N° | % |
|----------------------|----|-------|
| Sabe | 14 | 70.0 |
| No sabe | 6 | 30.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 70% sabe que el catéter mahurkar es temporal, el otro 30% no lo sabe.

31. ¿Qué cuidados debe realizar en su catéter?

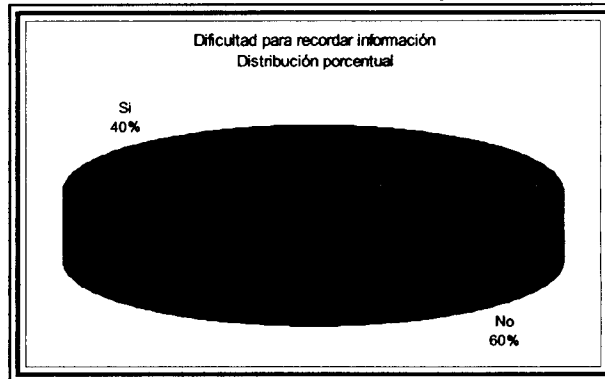
| CUIDADOS CON EL CATÉTER | N° | % |
|-------------------------|----|-------|
| No mojarlo | 18 | 90.0 |
| No ensuciarlo | 1 | 5.0 |
| Cubrirlo | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 90% de los encuestados tiene como único cuidado en su catéter no mojarlo, un 5% no ensuciarlo y otro 5% cubrirlo.

32. ¿Considera que le es difícil recordar la información que se le da?

| DIFICULTAD PARA RECORDAR INFORMACIÓN | N° | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| No | 12 | 60.0 |
| Si | 8 | 40.0 |
| Total | 20 | 100.0 |

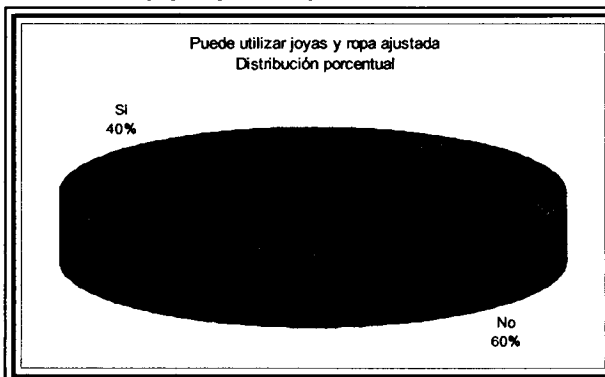


El 60% refiere no tener dificultad para recordar la información que se le brinda, mientras que un 40% tiene alguna dificultad para hacerlo.

33. Responda Si o No

Puede utilizar joyas y ropa ajustada

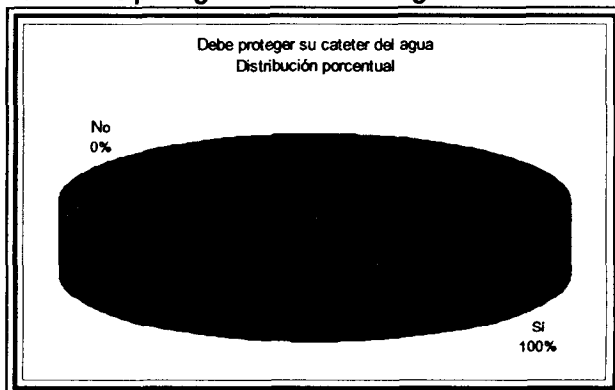
| PUEDE UTILIZAR JOYAS Y ROPA AJUSTADA | N° | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| No | 12 | 60.0 |
| Si | 8 | 40.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 60% respondió que no puede utilizar joyas ni ropa ajustada, mientras que el otro 40% considera que si lo puede hacer.

Durante el baño debe proteger su catéter del agua

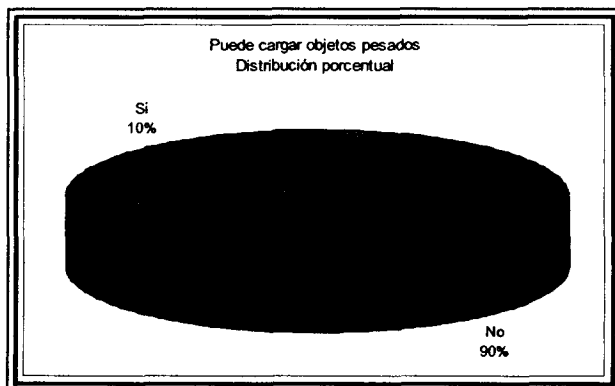
| DEBE PROTEGER SU CATÉTER DEL AGUA | N° | % |
|-----------------------------------|----|-------|
| Si | 20 | 100.0 |
| No | 0 | 0.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 100% de los encuestados respondió que debe proteger su catéter del agua.

Puede cargar objetos pesados

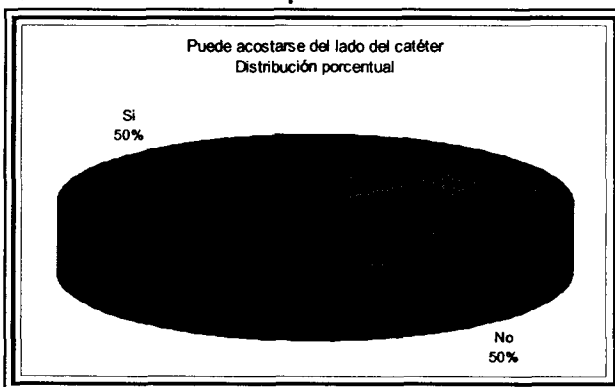
| PUEDE CARGAR OBJETOS PESADOS | N° | % |
|------------------------------|----|-------|
| No | 18 | 90.0 |
| Si | 2 | 10.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 90% respondió que no puede cargar objetos pesados, el otro 10% mencionó que si.

Puede acostarse del lado en el que tiene el catéter

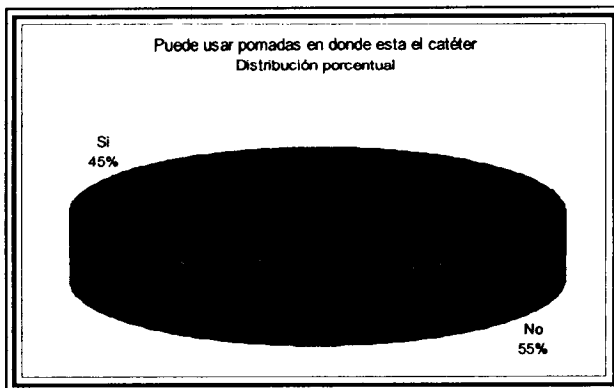
| PUEDE ACOSTARSE DEL LADO DEL CATÉTER | N° | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| No | 10 | 50.0 |
| Si | 10 | 50.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 50% refirió que no puede acostarse del lado del catéter, el otro 50% respondió que si.

Puede usar pomadas en el sitio de inserción del catéter

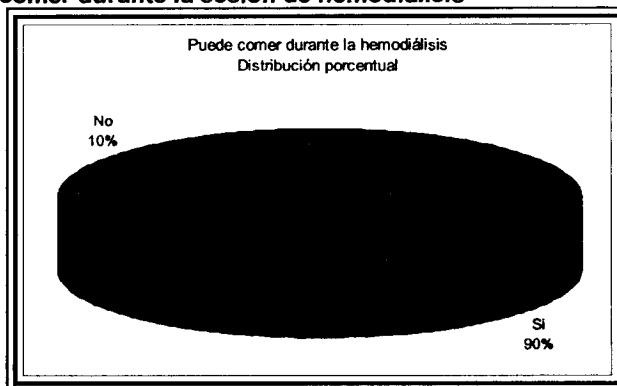
| PUEDE USAR POMADAS EN DONDE ESTA EL CATÉTER | N° | % |
|---|----|-------|
| No | 11 | 55.0 |
| Si | 9 | 45.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 55% respondió que no puede usar pomadas en donde esta el catéter y el otro 45% respondió que si, cabe mencionar que esta pregunta fue dirigida al uso de pomadas ajenas a las que se aplican en el servicio de hemodiálisis.

Puede comer durante la sesión de hemodiálisis

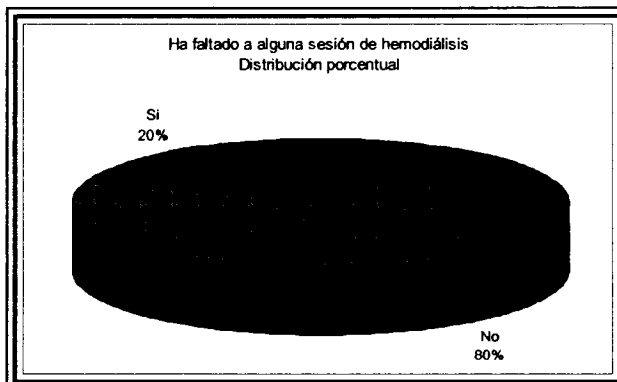
| PUEDE COMER DURANTE LA HEMODIÁLISIS | N° | % |
|-------------------------------------|----|-------|
| Si | 18 | 90.0 |
| No | 2 | 10.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 90% respondió que si puede comer durante la sesión de hemodiálisis, sólo un 10% respondió que no.

34. ¿Alguna vez ha faltado a una sesión de hemodiálisis?

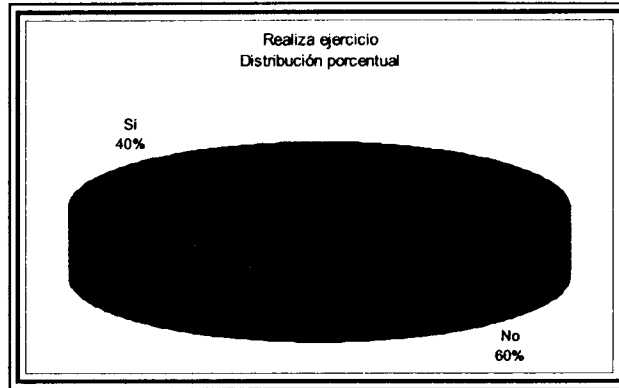
| HA FALTADO A ALGUNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS | N° | % |
|--|----|-------|
| No | 16 | 80.0 |
| Si | 4 | 20.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 80% de los encuestados no ha faltado a sus sesiones de hemodiálisis, mientras que un 20% si lo ha hecho.

35. ¿Realiza algún tipo de ejercicio?

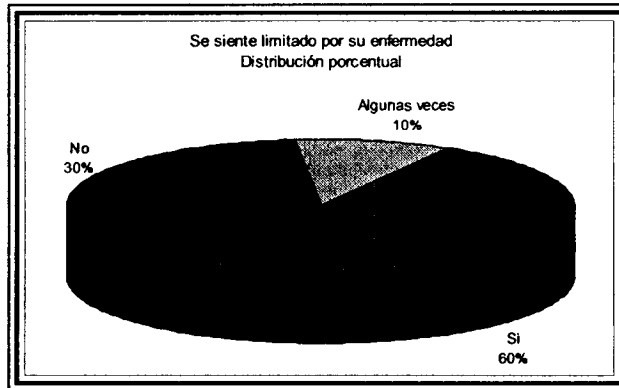
| REALIZA EJERCICIO | N° | % |
|-------------------|----|-------|
| No | 12 | 60.0 |
| Si | 8 | 40.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 60% no realiza ningún tipo de ejercicio, el otro 40% si lo hace.

36. ¿Se siente limitado por su enfermedad?

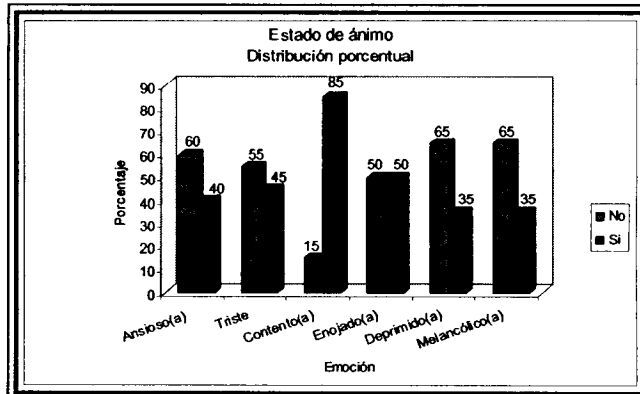
| SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | N° | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| Si | 12 | 60.0 |
| No | 6 | 30.0 |
| Algunas veces | 2 | 10.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 60% de la población encuestada se siente limitada por su enfermedad, un 30% no se siente así y el otro 10% refiere sentirlo a veces.

37. Durante la última semana, se ha sentido:

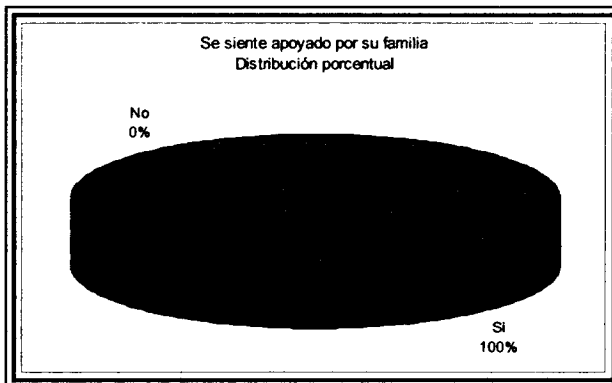
| | ANSIOSO(A) | | TRISTE | | CONTENTO(A) | | ENOJADO(A) | | DEPRIMIDO(A) | | MELANCÓLICO(A) | |
|-------|------------|-------|--------|-------|-------------|-------|------------|-------|--------------|-------|----------------|-------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| No | 12 | 60.0 | 11 | 55.0 | 17 | 15.0 | 10 | 50.0 | 13 | 65.0 | 13 | 65.0 |
| Si | 8 | 40.0 | 9 | 45.0 | 3 | 85.0 | 10 | 50.0 | 7 | 35.0 | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |



En cuanto al estado de ánimo, el 40% se ha sentido ansioso durante la última semana, el 45% triste, el 85% contento, el 50% enojado, el 35% deprimido y un 35% melancólico.

38. ¿Se siente apoyado por su familia?

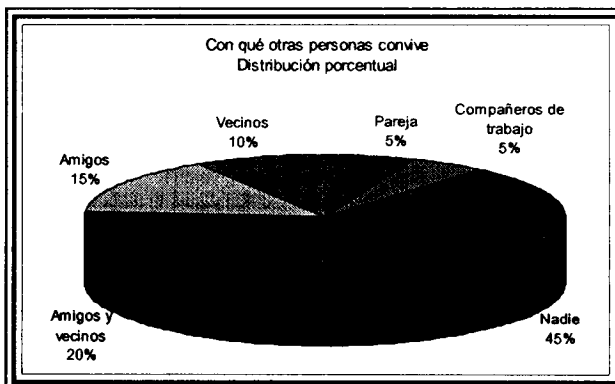
| SE SIENTE APOYADO POR SU FAMILIA | N° | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Si | 20 | 100.0 |
| No | 0 | 0.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 100% de los encuestados se siente apoyado por su familia.

39. ¿Con qué otras personas convive que no sean de su familia?

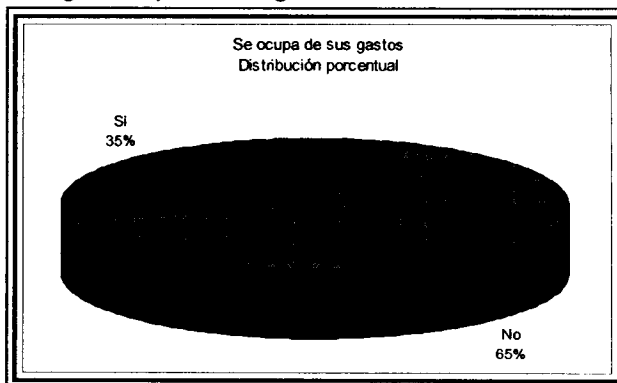
| CON QUE OTRAS PERSONAS CONVIVE | N° | % |
|--------------------------------|----|-------|
| Nadie | 9 | 45.0 |
| Amigos y vecinos | 4 | 20.0 |
| Amigos | 3 | 15.0 |
| Vecinos | 2 | 10.0 |
| Pareja | 1 | 5.0 |
| Compañeros de trabajo | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 45% no convive con personas ajenas a su familia, un 20% convive con amigos y vecinos, un 15% con amigos, un 10% con vecinos y 5% con pareja así como otro 5% con compañeros de trabajo.

40. ¿Se ocupa de sus gastos?

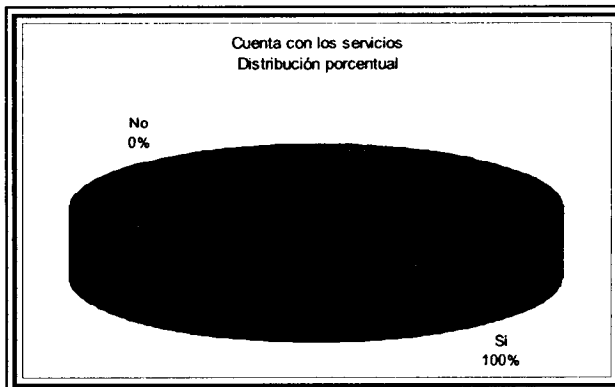
| SE OCUPA DE SUS GASTOS | N° | % |
|------------------------|----|-------|
| No | 13 | 65.0 |
| Si | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 65% no se hace cargo de sus gastos, el otro 35% si.

41. Cuenta en su hogar con: luz/agua/teléfono/gas

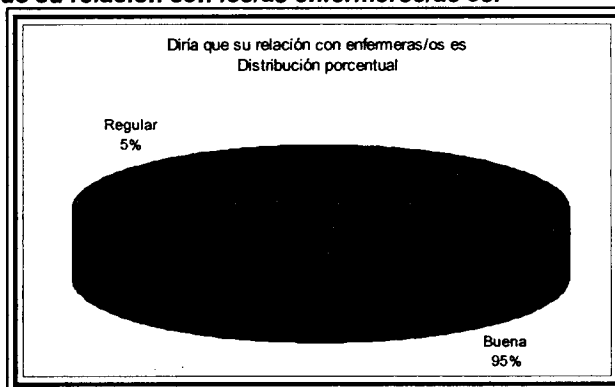
| CUENTA CON LOS SERVICIOS | N° | % |
|--------------------------|----|-------|
| Si | 20 | 100.0 |
| No | 0 | 0.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 100% de los encuestados cuenta con los servicios básicos en su hogar.

42. Diría que su relación con los/as enfermeros/as es:

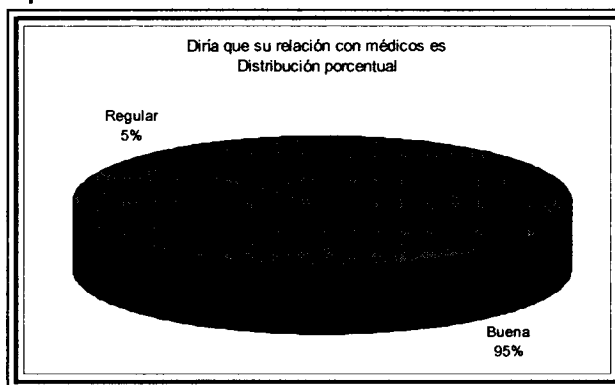
| SU RELACIÓN CON ENFERMERAS/OS ES | N° | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Buena | 19 | 95.0 |
| Regular | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 95% consideran tener una buena relación con el personal de enfermería, el otro 5% considera que es regular.

43. Diría que su relación con los/as médicos es:

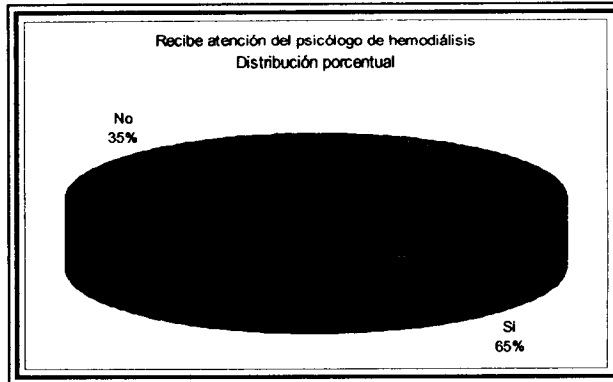
| SU RELACIÓN CON MÉDICOS ES | N° | % |
|----------------------------|----|-------|
| Buena | 19 | 95.0 |
| Regular | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 95% consideran tener una buena relación con el personal médico, el otro 5% considera que es regular.

44. ¿Recibe atención del psicólogo del servicio de hemodiálisis?

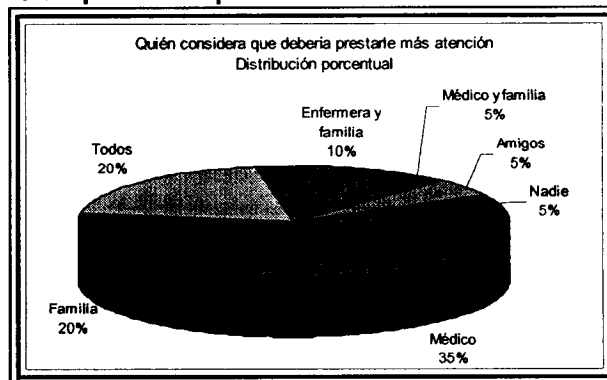
| RECIBE ATENCIÓN DEL PSICÓLOGO DE HEMODIÁLISIS | N° | % |
|---|----|-------|
| Si | 13 | 65.0 |
| No | 7 | 35.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 65% recibe atención del psicólogo del servicio, mientras que el otro 35% no la recibe.

45. ¿Quién cree que debería prestarle más atención?

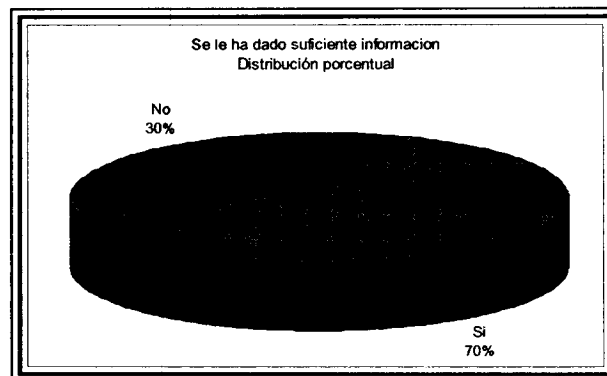
| QUIÉN DEBERÍA PRESTARLE MÁS ATENCIÓN | N° | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| Médico | 7 | 35.0 |
| Familia | 4 | 20.0 |
| Todos | 4 | 20.0 |
| Enfermera y familia | 2 | 10.0 |
| Médico y familia | 1 | 5.0 |
| Amigos | 1 | 5.0 |
| Nadie | 1 | 5.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 35% considera que el personal médico debería prestarle más atención, un 20% su familia y un 10% el personal de enfermería y su familia.

46. ¿Considera que se le ha dado información suficiente para los cuidados que debe tener debido a la Insuficiencia Renal Crónica?

| SE LE HA DADO SUFICIENTE INFORMACIÓN | N° | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| Si | 14 | 70.0 |
| No | 6 | 30.0 |
| Total | 20 | 100.0 |



El 70% de la población encuestada considera que se le ha dado suficiente información para los cuidados que debe tener debido a la IRC, mientras que un 30% considera que no es así.

**ANÁLISIS
DE
RESULTADOS**

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se analizaron los resultados obtenidos de acuerdo a la operacionalización de variables, teniendo como datos de relevancia los siguientes:

FUNCIONAMIENTO FÍSICO ALIMENTACIÓN

TABLA I. RELACIÓN ENTRE CAMBIOS EN EL APETITO Y NO. DE SESIÓN

DE SESIÓN
FRECUENCIAS

| CAMBIOS EN EL APETITO | NO. SESIÓN | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------|------------|------|---------|------|-----|------|-------|-------|
| | <10 | | 11 A 19 | | >20 | | N° | % |
| Aumentado | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 3 | 15.0 | 7 | 35.0 |
| Disminuido | 2 | 10.0 | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 | 7 | 35.0 |
| Variable | 0 | .0 | 0 | .0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 |
| Ninguno | 4 | 20.0 | 0 | .0 | 1 | 5.0 | 5 | 25.0 |
| Total | 9 | 45.0 | 2 | 10.0 | 9 | 45.0 | 20 | 100.0 |

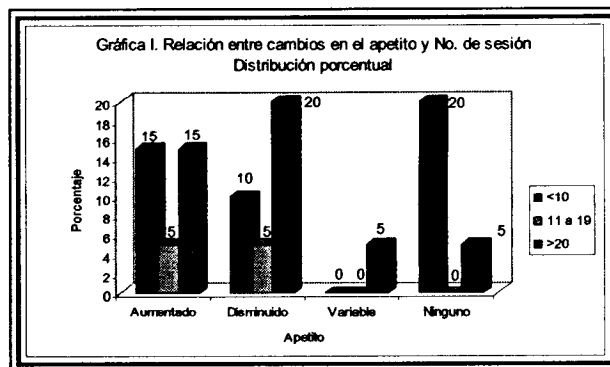


Tabla I. En un 15% de los pacientes con menos de 10 sesiones su apetito ha aumentado mientras que en un 10% ha disminuido y en un 20% no ha habido cambios. Por otra parte un 15% de los que tienen mas de 20 sesiones han presentado un aumento en su apetito, en otro 20% ha disminuido y en un 5% es variable. Esto parece indicar que a mayor número de sesiones se presentan mayor número de cambios en el apetito.

TABLA II. RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN DEL NUTRIÓLOGO EN EL HOSPITAL Y NO. DE SESIÓN

FRECUENCIAS

| ATENCIÓN DEL NUTRIÓLOGO | NO. SESIÓN | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------|------------|------|---------|------|-----|------|-------|-------|
| | <10 | | 11 A 19 | | >20 | | N° | % |
| No | 7 | 35.0 | 2 | 10.0 | 2 | 10.0 | 11 | 55.0 |
| Si | 2 | 10.0 | 0 | .0 | 7 | 35.0 | 9 | 45.0 |
| Total | 9 | 45.0 | 2 | 10.0 | 9 | 45.0 | 20 | 100.0 |

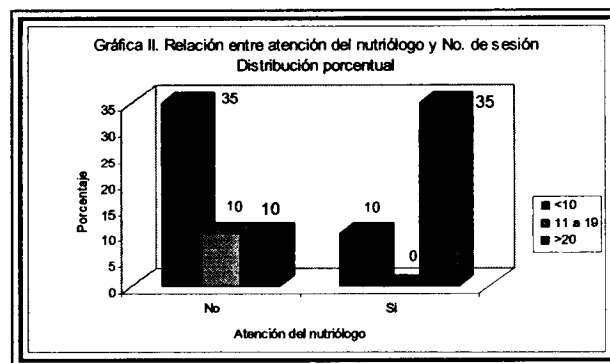


Tabla II. Un 35% de los pacientes que tienen menos de 10 sesiones no han recibido atención por parte de algún nutriólogo en el hospital así como el 10% que tienen entre 11 y 19 sesiones, mientras que con los que tienen más de 20 sesiones un 35% si la han recibido.

TABLA III. RELACIÓN ENTRE PREPARACIÓN DE SUS ALIMENTOS Y SI CONSUME ALGÚN ALIMENTO NO PERMITIDO
FRECUENCIAS

| PREPARA SUS ALIMENTOS | CONSUME ALGÚN ALIMENTO NO PERMITIDO | | | | TOTAL | |
|-----------------------|-------------------------------------|------|----|------|-------|-------|
| | NO | | SI | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| No | 6 | 30.0 | 9 | 45.0 | 15 | 75.0 |
| Si | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 | 5 | 25.0 |
| Total | 7 | 35.0 | 13 | 65.0 | 20 | 100.0 |

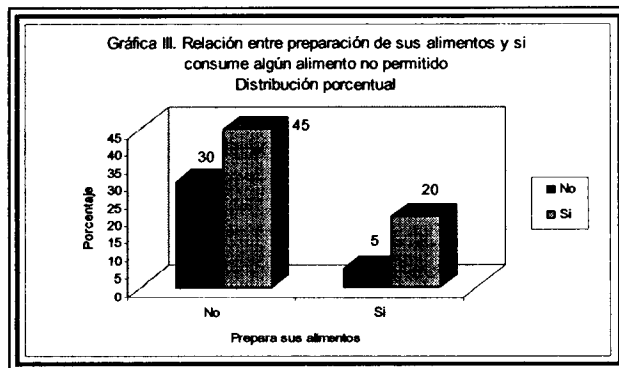


Tabla III. Del 75% de los encuestados que no preparan sus alimentos el 45% consume algún alimento no permitido, cabe mencionar que del 25% que si los prepara el 20% también los consume.

HIGIENE

TABLA IV. RELACIÓN ENTRE DIFICULTAD PARA EL ASEO PERSONAL Y FRECUENCIA DEL BAÑO
FRECUENCIAS

| DIFICULTAD PARA EL ASEO | FRECUENCIA DEL BAÑO | | | | TOTAL | |
|-------------------------|---------------------|------|--------|------|-------|-------|
| | CADA 3ER DÍA | | DIARIO | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| No | 2 | 10.0 | 12 | 60.0 | 14 | 70.0 |
| Si | 4 | 20.0 | 2 | 10.0 | 6 | 30.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 14 | 70.0 | 20 | 100.0 |

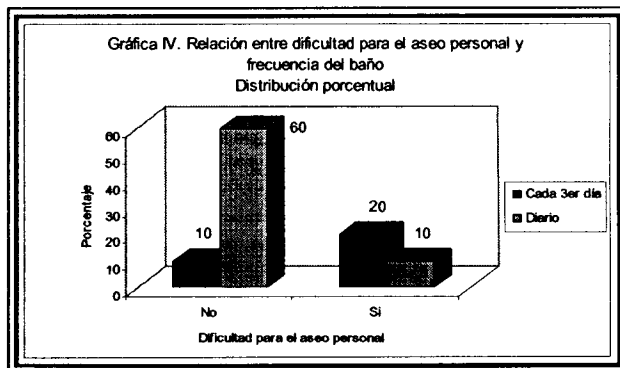


Tabla IV. Del 30% que tienen alguna dificultad para el aseo personal, el 20% se baña cada 3er día mientras que del 70% que no la tienen el 60% se baña diario.

TABLA V. RELACIÓN ENTRE DIFICULTAD PARA EL ASEO PERSONAL Y CEPILLADO DE DIENTES AL DÍA
FRECUENCIAS

| DIFICULTAD PARA EL ASEO | CEPILLADO DE DIENTES | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------|----------------------|------|----------------|------|---------------|------|-------|-------|
| | 1 VEZ AL DÍA | | 2 VECES AL DÍA | | 3 VECES O MÁS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 0 | .0 | 4 | 20.0 | 10 | 50.0 | 14 | 70.0 |
| Si | 3 | 15.0 | 2 | 10.0 | 1 | 5.0 | 6 | 30.0 |
| Total | 3 | 15.0 | 6 | 30.0 | 11 | 55.0 | 20 | 100.0 |

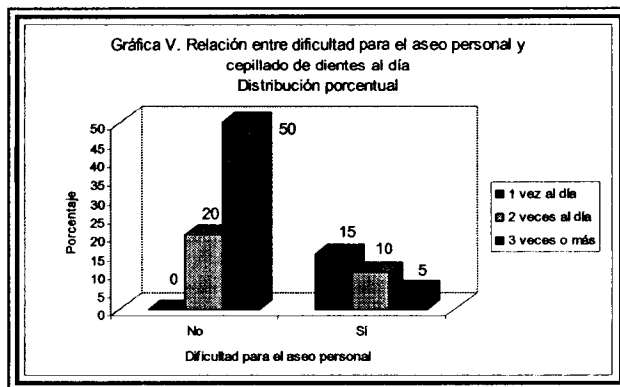


Tabla V. Del 30% que tienen alguna dificultad para el aseo personal, el 15% cepilla sus dientes 1 vez al día y un 10% 2 veces, mientras que del 70% que no la tienen el 50% lo hace 3 veces o mas al día.

SUEÑO Y DESCANSO

TABLA VI. RELACIÓN ENTRE HORAS QUE DUERME DURANTE LA NOCHE Y COMO SE SIENTE AL DESPERTAR
FRECUENCIAS

| HORAS QUE DUERME | COMO SE SIENTE | | | | TOTAL | |
|------------------|----------------|------|------------------------------|------|-------|-------|
| | CANSADO | | HA TENIDO UN SUEÑO REPARADOR | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| 5 a 8 horas | 3 | 15.0 | 5 | 25.0 | 8 | 40.0 |
| <5 horas | 6 | 30.0 | 1 | 5.0 | 7 | 35.0 |
| >8 horas | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 | 5 | 25.0 |
| Total | 10 | 50.0 | 10 | 50.0 | 20 | 100.0 |

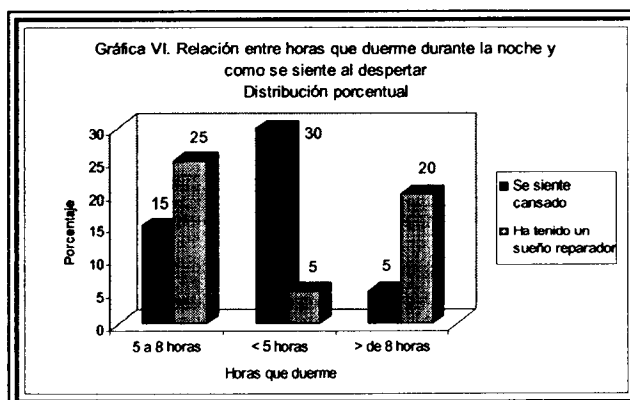


Tabla VI. Del 35% de pacientes encuestados que duermen menos de 5 horas el 30% se siente cansado al despertar y del 40% de los que duermen entre 5 y 8 horas el 15% refiere sentirse igual, mientras que del 25% que duermen más de 8 horas el 20% ha tenido un sueño reparador.

TABLA VII. RELACIÓN ENTRE COMO SE SIENTE AL DESPERTAR Y SI HA SENTIDO ESTRÉS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA
FRECUENCIAS

| COMO SE SIENTE AL DESPERTAR | ESTRÉS EN LA ÚLTIMA SEMANA | | | | TOTAL | |
|------------------------------|----------------------------|------|----|------|-------|-------|
| | No | | Si | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Cansado | 2 | 10.0 | 8 | 40.0 | 10 | 50.0 |
| Ha tenido un sueño reparador | 8 | 40.0 | 2 | 10.0 | 10 | 50.0 |
| Total | 10 | 50.0 | 10 | 50.0 | 20 | 100.0 |

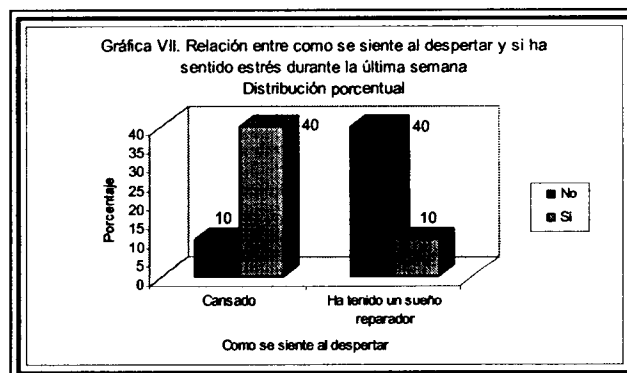


Tabla VII. Del 50% de encuestados que refirió sentirse cansado al despertar el 40% presentó estrés en la última semana, mientras que del 50% que refiere tener un sueño reparador, el 40% no se estreso en la última semana.

FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL

ESTADO DE ÁNIMO

TABLA VIII. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA Y SI SE SIENTE LIMITADO POR LA ENFERMEDAD
FRECUENCIAS

| SE HA SENTIDO ANSIOSO | SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------|--------------------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | No | | Si | | ALGUNAS VECES | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| No | 5 | 25.0 | 6 | 30.0 | 1 | 5.0 | 12 | 60.0 |
| Si | 1 | 5.0 | 6 | 30.0 | 1 | 5.0 | 8 | 40.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 12 | 60.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |

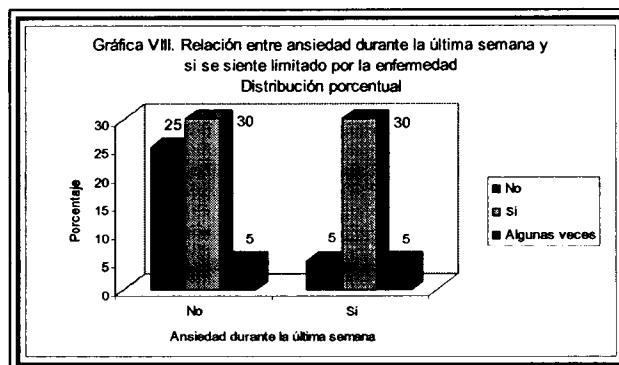


Tabla VIII. Del 35% que se han sentido ansiosos durante la última semana, el 30% siente alguna limitación por su enfermedad, mientras que del 30% que no se siente limitado, el 25% refiere no haber sentido ansiedad.

TABLA IX. RELACIÓN ENTRE TRISTEZA DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA Y SI SE SIENTE LIMITADO POR LA ENFERMEDAD
FRECUENCIAS

| SE HA SENTIDO TRISTE | SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | |
|----------------------|--------------------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | No | | Si | | ALGUNAS VECES | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 5 | 25.0 | 5 | 25.0 | 1 | 5.0 | 11 | 55.0 |
| Si | 1 | 5.0 | 7 | 35.0 | 1 | 5.0 | 9 | 45.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 12 | 60.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |

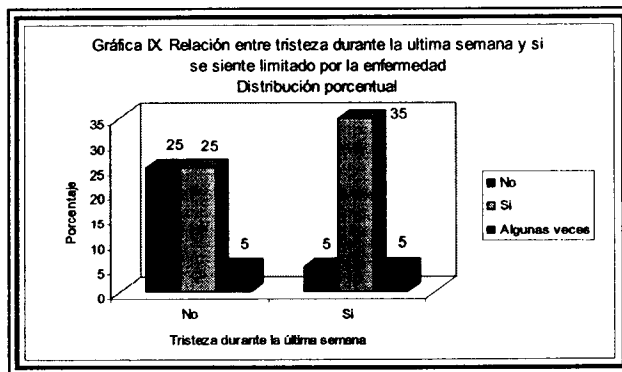


Tabla IX. Del 40% que se han sentido tristes durante la última semana, el 35% siente alguna limitación por su enfermedad, mientras que del 30% que no se siente limitado, el 25% refiere no haberse sentido triste.

TABLA X. RELACIÓN ENTRE ENOJO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA Y SI SE SIENTE LIMITADO POR LA ENFERMEDAD
FRECUENCIAS

| SE HA SENTIDO ENOJADO | SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------|--------------------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | No | | Si | | ALGUNAS VECES | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 3 | 15.0 | 6 | 30.0 | 1 | 5.0 | 10 | 50.0 |
| Si | 3 | 15.0 | 6 | 30.0 | 1 | 5.0 | 10 | 50.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 12 | 60.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |

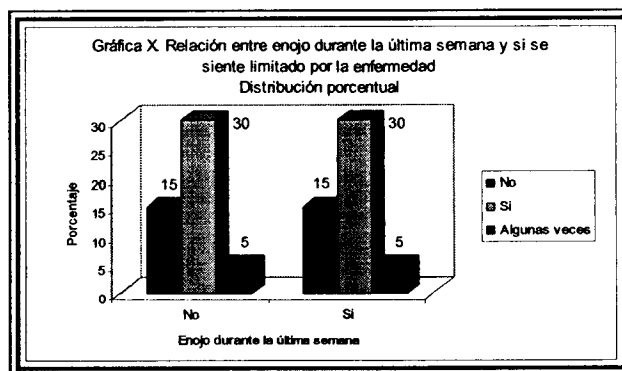


Tabla X. Del 35% de pacientes que se han sentido enojados durante la última semana, el 30% siente alguna limitación por su enfermedad, mientras que del 30% que no se siente limitado, el 15% refiere haberse sentido igual.

TABLA XI. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA Y SI SE SIENTE LIMITADO POR LA ENFERMEDAD
FRECUENCIAS

| SE HA SENTIDO DEPRIMIDO | SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------|--------------------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | No | | Si | | ALGUNAS VECES | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 5 | 25.0 | 6 | 30.0 | 2 | 10.0 | 13 | 65.0 |
| Si | 1 | 5.0 | 6 | 30.0 | 0 | .0 | 7 | 35.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 12 | 60.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |

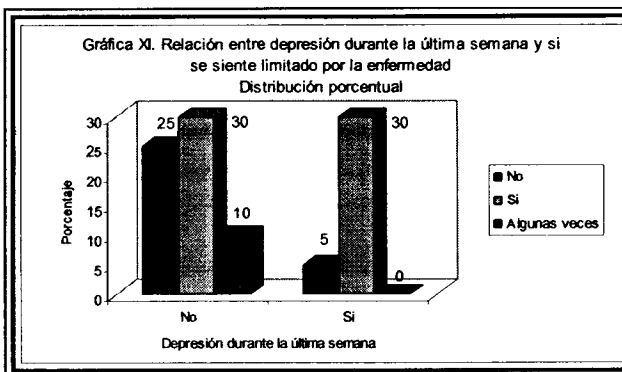


Tabla XI. El 30% de encuestados que se han sentido deprimidos durante la última semana se sienten limitados por su enfermedad, mientras que del 30% que no se siente limitado, el 25% refiere no haber sentido depresión.

TERAPIA PSICOLÓGICA

TABLA XII. RELACIÓN ENTRE SI HA RECIBE ATENCIÓN DEL PSICÓLOGO DE HEMODIÁLISIS Y NO. DE SESIÓN
FRECUENCIAS

| ATENCIÓN DEL PSICÓLOGO | NO. SESIÓN | | | | | | TOTAL | |
|------------------------|------------|------|---------|------|-----|------|-------|-------|
| | <10 | | 11 A 19 | | >20 | | N° | % |
| Si | 4 | 20.0 | 1 | 5.0 | 8 | 40.0 | 13 | 65.0 |
| No | 5 | 25.0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 7 | 35.0 |
| Total | 9 | 45.0 | 2 | 10.0 | 9 | 45.0 | 20 | 100.0 |

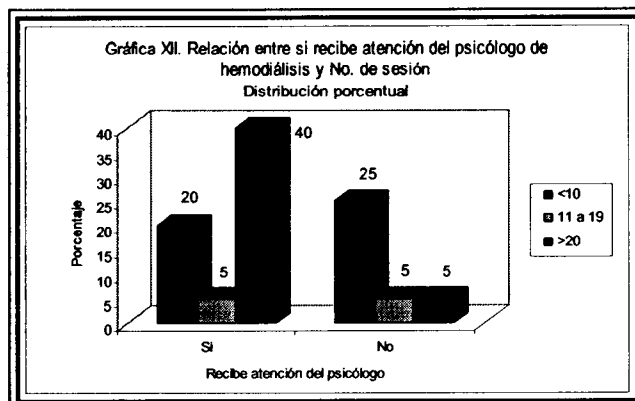


Tabla XII. Del 45% de pacientes con menos de 10 sesiones de hemodiálisis el 25% no recibe atención del psicólogo del servicio, mientras que del 45% de los que tienen más de 20 sesiones el 40% si la recibe.

TABLA XIII. RELACIÓN ENTRE SI RECIBE ATENCIÓN DEL PSICÓLOGO DE HEMODIÁLISIS Y SI SE HA SENTIDO DEPRIMIDO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA
FRECUENCIAS

| ATENCIÓN DEL PSICÓLOGO | DEPRESIÓN | | | | TOTAL | |
|------------------------|-----------|------|----|------|-------|-------|
| | NO | | SI | | N° | % |
| Si | 9 | 45.0 | 4 | 20.0 | 13 | 65.0 |
| No | 4 | 20.0 | 3 | 15.0 | 7 | 35.0 |
| Total | 13 | 65.0 | 7 | 35.0 | 20 | 100.0 |

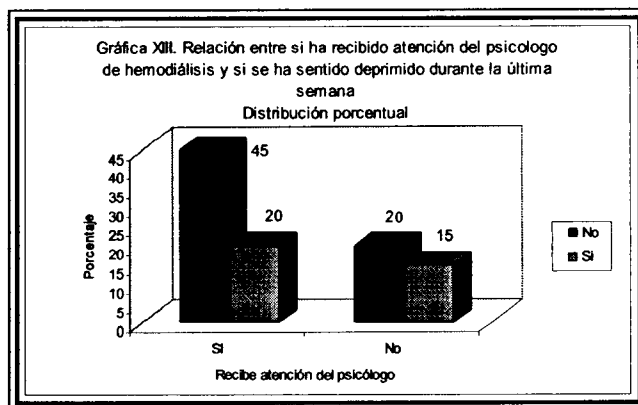


Tabla XIII. Del 35% que no recibe atención del psicólogo el 15% se ha sentido deprimido durante la última semana, mientras que del 65% que si la recibe el 45% no ha sentido depresión.

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

CONOCIMIENTOS

TABLA XIV. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE LA IRC Y NO. DE SESIÓN
FRECUENCIAS

| CONOCIMIENTO DE LA IRC | NO. SESIÓN | | | | | | TOTAL | |
|------------------------|------------|------|---------|------|-----|------|-------|-------|
| | <10 | | 11 A 19 | | >20 | | N° | % |
| Sabe | 7 | 35.0 | 2 | 10.0 | 7 | 35.0 | 16 | 80.0 |
| No sabe | 2 | 10.0 | 0 | .0 | 2 | 10.0 | 4 | 20.0 |
| Total | 9 | 45.0 | 2 | 10.0 | 9 | 45.0 | 20 | 100.0 |

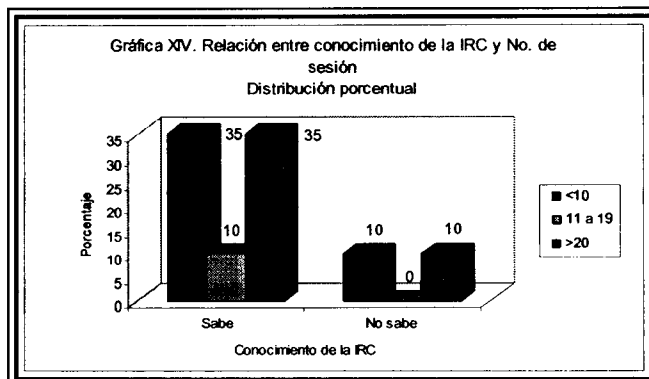


Tabla XIV. Del 80% de pacientes que saben lo que es la IRC, el 35% tienen menos de 10 sesiones y otro 35% tiene más de 20, mientras que un 10% no lo sabe en ambos casos.

TABLA XV. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE LA IRC Y DE LA CAUSA DE INSTALACIÓN DEL CATÉTER
FRECUENCIAS

| CONOCIMIENTO DE LA IRC | CONOCE CAUSA DE INSTALACIÓN | | | | TOTAL | |
|------------------------|-----------------------------|------|---------|------|-------|-------|
| | SABE | | NO SABE | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Sabe | 12 | 60.0 | 4 | 20.0 | 16 | 80.0 |
| No sabe | 2 | 10.0 | 2 | 10.0 | 4 | 20.0 |
| Total | 14 | 70.0 | 6 | 30.0 | 20 | 100.0 |

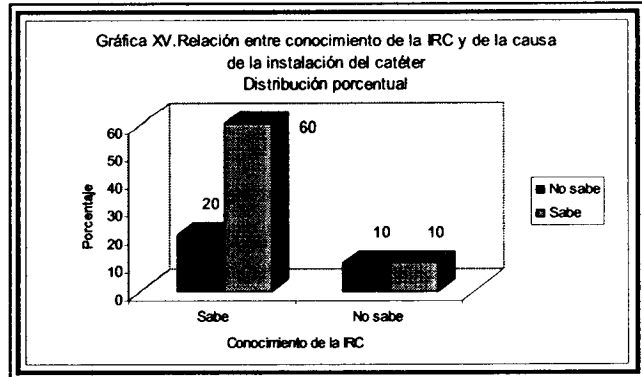


Tabla XV. Del 80% de pacientes que saben lo que es la IRC el 20% no sabe la causa de la instalación del catéter, mientras que del 20% que no saben lo que es la IRC, el 10% sabe la causa de instalación.

TABLA XVI. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE LA IRC Y EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
FRECUENCIAS

| CONOCIMIENTO DE LA IRC | CONOCE EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO DE HD | | | | TOTAL | |
|------------------------|---|------|---------|------|-------|-------|
| | SABE | | NO SABE | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Sabe | 11 | 55.0 | 5 | 25.0 | 16 | 80.0 |
| No sabe | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 |
| Total | 14 | 70.0 | 6 | 30.0 | 20 | 100.0 |

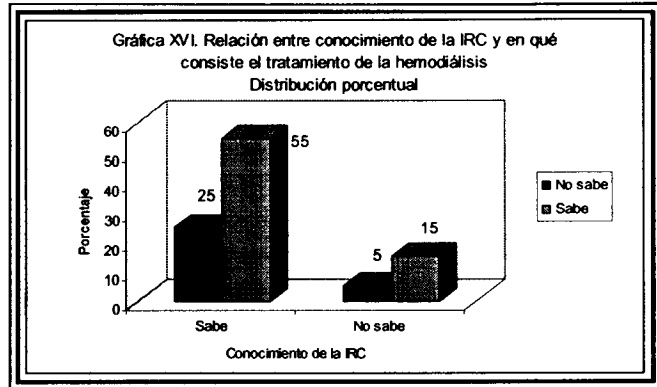


Tabla XVI. Del 80% de pacientes que saben lo que es la IRC el 25% no sabe en que consiste el tratamiento de hemodiálisis, mientras que del 20% que no saben lo que es la IRC el 15% si sabe en que consiste.

TABLA XVII. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE LA IRC Y DE LAS COMPLICACIONES DURANTE LA HEMODIÁLISIS
FRECUENCIAS

| CONOCIMIENTO DE LA IRC | CONOCE LAS COMPLICACIONES | | | | | | TOTAL | |
|------------------------|---------------------------|------|--------|------|------|------|-------|-------|
| | NO SABE | | SABE 1 | | SABE | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Sabe | 8 | 40.0 | 4 | 20.0 | 4 | 20.0 | 16 | 80.0 |
| No sabe | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 0 | 0.0 | 4 | 20.0 |
| Total | 11 | 55.0 | 5 | 25.0 | 4 | 20.0 | 20 | 100.0 |

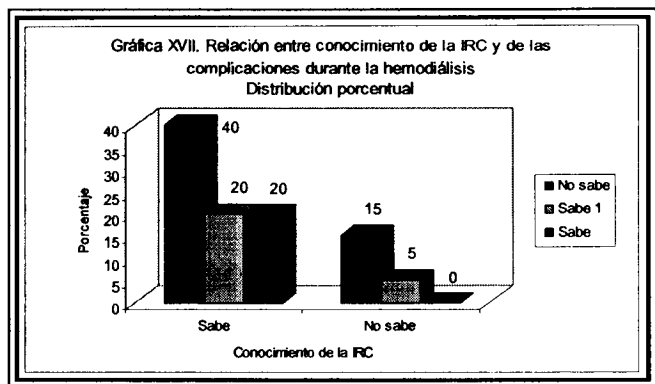


Tabla XVII. Del 80% de pacientes que saben lo que es la IRC un 40% no conoce las complicaciones que pueden presentarse durante la hemodiálisis, 25% conoce una complicación y solo el 20% conoce más de dos.

TABLA XVIII. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE LA IRC Y DURACIÓN DEL CATÉTER
FRECUECIAS

| CONOCIMIENTO DE LA IRC | CONOCE DURACIÓN DEL CATÉTER | | | | TOTAL | |
|------------------------|-----------------------------|------|---------|------|-------|-------|
| | SABE | | NO SABE | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Sabe | 11 | 55.0 | 5 | 25.0 | 16 | 80.0 |
| No sabe | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 |
| Total | 14 | 70.0 | 6 | 30.0 | 20 | 100.0 |

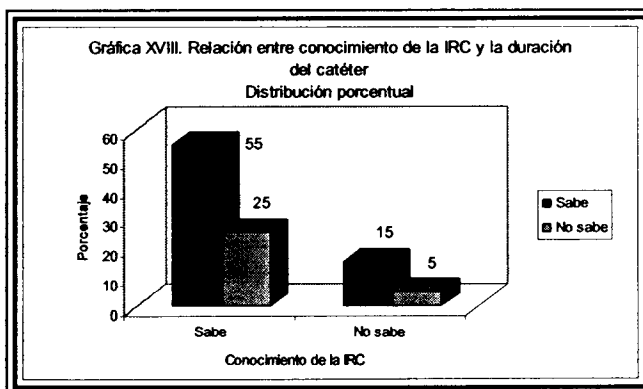


Tabla XVIII. Del 80% de pacientes que saben lo que es la IRC un 25% no sabe si el catéter es permanente o temporal, mientras que del 20% que no saben lo que es la IRC un 15% si sabe que el catéter es temporal.

TABLA XIX. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE LA IRC Y QUE SIGNOS DE INFECCIÓN EN SITIO DE INSERCIÓN DEL CATÉTER CONOCE
FRECUECIAS

| CONOCIMIENTO DE LA IRC | QUE SIGNOS DE INFECCIÓN CONOCE | | | | | | | | | | TOTAL | |
|------------------------|--------------------------------|------|-----------|------|---------|-----|--------|-----|----------|-----|-------|-------|
| | NO SABE | | SECRECIÓN | | COMEZÓN | | FIEBRE | | SANGRADO | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Sabe | 8 | 40.0 | 5 | 25.0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 16 | 80.0 |
| No sabe | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 0 | .0 | 0 | .0 | 4 | 20.0 |
| Total | 11 | 55.0 | 6 | 30.0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 20 | 100.0 |

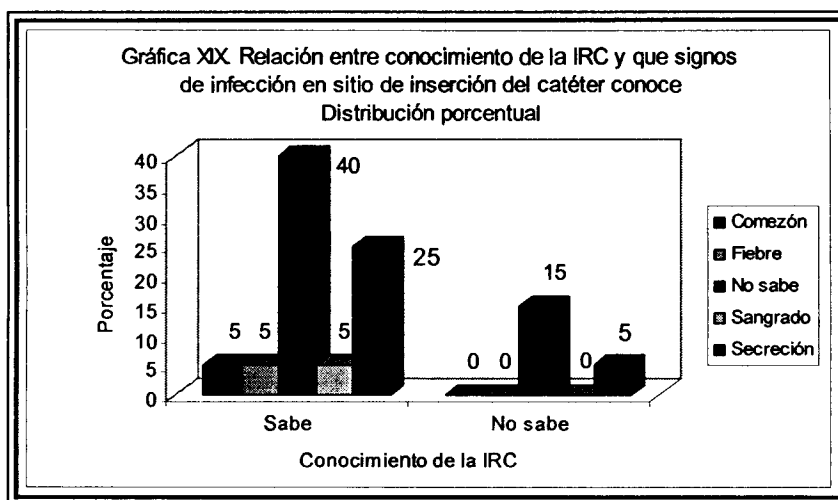


Tabla XIX. Del 80% de pacientes que saben lo que es la IRC un 40% no conoce los signos de infección en el sitio de inserción del catéter, mientras que un 25% sólo menciona que puede haber secreción.

TABLA XX. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE LA IRC Y SI RECIBIÓ ORIENTACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE QUE LE INSTALARAN EL CATÉTER
FRECUENCIAS

| CONOCIMIENTO DE LA IRC | RECIBIÓ ORIENTACIÓN | | | | TOTAL | |
|------------------------|---------------------|------|----|------|-------|-------|
| | SI | | NO | | N° | % |
| Sabe | 11 | 55.0 | 5 | 25.0 | 16 | 80.0 |
| No sabe | 1 | 5.0 | 3 | 15.0 | 4 | 20.0 |
| Total | 12 | 60.0 | 8 | 40.0 | 20 | 100.0 |

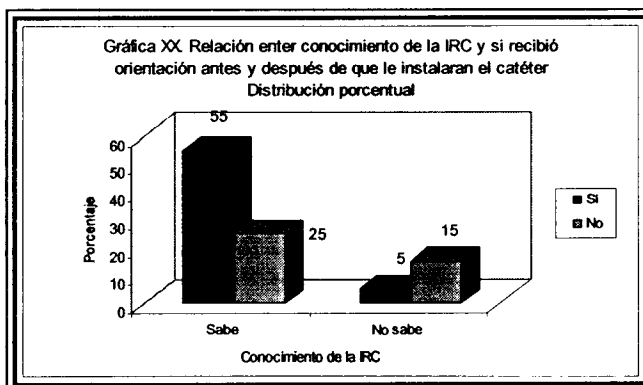


Tabla XX. Del 80% de pacientes que saben lo que es la IRC un 25% no recibió orientación antes y después de que les instalaran el catéter, del otro 20% un 15% no la recibió tampoco.

FUNCIONAMIENTO SOCIAL

RELACIONES SOCIALES

TABLA XXI. RELACIÓN ENTRE SI REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS Y SI NECESITA APOYO PARA MOVILIZARSE
FRECUENCIAS

| REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS | NECESITA APOYO PARA MOVILIZARSE | | | | TOTAL | |
|---------------------------------|---------------------------------|------|----|------|-------|-------|
| | NO | | SI | | N° | % |
| No | 8 | 40.0 | 5 | 25.0 | 13 | 65.0 |
| Si | 7 | 35.0 | 0 | .0 | 7 | 35.0 |
| Total | 15 | 75.0 | 5 | 25.0 | 20 | 100.0 |

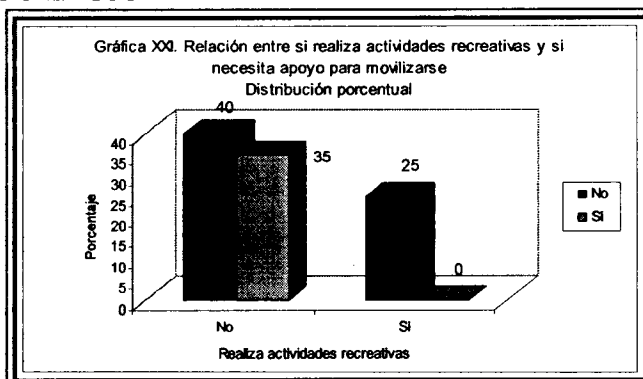


Tabla XXI. El 25% de pacientes que necesitan apoyo para movilizarse no realiza ningún tipo de actividad recreativa (salir a pasear, tomar vacaciones, etc), mientras que del 65% que no necesita apoyo el 40% no las realiza.

TABLA XXII. RELACIÓN ENTRE CONVIVENCIA CON OTRAS PERSONAS Y SI SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD
FRECUENCIAS

| CON QUE OTRAS PERSONAS CONVIVE | CONOCE LAS COMPLICACIONES | | | | | | TOTAL | |
|--------------------------------|---------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | SI | | NO | | ALGUNAS VECES | | N° | % |
| Nadie | 8 | 40.0 | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 9 | 45.0 |
| Amigos y vecinos | 0 | .0 | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 |
| Amigos | 0 | .0 | 2 | 10.0 | 1 | 5.0 | 3 | 15.0 |
| Vecinos | 2 | 10.0 | 0 | .0 | 0 | .0 | 2 | 10.0 |
| Pareja | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 0 | .0 | 1 | 5.0 |
| Compañeros de trabajo | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 0 | .0 | 1 | 5.0 |
| Total | 12 | 60.0 | 6 | 30.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |



Tabla XXII. Del 60% de los pacientes que se sienten limitados por su enfermedad un 40% no conviven con personas ajenas a su familia, un 10% convive con sus vecinos y un 5% con su pareja.

ROL FUNCIONAL

EJERCICIO

TABLA XXIII. RELACIÓN ENTRE SI REALIZA EJERCICIO Y SI SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD
FRECUCIAS

| REALIZA EJERCICIO | SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | |
|-------------------|--------------------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | No | | Si | | ALGUNAS VECES | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 2 | 10.0 | 9 | 45.0 | 1 | 5.0 | 12 | 60.0 |
| Si | 4 | 20.0 | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 8 | 40.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 12 | 60.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |

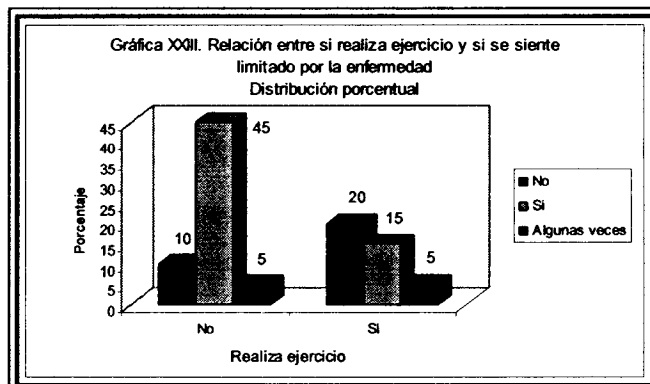


Tabla XXIII. Del 60% de pacientes que no realizan ejercicio el 45% se siente limitado por su enfermedad, mientras que del 40% que si realiza ejercicio el 20% no se siente limitado.

EMPLEO

TABLA XXIV. RELACIÓN ENTRE EDAD Y TRABAJO
FRECUCIAS

| EDAD | TRABAJA | | | | TOTAL | |
|---------|---------|------|----|------|-------|-------|
| | No | | Si | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| 19 - 24 | 4 | 20.0 | 0 | .0 | 4 | 20.0 |
| 25 - 29 | 2 | 10.0 | 1 | 5.0 | 3 | 15.0 |
| 30 - 34 | 0 | .0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 |
| 35 - 39 | 4 | 20.0 | 0 | .0 | 4 | 20.0 |
| 45 - 49 | 2 | 10.0 | 0 | .0 | 2 | 10.0 |
| 50 - 54 | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 1 | 5.0 |
| 55 - 59 | 2 | 10.0 | 0 | .0 | 2 | 10.0 |
| 60 - 64 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 2 | 10.0 |
| 65 - 69 | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 1 | 5.0 |
| Total | 17 | 85.0 | 3 | 15.0 | 20 | 100.0 |

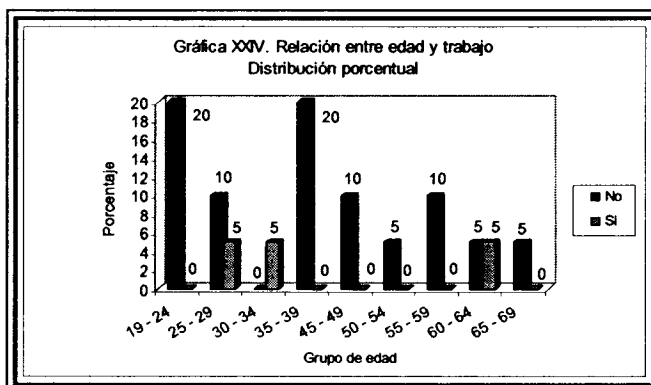


Tabla XXIV. Del 85% de pacientes que no trabajan un 50% se encuentra en edad productiva, sólo el otro 15% trabaja.

TABLA XXV. RELACIÓN ENTRE TRABAJO Y SI SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD
FRECUCIAS

| TRABAJA | SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | |
|---------|--------------------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | No | | Si | | ALGUNAS VECES | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 4 | 20.0 | 11 | 55.0 | 2 | 10.0 | 17 | 85.0 |
| Si | 2 | 10.0 | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 3 | 15.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 12 | 60.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |

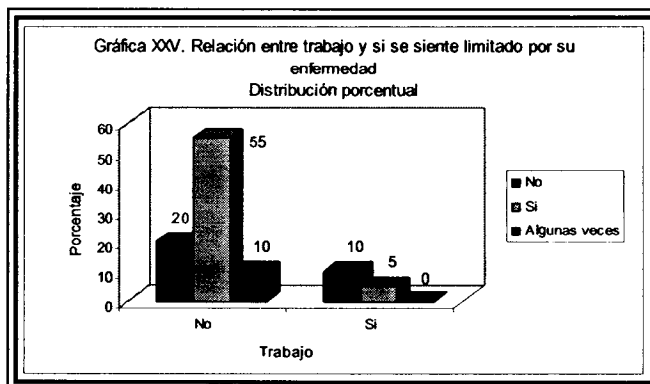


Tabla XXV. Del 85% de pacientes que no trabajan un 65% sienten alguna limitación por su enfermedad.

TABLA XXVI. RELACIÓN ENTRE TRABAJO Y SI SE OCUPA DE SUS GASTOS
FRECUENCIAS

| TRABAJA | SE OCUPA DE SUS GASTOS | | | | TOTAL | |
|---------|------------------------|------|----|------|-------|-------|
| | NO | | SI | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| No | 13 | 65.0 | 4 | 20.0 | 17 | 85.0 |
| Si | 0 | .0 | 3 | 15.0 | 3 | 15.0 |
| Total | 13 | 65.0 | 7 | 35.0 | 20 | 100.0 |

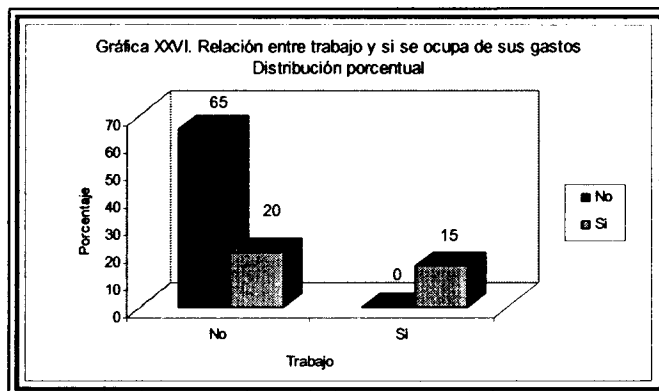


Tabla XXVI. Del 85% de pacientes que no trabajan el 65% no se ocupa de sus gastos y el otro 20% si lo hace.

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL Y BIENESTAR

TABLA XXVII. RELACIÓN ENTRE CAMBIOS EN SU FORMA DE VESTIR Y SITIO DE INSERCIÓN DEL CATÉTER
FRECUENCIAS

| CAMBIOS EN FORMA DE VESTIR | SITIO DE INSERCIÓN DEL CATÉTER | | | | | | | | TOTAL | |
|----------------------------|--------------------------------|------|---------------------|------|-----------------|------|-------------------|-----|-------|-------|
| | SUBCLAVIA DERECHA | | SUBCLAVIA IZQUIERDA | | YUGULAR DERECHA | | YUGULAR IZQUIERDA | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Si | 5 | 25.0 | 4 | 20.0 | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 13 | 65.0 |
| No | 2 | 10.0 | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 | 0 | .0 | 7 | 35.0 |
| Total | 7 | 35.0 | 5 | 25.0 | 7 | 35.0 | 1 | 5.0 | 20 | 100.0 |

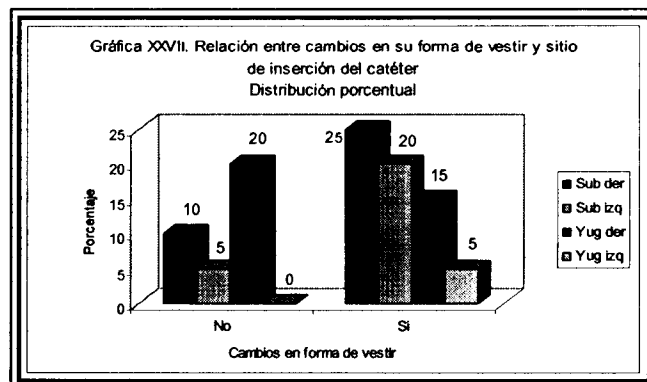


Tabla XXVII. Del 65% de encuestados que han tenido algún cambio en su forma de vestir el 45% tiene el catéter en una de las venas subclavias y un 15% en yugular derecha.

TABLA XXVIII. RELACIÓN ENTRE SI FUMA Y SEXO
FRECUENCIAS

| FUMA | SEXO | | | | TOTAL | |
|-------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | FEMENINO | | MASCULINO | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| No | 7 | 35.0 | 12 | 60.0 | 19 | 95.0 |
| Si | 1 | 5.0 | 0 | .0 | 1 | 5.0 |
| Total | 8 | 40.0 | 12 | 60.0 | 20 | 100.0 |

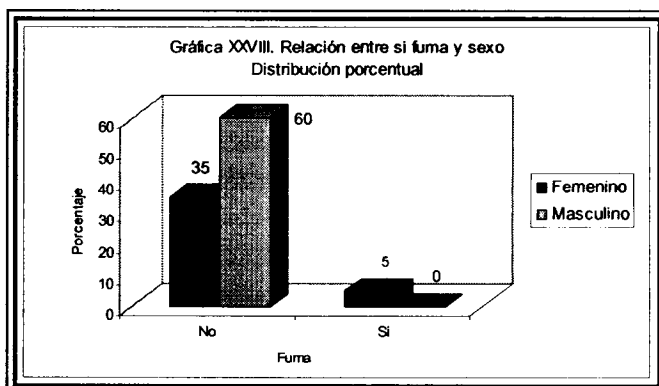


Tabla XXVIII. Del 40% de encuestados del sexo femenino el 5% fuma mientras que en el sexo masculino no se encontró ningún fumador.

TABLA XXIX. RELACIÓN ENTRE SI HA FALTADO HA ALGUNA SESIÓN Y NO. DE SESIÓN
FRECUENCIAS

| HA FALTADO | NO. SESIÓN | | | | | | TOTAL | |
|------------|------------|------|---------|------|-----|------|-------|-------|
| | <10 | | 11 A 19 | | >20 | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 9 | 45.0 | 2 | 10.0 | 5 | 25.0 | 16 | 80.0 |
| Si | 0 | .0 | 0 | .0 | 4 | 20.0 | 4 | 20.0 |
| Total | 9 | 45.0 | 2 | 10.0 | 9 | 45.0 | 20 | 100.0 |

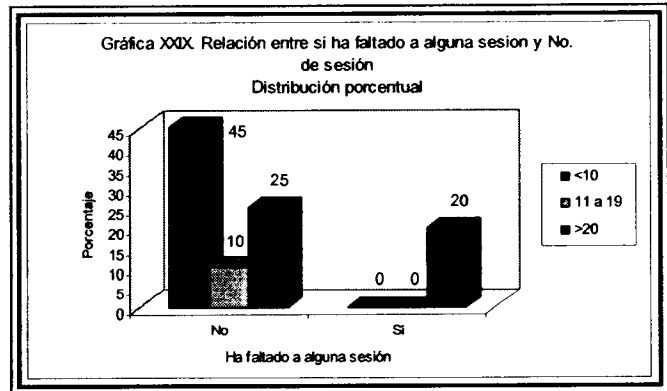


Tabla XXIX. El 20% de pacientes que ha faltado a alguna sesión de hemodiálisis cuenta con más de 20 sesiones.

TABLA XXX. RELACIÓN ENTRE SI HA SENTIDO ESTRÉS EN LA ÚLTIMA SEMANA Y SI SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD
FRECUENCIAS

| ESTRÉS EN LA ÚLTIMA SEMANA | SE SIENTE LIMITADO POR SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | |
|----------------------------|--------------------------------------|------|----|------|---------------|------|-------|-------|
| | No | | Si | | ALGUNAS VECES | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| No | 4 | 20.0 | 5 | 25.0 | 1 | 5.0 | 10 | 50.0 |
| Si | 2 | 10.0 | 7 | 35.0 | 1 | 5.0 | 10 | 50.0 |
| Total | 6 | 30.0 | 12 | 60.0 | 2 | 10.0 | 20 | 100.0 |

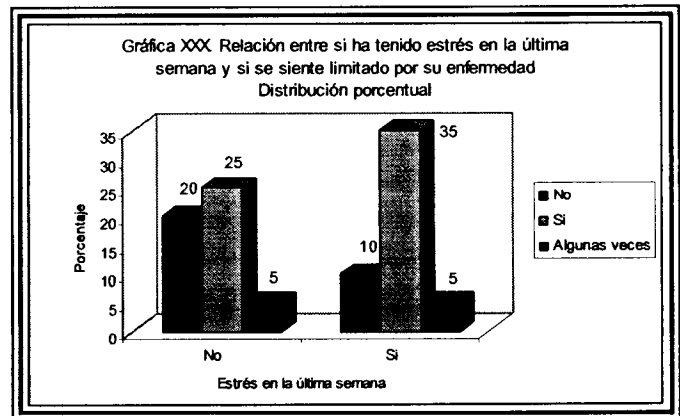


Tabla XXX. Del 60% que refieren sentirse limitados por su enfermedad, el 35% ha sentido estrés durante la última semana, mientras que del 30% que no se sienten limitados un 10% se ha sentido estresado también.

PROYECTOS FUTUROS

TABLA XXXI. RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y SI TIENE PLANES A FUTURO
FRECUENCIAS

| ESTADO CIVIL | PLANES A FUTURO | | | | TOTAL | |
|--------------|-----------------|------|----|------|-------|-------|
| | No | | Si | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Casado (a) | 2 | 10.0 | 8 | 40.0 | 10 | 50.0 |
| Soltero (a) | 1 | 5.0 | 5 | 25.0 | 6 | 30.0 |
| Unión libre | 0 | .0 | 3 | 15.0 | 3 | 15.0 |
| Viuda | 1 | 5.0 | 0 | 0.0 | 1 | 5.0 |
| Total | 4 | 20.0 | 16 | 80.0 | 20 | 100.0 |

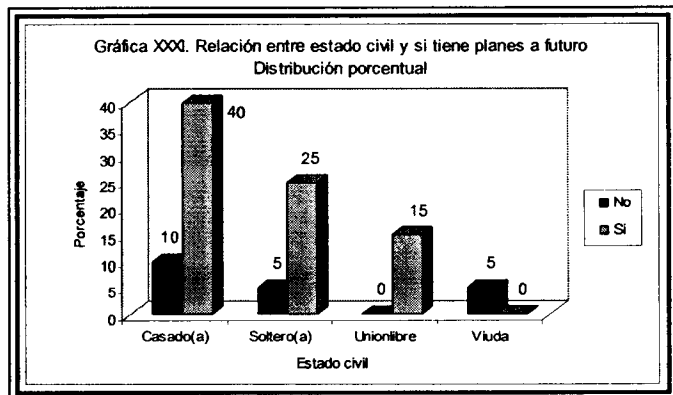


Tabla XXXI. Del 50% de pacientes encuestados y casados un 40% tiene planes a futuro, mientras que del 30% de solteros el 25% los tiene.

11. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se presentan a continuación algunos resultados obtenidos de las encuestas que demuestran la vulnerabilidad en el autocuidado de los pacientes.

Se observó que desconocen el régimen dietético que deben seguir o bien no lo llevan a cabo, lo cual se demuestra con los siguientes datos:

✦ El 90% menciona que puede comer durante la hemodiálisis, sin saber que puede presentar como complicación hipotensión.

✦ El 85% no lleva un control de su peso diario, siendo éste un aspecto importante en la determinación de retención de líquidos.

✦ El 75% no prepara sus alimentos, lo que conlleva a un riesgo de ingerir alimentos no permitidos (el 65% lo hace) o preparados inadecuadamente; cabe mencionar que el 60% de los pacientes son del sexo masculino y no acostumbra cocinar.

✦ Un 65% considera la dieta como el único cuidado que debe tener debido a la IRC, sin embargo, el 55% de los encuestados no ha recibido atención del nutriólogo, motivo por el cual desconocen el régimen dietético adecuado que deben llevar a cabo.

Asimismo, se observa que desconocen todos los cuidados que deben realizar en su catéter, ya que un 90% considera que lo único que debe hacer es no mojarlo, además desconocen los signos de infección (55%), las complicaciones que pueden presentarse durante la hemodiálisis (55%), el motivo de instalación del catéter (33%) y en que consiste el tratamiento de hemodiálisis (33%). Es importante mencionar que el 40% de los encuestados respondieron no haber recibido orientación antes y después de que les instalaran el catéter, y que un 30% considera que no se le ha dado suficiente información sobre su enfermedad. Un factor que podría influir en el déficit de conocimientos de los pacientes es que el 40% refirió tener dificultad para recordar la información que se les da.

En el aspecto bio – psico – social se obtuvieron los siguientes datos:

✦ El 75% duerme menos de 8 horas durante la noche, aunque sabemos que el ciclo de sueño se modifica por la enfermedad, los pacientes que duermen más de 5 horas presentan menos estrés (40%), depresión (40%), tristeza (35%), y enojo (35%). Además del sueño, consideramos que otro factor importante en el estado de ánimo del paciente es la atención del psicólogo, ya que un 35% no la recibe.

✦ El 60% de los encuestados refieren sentirse limitados por la IRC, un 30% tiene dificultad para su aseo personal y un 25% necesita apoyo para movilizarse, estas situaciones se pueden ver reflejadas en que el 65% no realiza actividades recreativas, el 60% no realiza ejercicio, el 45% no convive con otras personas ajenas a su familia y el 30% se baña cada 3er día. Asimismo, el sentirse limitados les produce ansiedad (30%), enojo (30%) y tristeza (35%).

✦ El 85% no trabaja y el 65% no se hace cargo de sus gastos, cabe mencionar que casi el 60% de los que no trabajan se encuentran en edad productiva.

En base a los resultados obtenidos, se comprueba nuestra hipótesis de investigación que es:

“Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México no tienen capacidad de autocuidado”.

Por último, retomando la teoría de sistemas de Orem, en los 20 pacientes encuestados encontramos que necesitan principalmente de un sistema de apoyo/educación y en menor cantidad de un sistema parcialmente compensatorio, los cuales, con el tiempo, desarrollarán sus capacidades de autocuidado.

12. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se evidencia un déficit en el funcionamiento cognitivo ya que aunque el 70% de los encuestados consideran tener la suficiente información para los cuidados que necesita debido a la IRC, ésta no involucra todos los aspectos de la misma.

Existe una carencia en la atención interdisciplinaria al no recibir la totalidad de los pacientes atención del nutriólogo (55%), del psicólogo (35%) y orientación antes y después de instalar el catéter (40%).

Otro factor que influye en el déficit de las capacidades de autocuidado es la limitación que el paciente percibe por su enfermedad afectando su desempeño laboral, relaciones sociales, actividades de la vida diaria y práctica de otras actividades como el ejercicio.

Por lo antes mencionado, concluimos que una parte del déficit que existe en las capacidades de autocuidado en IRC es responsabilidad del paciente, pero otra parte es del personal de salud que pareciera no poner el suficiente interés en la promoción del autocuidado.

13. SUGERENCIAS

Analizando las deficiencias en las capacidades de autocuidado de la población estudiada, se propone lo siguiente:

✚ Que el equipo de salud (médico, enfermera, nutriólogo y psicólogo) proporcionen suficiente información y de manera continua al paciente, para así mantener un nivel adecuado de conocimientos en cuanto a los cuidados que ha de tener por su enfermedad, y las complicaciones que pueden surgir al no cumplirlas.

✚ Que el personal de enfermería del servicio tenga mayor interacción con el paciente durante la sesión de hemodiálisis con el propósito de detectar dudas y/o problemas que necesiten ser atendidos, ya que al cuestionarlos acerca de quien les dio la orientación acerca del catéter, sólo se mencionó el personal médico, siendo que la enfermera es quien está en mayor contacto con él.

✚ Se propone la utilización de una guía de autocuidado que permita al paciente con IRC conocer los aspectos esenciales de su padecimiento, así como proporcionarles un tríptico con el cual podrán tener la información más importante al alcance de sus manos.

Por último, es importante recordar que ser un paciente con enfermedad crónica no significa que sabe todo acerca de su enfermedad.

La educación continua le brinda las herramientas al paciente para desarrollar cada vez más sus capacidades de autocuidado.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andrés Galache, Belén, "Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis", Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Julio/Septiembre 2004, Vol. 7, No. 3, Madrid
Disponible en la web:
<http://www.scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art02.pdf>
2. "Antecedentes de presentación comité de calidad de vida y cuidados paliativos", Sociedad chilena de nefrología
Disponible en la web:
<http://www.nefro.cl/ccv.htm>
3. Blunno, Graciela, et. al., "Elección del tratamiento en pacientes con IRC. Nuestra experiencia en seis años", Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante, Marzo de 2000, Número 50, Argentina
Disponible en la web:
<http://www.renal.org.ar/revista/50/5025.htm>
4. Blunno, Graciela, et. al., "Elección del tratamiento en pacientes con IRC. Nuestra experiencia en seis años", Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante, Marzo 2000, No. 50, Argentina
Disponible en la web:
<http://www.renal.org.ar/revista/50/5025.htm>
5. Cleo J. Richard, "Self-Care Management in Adults Undergoing Hemodialysis", Nephrology Nursing Journal, Julio/Agosto 2006, Vol. 33, No. 4
Disponible en la web:
<http://nephrologynursing.net/JA2006/CE1.htm>
6. De la Cruz Martínez, Cleotilde, "Proceso enfermero en la hipertensión arterial sistémica", Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enero/Diciembre 2000, Vol. 8, No. 1 – 4, México
Disponible en la web:
http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2000/e-en00-1_4/em-en001-4d.htm
7. "Diálisis e insuficiencia renal", Revista Actualizaciones en Enfermería, Diciembre 2001, Vol. 4, No. 4, Colombia
Disponible en la web:
<http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4401-tratamiento2.htm>
8. "Diccionario de la Lengua Española", Vigésima segunda edición
Disponible en la web:
<http://buscon.rae.es/drae/>
9. Donald E. Hricik, Michael B. Ganz y John R. Sedor, "Secretos de la nefrología", Ed. McGraw – Hill Interamericana, 2000, U.S.A.
10. Haya, Carlos, "Problemática social del enfermo con Insuficiencia Renal Crónica", Hospital Regional Universitario, España
Disponible en la web:
<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/rociourubio.PDF>
11. Hernández Tezoquipa, Isabel, et. al., "Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios", Revista Acta Universitaria, Septiembre/Diciembre 2003, Vol. 13, No. 3, México
Disponible en la web:
<http://www.dinpo.ugto.mx/acta/publicaciones/v13-3/autocuidado.htm>
12. Hernando Avendaño, L., P. Aljama García y otros, "Nefrología clínica", Editorial Medica Panamericana, 1998, España
13. "Insuficiencia Renal Crónica", Universidad de Zaragoza, España
Disponible en la web:
http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/urino/insuficiencia%20renal%20cronica.pdf

14. Marriner, Ann – Tomey, “Modelos y teorías de Enfermería”, Ed. Mosby, 1994, 3ª. Edición, España
15. Martínez García, Joaquín, “Problemas que plantean los pacientes en diálisis”, Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar, 2004, Vol. 10, No. 1, Barcelona, p. 26
Disponible en la web:
http://www.nexusediciones.com/pdf/cv2004_1/ac-10-1-002.pdf
16. Nettina, Sandra M., “Enfermería práctica de Lippincott”, Ed. McGraw – Hill Interamericana, 1999, 6ª. Edición, Vol. I, Philadelphia
17. Pérez Martínez, J. et. al., “Insuficiencia Renal Crónica: Revisión y tratamiento conservador”, Archivos de medicina
Disponible en la web:
<http://archivosdemedicina.com/files/3/pdf/IRenalCronica-1-3.pdf>
18. Porcuna Ribas, Inmaculada, “Análisis de las necesidades educativas para el autocuidado de los pacientes en hemodiálisis”, Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, II Trimestre 2000, Vol. 3, Nº2, Madrid
Disponible en la web:
https://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones_revistadet.asp&buscar=&id=41&idarticulo=340&Datapageid=9&intInicio=1
19. Reig, Martín F., et. al., “Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF)”, Sociedad Española de Diálisis y Transplante, 2004, Vol. XXV, No. 2, España
Disponible en la web:
http://www.sedyt.org/2004/revista/numeros_enteros/25_2/2502_079_O_Martin.pdf
20. Secretaría de Salud
Disponible en la web:
<http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hq/Nuevas/hc7.pdf>
21. Smeltzer, Suzanne C., Bare, Brenda G., “Enfermería Médico-Quirúrgica de Brunner y Suddarth”, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2002, Vol. II, 9ª Edición, México
22. Tobo, Natividad, et. al., “Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación con las características biológicas y sociales del individuo con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis”, 1995, Vol. 26, Nº 4, Colombia Médica
Disponible en la web:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL26NO4/cumplimiento.html>
23. Torres Zamora, Manuel (Dr.), “Hipotensión arterial en hemodiálisis”, Revista Nefrología Mexicana, Octubre/Diciembre 2001, Vol. 22, No. 4, México
24. Tortora, Gerard J. y Grabowski, Sandra R., “Principios de anatomía y fisiología”, Ed. Oxford, 2002, 9ª. Edición
25. Treviño Becerra, Alejandro y cols., “Tratado de Nefrología”, Ed. Prado, 2003, Tomo II, México, 2003
26. Tulia María Uribe J., “El autocuidado y su papel en la promoción de la salud”, Revista Investigación y educación en Enfermería, Septiembre 1999, Vol. XVII, No. 2, Medellín – Colombia

APÉNDICES

15. APÉNDICE

15.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

| Actividad | Mes | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | | | | 2007 | | | | | | | |
| | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. | Ene. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. |
| Observación de la situación en los servicios | [— —] | | | | | | | | | | | |
| Selección de tema | | [— —] | | | | | | | | | | |
| Curso: Metodología de la investigación | | | [— —] | | | | | | | | | |
| Diseño de protocolo | | | [— —] | | | | | | | | | |
| Revisión y modificación de protocolo | | | [— — — —] | | | | | | | | | |
| Recopilación de información | | | | [— — — —] | | | | | | | | |
| Selección de información | | | | | [— — — —] | | | | | | | |
| Revisión de marco teórico | | | | | | | [— — — —] | | | | | |
| Estructuración del instrumento de investigación | | | | | | [— — — —] | | | | | | |
| Aplicación de prueba piloto | | | | | | | | | [—] | | | |
| Reestructuración del instrumento de investigación | | | | | | | | | [—] | | | |
| Aplicación del instrumento de investigación | | | | | | | | | | [—] | | |
| Tabulación de resultados | | | | | | | | | | | [—] | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | | [—] | |
| Conclusiones y sugerencias | | | | | | | | | | | | [—] |
| Redacción de introducción y resumen | | | | | | | | | | | | [—] |
| Estructuración de guía y tríptico de autocuidado para los pacientes con IRC en Tx de hemodiálisis | | | | | | | | | | | | [—] |
| Última revisión de tesina. impresión y empastado | | | | | | | | | | | | [—] |
| Presentación de tesina en el Hospital Juárez de México | | | | | | | | | | | | [—] |

[Inicio
— periodo de trabajo
] Termino

15.2 ENCUESTA PARA DETERMINAR CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Fecha: ___/___/___

Sexo: F M

Edad: ___

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Unión libre Divorciado(a) Viudo(a)

Peso: ___ kg

Estatura: ___ cm

IMC: ___

T/A: Pre ___/___ Trans ___/___ Post ___/___

Sitio de inserción del catéter mahurkar: Yugular izq./der. Subclavio izq./der.

No. de reinstalación del catéter: 1-2 3-4 5 ó + Motivo:

No. de diálisis: <10 11 – 19 20 ó +

Enfermedades concomitantes: Si ¿Cuáles? DM HTA Otras _____ No

1. ¿Qué sabe acerca de la Insuficiencia Renal Crónica? (concepto, causa)
2. ¿Por qué le colocaron el catéter mahurkar?
3. ¿En qué consiste el tratamiento de hemodiálisis?
4. ¿Qué complicaciones pueden presentarse durante la hemodiálisis?
5. ¿Qué cuidados tiene debido a la Insuficiencia Renal Crónica?
6. ¿Qué medicamentos toma? (dosis, horario)
7. ¿Toma algún medicamento por su cuenta?
8. A la semana, ¿cuántas veces consume cada uno de los siguientes alimentos?

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|
| Pollo | Agua Al día: lts | Consomé de pollo (cubitos o polvo) | Productos enlatados | Sopas precocidas (maruchan) |
| Pescado | Verduras | Tortilla | Quesos | Papas fritas |
| Carne de res | Huevo | Café | Alcohol | |
| Cereales (arroz, avena, maíz, trigo) | Fruta (plátano, uva, naranja, melón) | Leche (entera, semidescremada, descremada, light, clavel, lechera) | Legumbres (garbanzo, lenteja, chicharo, frijol) | Frutas secas (pasas, almendras, nuez, cacahuete) |
| Carne de puerco | Chocolate | Salchicha ó jamón | | |

9. ¿Prepara usted sus comidas?
 - a. Si
 - b. No
10. ¿Cuántas comidas realiza al día?
 - a. Una
 - b. Dos
 - c. Tres
 - d. Más de tres
11. ¿Después de comer usted se siente?
 - a. Satisfecho
 - b. Se queda con hambre
 - c. Considera que comió demasiado
12. A raíz del tratamiento de hemodiálisis, ¿ha cambiado su apetito?
 - a. Si
 - b. No
13. ¿Se pesa todos los días?
 - a. Si
 - b. No
14. ¿Ha recibido atención de algún nutriólogo en el hospital?
 - a. Si
 - b. No
15. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?:
 - a. Menos de 5 horas
 - b. De 5 a 8 horas
 - c. Más de 8 horas

16. Cuando se despierta:
- Se siente cansado
 - Ha tenido un sueño reparador
17. Fuma:
- Si
 - No
18. ¿Qué estudios tiene?
- Primaria (completa/trunca)
 - Secundaria (completa/trunca)
 - Preparatoria (completa/trunca)
 - Universidad (completa/trunca)
 - Otros
19. ¿Trabaja fuera del hogar?
- Si
 - No
20. ¿Durante la última semana se ha sentido estresado?
- Si ¿debido a qué?
 - No
21. Para movilizarse, ¿usa algún apoyo como bastón o silla de ruedas?
- Si
 - No
22. ¿Realiza actividades recreativas? (salidas, vacaciones, etc)
- Si
 - No
23. ¿Tiene planes a futuro (1 – 2 años)?
- Si
 - No ¿por qué?
24. ¿Con qué frecuencia se baña?
- Diario
 - Cada 3^{er} día
 - 2 veces a la semana
 - 1 vez a la semana
25. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?
- Una vez al día
 - Dos veces al día
 - Tres veces o más
 - Ninguna
26. ¿Tiene alguna dificultad para el aseo personal? (bañarse, ir al baño, vestirse)
- Si ¿Cuál?
 - No
27. ¿Han habido cambios en su forma de vestir debido a su enfermedad?
- Si ¿Cuáles?
 - No
28. ¿Le dieron alguna orientación antes y después de instalarle el catéter?
- Si ¿Quién?
 - No
29. ¿Cuáles son los signos de infección en el sitio de colocación de su catéter?
30. El catéter mahurkar para el tratamiento de hemodiálisis es:
- Temporal
 - Permanente
 - No sé
31. ¿Qué cuidados debe realizar en su catéter?
32. ¿Considera que le es difícil recordar la información que se le da?
- Si ¿a qué cree que se debe?
 - No
33. Responda Si o No
- | | | |
|--|----|----|
| a. Puede utilizar joyas y ropa ajustada | Si | No |
| b. Durante el baño debe proteger su catéter del agua | Si | No |
| c. Puede cargar objetos pesados | Si | No |
| d. Puede acostarse del lado en el que tiene el catéter | Si | No |
| e. Puede usar pomadas en el sitio de inserción del catéter | Si | No |
| f. Puede comer durante la sesión de hemodiálisis | Si | No |

34. ¿Alguna vez ha faltado a una sesión de hemodiálisis?

- a. Si b. No

35. ¿Realiza algún tipo de ejercicio?

- a. Si b. No

36. ¿Se siente limitado por su enfermedad?

- a. Si ¿por qué?
b. No
c. Algunas veces ¿por qué?

37. Durante la última semana, se ha sentido:

| | | | |
|-----------------|---------|---------------------|---------|
| Ansioso | Si / No | Enojado/Irritable | Si / No |
| Triste | Si / No | Deprimido | Si / No |
| Contento/Alegre | Si / No | Con ganas de llorar | Si / No |

38. ¿Se siente apoyado por su familia?

- a. Si b. No

39. ¿Con qué otras personas convive que no sean de su familia?

40. ¿Se ocupa de sus gastos?

- a. Si b. No

41. Cuenta en su hogar con:

- a. Luz
b. Agua
c. Teléfono
d. Gas

42. Diría que su relación con los/as enfermeros/as es:

- a. Buena
b. Regular
c. Mala

43. Diría que su relación con los/as médicos es:

- a. Buena
b. Regular
c. Mala

44. ¿Recibe atención del psicólogo del servicio de hemodiálisis?

- a. Si b. No

45. ¿Quién cree que debería prestarle más atención?

- a. Enfermera
b. Médico
c. Familia ¿quién?
d. Amigos
e. Otro ¿quién?

46. ¿Considera que se le ha dado información suficiente para los cuidados que debe tener debido a la Insuficiencia Renal Crónica?

- a. Si b. No

**15.3. GUÍA DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CON CATÉTER MAHURKAR**

SECRETARÍA DE SALUD



COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

**GUÍA DE AUTOCUIDADO
PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
CON CATÉTER MAHURKAR**



Elaborado por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería:
Julián Luna Lorena
Liceaga Rodríguez Berenice Itzel
Vargas Tlayacac Modesta

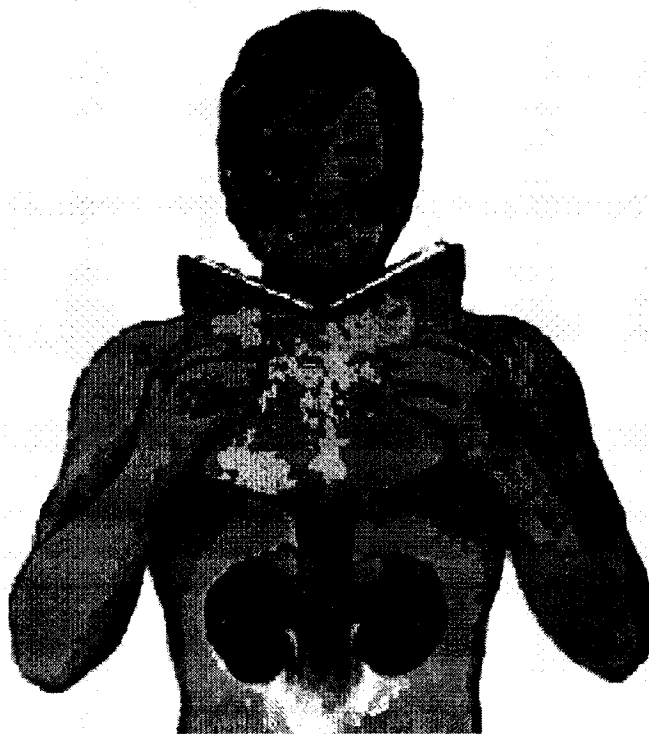
JULIO 2007

PROPÓSITO

Dar la información necesaria que le permita adaptarse a los cambios que impone su enfermedad.

Es importante mencionar que la información en esta guía no sustituye la que va a recibir por parte del médico y del personal de Enfermería que le atenderá, sino que pretende reforzar y complementar esta información.

No dude en preguntar y aclarar cualquier duda que le surja.



¿QUÉ SON LOS RIÑONES Y DÓNDE SE ENCUENTRAN UBICADOS?

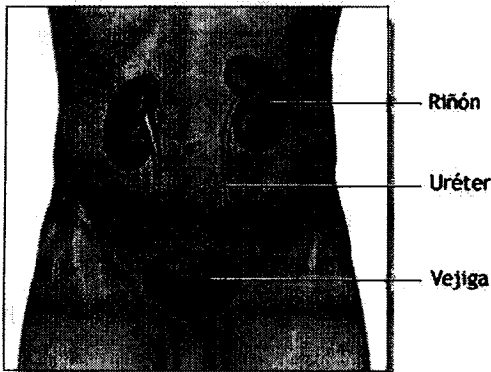
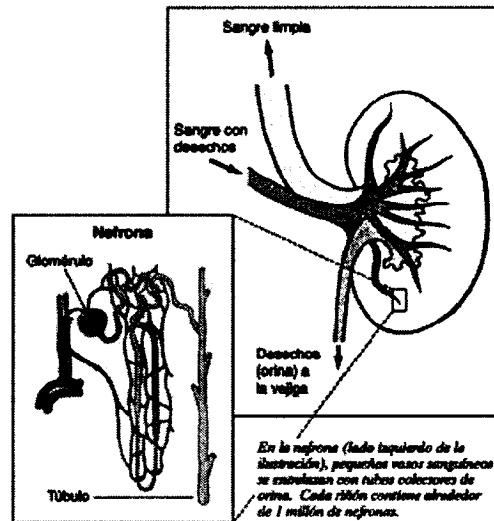


Los riñones son dos órganos en forma de frijol que miden en el adulto entre 10 y 12 cm de largo.

Están ubicados en ambos lados de la espalda, al nivel de la cintura.

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS RIÑONES?

Los riñones son importantes ya que su principal función consiste en limpiar la sangre de sustancias de desecho y exceso de agua que el organismo necesita eliminar. Este proceso lo realizan unas pequeñas estructuras llamadas *nefronas*, y hay cerca de un millón de ellas en cada uno.

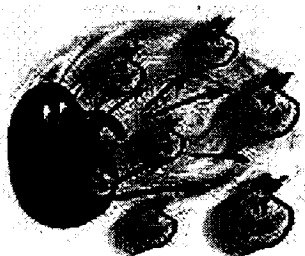


Los desechos y exceso de agua se convierten en orina la cual fluye a la vejiga a través de unos tubos llamados uréteres. La vejiga almacena la orina hasta el momento de orinar.

adam.com

Los riñones también tienen otras funciones como:

✦ Controlar la presión arterial, lo cual disminuye el riesgo de que su corazón presente problemas.



✦ Producir eritropoyetina, una hormona que indica al organismo cuantos glóbulos rojos producir, los cuales se encargan de llevar oxígeno a su cuerpo.

✦ Regular la cantidad de fósforo y calcio en la sangre, lo cual ayuda a mantener los huesos sanos.



¿POR QUÉ LOS RIÑONES DEJAN DE FUNCIONAR?

Cuando existe algún daño en las *nefronas* se produce una enfermedad renal, es decir, sus riñones dejan de realizar sus funciones con normalidad. Existen varias causas, por ejemplo, una persona que padece Diabetes o Hipertensión (presión alta) tiene mayor riesgo de sufrir una enfermedad renal. Generalmente este daño se produce lentamente y sin generar manifestaciones, sin embargo, es importante estar al pendiente a lo siguiente:

1. Cambios en lo referente a la orina:



- ✦ Podría levantarse a media noche a orinar
- ✦ Orinar con mayor frecuencia, en mayor cantidad y de color claro (poliuria)
- ✦ Orinar con menor frecuencia, en menor cantidad y de color oscuro (oliguria)
- ✦ Su orina podría contener sangre (hematuria)
- ✦ Podría sentir presión o dificultad al orinar (disuria)

2. Hinchazón (edema) en diferentes partes del cuerpo:

✦ Como los riñones ya no eliminan el exceso de agua, el líquido comienza a acumularse en el cuerpo, principalmente en pies, tobillos y en ocasiones alrededor de los ojos.



Edema, o hinchazón, de la pierna, el tobillo y el pie

ADAM

3. Cansancio y fatiga:

✦ Cuando los riñones no funcionan bien producen menos eritropoyetina, por lo tanto hay menos glóbulos rojos transportando oxígeno al organismo, a esta situación se le llama *anemia*, y sus manifestaciones son: palidez, aceleración de la frecuencia cardiaca (taquicardia), falta de energía, mareos, dificultad para respirar, y dolor de cabeza, entre otras.

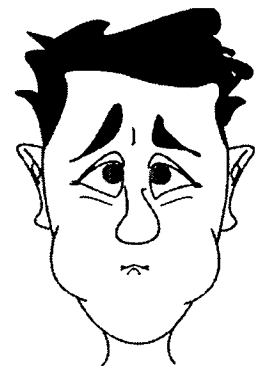


4. Picor y erupciones en la piel:

✦ Al no funcionar los riñones la acumulación de residuos en la sangre produce picores y erupciones en la piel.

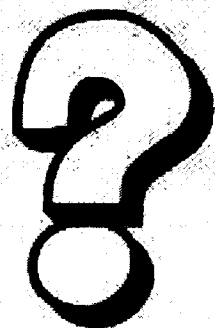
5. Sabor metálico en la boca:

✦ La acumulación de residuos y desechos en la sangre, conocido como *uremia*, puede hacer que el sabor de los alimentos sea distinto y hasta desagradable, producirle náuseas y en ocasiones vómito. Puede empezar a sentir que ya no le gusta comer o comienza a perder peso porque no le gusta lo que come.



Cuando los riñones dejan de funcionar, se dice que el paciente tiene Insuficiencia Renal, ya que hay un daño en el que las *nefronas* pierden su capacidad de filtración, es decir, ya no funcionan adecuadamente.

¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA RENAL?



La Insuficiencia Renal incluye varias etapas en las que sus riñones disminuyen su capacidad de desempeñar las funciones necesarias para mantenerlo saludable. Si la enfermedad empeora, una cantidad elevada de desechos se pueden acumular en su sangre y usted puede sentirse enfermo.

También puede desarrollar complicaciones como Hipertensión, anemia, huesos débiles y malnutrición. Además, se aumenta el riesgo de que aparezcan otras enfermedades como la Insuficiencia cardiaca, es decir, el corazón ya no puede bombear suficiente sangre a todo el cuerpo.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL?

Las dos causas principales de la Insuficiencia Renal son la Diabetes y la Hipertensión (presión alta), que son las responsables de hasta dos terceras partes de los casos.

A menudo, la detección temprana y el tratamiento oportuno pueden evitar que la Insuficiencia Renal empeore, sin embargo, cuando ésta progresa, puede desencadenar una insuficiencia renal terminal o fallo permanente de los riñones, lo cual requiere de un tratamiento como lo es la hemodiálisis.

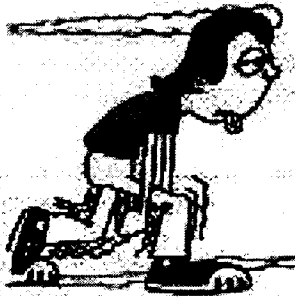


Otras condiciones que pueden afectar los riñones son:

- ❖ Glomerulonefritis, grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a las *nefronas* y los *glomérulos* (unidades funcionales del riñón).
- ❖ Enfermedades hereditarias, como la insuficiencia renal poliquística, que hace que se formen quistes grandes en los riñones que dañan su tejido.
- ❖ Obstrucciones producidas por cálculos renales o tumores.
- ❖ Infecciones urinarias constantes.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL?

La mayoría de las personas tal vez no presenten síntomas severos hasta que la Insuficiencia Renal haya avanzado. Sin embargo, usted puede notar que:



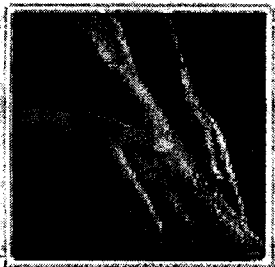
✚ Se siente más cansado y tiene menos energía

✚ Tiene problemas para concentrarse



✚ Tiene poco apetito

✚ Tiene problemas para quedarse dormido



✚ Padece de calambres en las noches

¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS PARA LA INSUFICIENCIA RENAL?

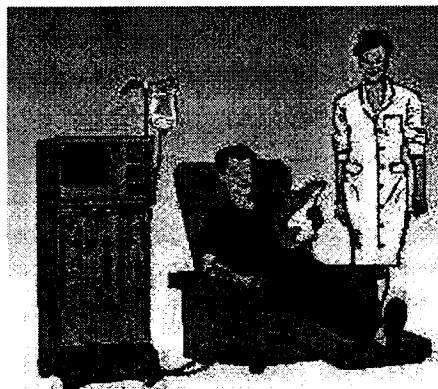
Si usted sufre de Insuficiencia Renal se hace necesario sustituir la función de sus riñones mediante el uso de equipos médicos que permitan realizar diversos tratamientos como son:

- ✦ Diálisis peritoneal, la cual consiste en introducir soluciones especiales que permanecen un lapso de tiempo en el abdomen (peritoneo) y luego se drenan, y ayudan a eliminar las toxinas.
- ✦ Hemodiálisis.

¿QUÉ ES LA HEMODIÁLISIS?

Hemo es una palabra griega que significa sangre, y diálisis significa proceso de filtración; por lo tanto el término "hemodiálisis" designa el proceso por el que se filtra la sangre, de esta manera, se retiran temporalmente los productos de desecho acumulados.

Para este proceso se requiere un "riñón artificial", que es una máquina que sustituye las funciones de sus riñones.



¿QUÉ DEBO SABER SOBRE LA HEMODIÁLISIS?

Si usted acaba de iniciar un tratamiento sustitutivo con hemodiálisis es importante que sepa que este hecho va a traer una serie de cambios en su forma de vida, alimentación y cuidados. A continuación le mencionaremos algunos de ellos:

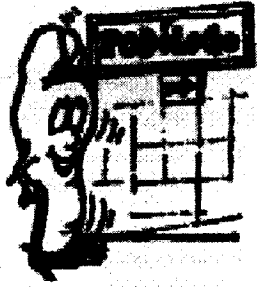
HIGIENE PERSONAL



- ✦ Se recomienda baño diario, con jabón neutro e hidratar posteriormente con crema.

- ✦ Adecuada higiene bucal, limpiando la boca después de cada comida y utilizando un cepillo suave.





✦ Cuidado de pies, especialmente en personas diabéticas en las que sería recomendable la visita periódica al especialista en cuidado de los pies (podólogo).

✦ Utilice ropa holgada con cambio diario, así evitará infecciones en el sitio en donde tiene su catéter por manchas de sangre, sudor, etc.

✦ No es aconsejable el uso de perfumes o colonias que irriten la piel.

CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR – CATÉTER MAHURKAR

Este acceso vascular es temporal y puede lograrse mediante la colocación de un catéter en una vena central como son la yugular, subclavia o femoral. Algunos de los cuidados que han de tenerse una vez que le colocaron el catéter son:



✦ Mantener una adecuada higiene personal para evitar posibles infecciones. Cuando se bañe debe mantener la zona de inserción y el catéter protegidos con un plástico que impida que se moje.

✦ Comunique a su médico o enfermeras que le atienden la aparición de dolor, secreción (salida de líquido como pus o sangre) o calor en la zona de inserción del catéter, estos son signos de infección que deben ser tratados inmediatamente.

✦ Comunicará igualmente la aparición de dolor, hinchazón o cambio de color en el miembro donde tiene colocado el catéter.

ALIMENTACIÓN

La alimentación en hemodiálisis es muy importante por tres motivos:

1. Una alimentación equilibrada mejorará su calidad de vida.
2. Permite que el resultado de la hemodiálisis sea óptimo.
3. Permitirá que usted se encuentre en un mejor estado de salud.

Los alimentos contienen sustancias que el cuerpo necesita para vivir. Entre ellas están las proteínas, el sodio, potasio, fósforo y el agua, los cuales deben ser de mayor interés para usted por su enfermedad y debe controlarlas en su alimentación.

Las proteínas

Proteínas



ADAM

Son uno de los principales componentes del organismo humano y son imprescindibles para un buen funcionamiento del cuerpo.

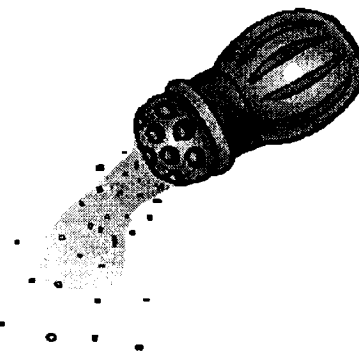
Es muy importante que siga una dieta equilibrada y variada que conste de: carne, pescado, huevos, leche, féculas y legumbres. Asimismo, debe consultar a un nutriólogo (especialista en nutrición) que le indique la cantidad que puede comer.

El Sodio

El cuerpo utiliza el sodio principalmente para regular la presión arterial y el volumen de sangre en el cuerpo.

Es un componente que podemos encontrar en la sal de mesa, y su consumo en exceso tiene como consecuencia que la presión arterial se eleve y que se hinchen las piernas (edema).

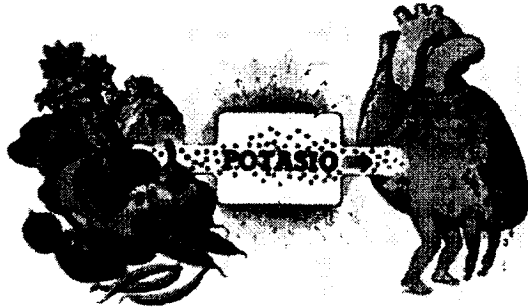
Su nefrólogo (especialista en enfermedades del riñón) y nutriólogo le comunicarán la cantidad que puede comer, usualmente se recomienda una dieta pobre en sal o estrictamente sin sal.



Algunos alimentos que deben evitarse por su alto contenido en sal son:

- ✦ Carnes y pescados ahumados, salados o curados
- ✦ Embutidos y enlatados
- ✦ Sopas instantáneas y cubos de caldo de pollo
- ✦ Aceitunas

El Potasio



Es una sustancia que en muy pequeñas cantidades es indispensable para el correcto funcionamiento del organismo.

El potasio se adquiere mediante el consumo de los alimentos, y al no poder ser eliminado por el riñón, se acumula en la sangre pudiendo provocar alteraciones en la actividad muscular sobre todo a nivel del corazón.

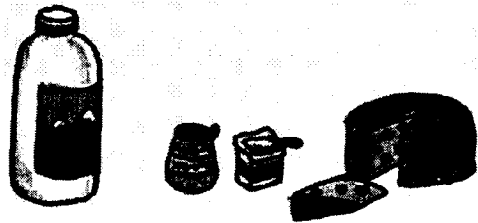
Aunque se encuentra prácticamente en todos los alimentos, se recomienda evitar los siguientes por su alto contenido en potasio:

- ✦ Frutos secos como los pistaches, higos, almendras y avellanas
- ✦ Leches en polvo, condensadas y lechera
- ✦ Legumbres como el garbanzo y la lenteja
- ✦ Chocolate, papas fritas
- ✦ Frutas como el plátano y las uvas

El fósforo

Igual que ocurre con el potasio, el fósforo ingerido con los alimentos se acumula en la sangre e indirectamente es responsable del daño a los huesos.

El exceso de fósforo es difícil de controlar mediante la alimentación, por eso su nefrólogo le prescribirá medicamentos para disminuir las cifras de fósforo en su sangre.



Algunos alimentos que deben evitarse por su alto contenido en fósforo son:

- ✦ Leche y derivados como el queso, yogurt y flanes
- ✦ Pescados como las sardinas y anchoas
- ✦ Yema de huevo
- ✦ Frutos secos como el piñón y el coco

Hidratos de carbono

Son la principal fuente de energía de nuestro organismo y a menos que estén limitados, por ejemplo si es diabético, es recomendable que los consuma todos los días. Se pueden encontrar en pastas, azúcar, frutas, pan, etc.

INGESTA DE LÍQUIDOS



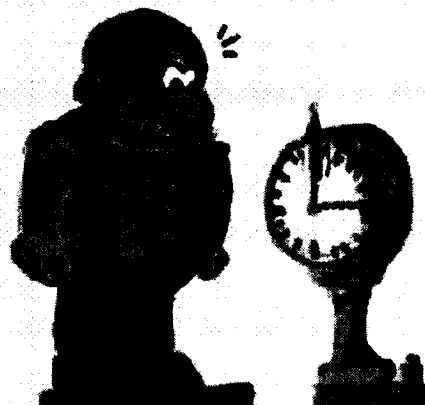
Cuando hablamos de líquido no sólo nos referimos al agua sino a todo aquello que es líquido y húmedo, como algunas frutas, verduras, sopas, leche, jugos y todas las demás bebidas.

Es importante controlar la cantidad de líquidos que toma ya que al haber perdido sus riñones la capacidad de eliminar orina como solía hacerlo, todo el líquido que tome se irá acumulando en su cuerpo, dificultad para respirar (disnea), fatiga, edema e Hipertensión. Recuerde que buscamos mantener un peso seco adecuado.

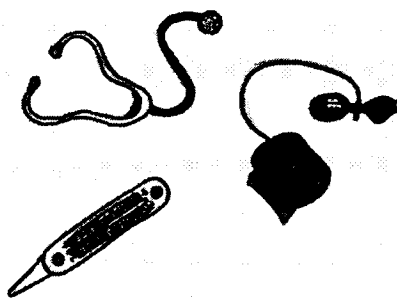
¿QUÉ ES EL PESO SECO?

El peso seco es el peso con el que queda después de la sesión de hemodiálisis, una vez que se ha eliminado una parte del exceso de líquido.

Es muy importante que entre una sesión de hemodiálisis y otra no tenga un sobrepeso superior a 1.5 – 2kg. Esto le va a asegurar un mayor confort durante la hemodiálisis así como va a proteger su corazón de la sobrecarga de líquidos.



Deberá comunicar al personal que le atiende la aparición de:



- Edema (hinchazón de piernas, cara u ojos)
- Hipertensión (presión alta)
- Hipotensión (presión baja)
- Infecciones (fiebre, escalofríos, comezón, etc)

¿QUÉ MEDICAMENTOS PUEDO TOMAR?

Las personas que reciben tratamiento con hemodiálisis, necesitan tomar medicamentos que complementen o ayuden a disminuir los síntomas de la enfermedad, sin embargo...

“Sólo debe tomar medicamentos prescritos por su nefrólogo y en la dosis indicada por él”



¿QUÉ MÁS PUEDO HACER PARA CUIDARME?



La hemodiálisis representa un cambio brusco en su forma de vida. Se producen cambios a nivel personal, laboral y social que si se llevan adecuadamente pueden hacer que la enfermedad sea más llevadera. No dude en consultar al psicólogo que seguramente le ayudará a comprender los cambios que esta viviendo.

Es recomendable adoptar entre sus hábitos el ejercicio físico. En principio, el caminar, en la medida de lo posible, es una actividad recomendable y a partir de ahí puede realizar algún otro ejercicio siempre y cuando no sea violento y el brazo en el que se encuentra su catéter este protegido adecuadamente. Siempre que le sea posible debe mantenerse activo. El trabajar le permitirá mantenerse ocupado y no pensar tanto en la enfermedad.

Evite el consumo de tabaco, ya que aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares.



No suprima las relaciones con sus amigos. No se aíse, relaciónese como siempre lo hizo. La gente que le rodea lo entenderá y estará dispuesta a ayudarle.

El diagnóstico de Insuficiencia Renal puede ser difícil de enfrentar. Usted y su familia tal vez tengan que modificar su estilo de vida para adaptarse a su nuevo estado de salud y a su tratamiento.

Es importante que se de cuenta que no tiene que enfrentar las cosas por sí solo. Un equipo calificado de profesionales médicos está a su disposición para ayudarlo.

Probablemente le sea útil hablar con otras personas que también padecen de Insuficiencia Renal. Aprenda todo lo que pueda sobre su enfermedad y su tratamiento.

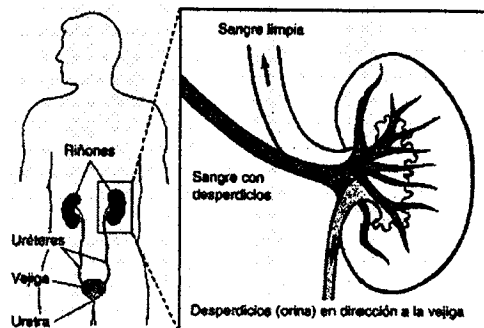
Saber lo que le espera y lo que puede hacer para ayudarse así mismo le hará sentir que tiene el control de su enfermedad.



APÉNDICE 15.4

¿QUÉ SON LOS RIÑONES?

Sus riñones son dos órganos en forma de frijol, cada uno tiene más o menos el tamaño de su puño y contiene cerca de un millón de partículas filtradoras muy pequeñas llamadas nefronas.



¿CÓMO FUNCIONAN?

- Regulan el agua de su organismo y otros químicos de su sangre como el sodio, potasio, fósforo, y calcio.
- Eliminan las toxinas que ingresan a su organismo.
- Producen hormonas que ayudan a su cuerpo a:
 1. Regular la presión sanguínea.
 2. Producir glóbulos rojos.
 3. Tener huesos fuertes.

¿CÓMO SE FORMA LA ORINA?

Los riñones procesan alrededor de 600 ml/min. de sangre eliminando sustancias de desecho y el exceso de líquido en forma de orina. La orina viaja a través de dos tubos denominados uréteres, hacia la vejiga, donde se almacena hasta que va a orinar.

¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)?

Es una enfermedad irreversible donde los riñones pierden la capacidad de desempeñar sus funciones adecuadamente.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS y SUS MANIFESTACIONES?

Se puede dar por varias causas pero las más frecuentes son:

1. Diabetes mellitus
2. Hipertensión (presión alta)

Sus manifestaciones son:

- Cansancio y menos energía
- Calambres en las noches
- Edema (hinchazón de pies, cara y/o tobillos)
- Su abdomen crece
- Disminución de la cantidad de orina
- Sabor metálico en la boca

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

El tratamiento al que se someterá será de acuerdo a la etapa en que se encuentre la Insuficiencia Renal, teniendo como opciones la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

¿QUÉ ES LA HEMODIÁLISIS?

La hemodiálisis es el método utilizado con mayor frecuencia para tratar la Insuficiencia Renal en etapas avanzadas. Se utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial, denominado riñón artificial, con el objetivo de limpiar la sangre por medio de un acceso vascular que puede ser un catéter mahurkar ó una fistula arterio-venosa.



¿QUE COMPLICACIONES PUEDE HABER DURANTE LA HEMODIÁLISIS?

Las complicaciones que puede haber son:

- Hipertensión
- Hipotensión
- Calambres durante la sesión
- Fiebre.

¿QUÉ CUIDADOS DEBE TENER CON SU CATÉTER?

- No mojarlo
- No acostarse del lado del catéter
- No usar ropa ajustada
- No cargar objetos pesados
- No usar perfumes o colonias irritantes

ALGUNOS SIGNOS DE INFECCIÓN QUE DEBE TENER EN CUENTA CON SU CATÉTER SON:

- Fiebre
- Sangrado
- Comezón
- Secreción de pus o sangre

SI USTED PADECE INSUFICIENCIA RENAL, LE RECOMENDAMOS:

EVITAR CONSUMIR LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

- Frutas como el plátano, uva, níspero, naranja, melón; los frutos secos (higos, dátiles, ciruelas secas, etc.); y las frutas oleaginosas (nueces, pistaches, cacahuates, aceitunas, aguacates, etc.) por su alto contenido en potasio.

- Habas, lentejas y garbanzos (limitarlas a una o dos veces por semana).

- Margarina (por su alto contenido en potasio y sal).

- Agua mineral, refrescos, té, café y zumo de fruta.

- Cubitos de caldo de pollo y sopas precocidas.

- Alimentos enlatados.

- Papas fritas y levadura.

REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA



NO INGERIR MUCHOS LÍQUIDOS



Y LLEVAR UNA DIETA EQUILIBRADA



...QUE NO ES IGUAL A DEJAR DE COMER.

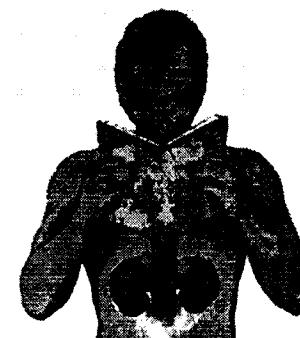


Por último, recuerde consultar a su médico nefrólogo, nutrióloga, psicólogo y enfermera quienes le ayudarán a cuidar de su salud día a día.

SECRETARÍA DE SALUD

COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

“ASPECTOS GENERALES DE LA INSUFICIENCIA RENAL PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CON CATÉTER MAHURKAR”



Elaborado por pasantes de la licenciatura en enfermería:

JULIÁN LUNA LORENA

LICEAGA RODRÍGUEZ BERENICE ITZEL

VARGAS TLAYACAC MODESTA

