

**AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS SANTA MARTA
D.T.C.H 2009**

**KELHY ALEXANDRA SIERRA NAVARRO
Estudiante**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERIA
SANTA MARTA
2009**

**AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS. SANTA MARTA
D.T.C.H 2009**

KELHY ALEXANDRA SIERRA NAVARRO

Trabajo de Grado para optar el Título de Enfermera

**Asesora Científica
ANETH CRISTINA RIVAS CASTRO
Magíster en Enfermería**

**MARGARITA MONTOYA
Asesora Metodológica**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA D.T.C.H.
2009**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santa Marta, D.T.C.H, 2009

*A Dios, a mis amados
padres Osiris y Carlos,
a mis hermanos
Yulieth, Carlos y
Daniel, sobrinos David
y Carlitos*

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

A Dios creador del universo y dueño de nuestras vidas, que me permitió alcanzar esta meta.

A mis padres, por el apoyo incondicional, amor y palabras de ánimo que me dieron a lo largo de la carrera.

A mi Moli por colaborarme y contagiarme con curiosidad y ganas para terminar esta tesis

A mi docente Aneth Rivas por sus constantes consejos y cariñosos regaños.

Al alma mater, por permitir la formación de Profesionales de Enfermería con calidez y calidad humana.

A las docentes de esta institución por guiarme y brindarme sus conocimientos contribuyendo así en mi formación.

A las directivas de las Unidad Renal del Magdalena Ltda. y la Fundación Renal de Colombia, que permitieron ejecutar esta investigación.

A los protagonistas de este proyecto, los pacientes de la Unidad Renal del Magdalena y la Fundación Renal de Colombia por brindarme la oportunidad de alcanzar los objetivos.

A Henry, por sus palabras de ánimo, su ayuda incondicional y su gran corazón.

Y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago un extensivo y más sincero agradecimiento.

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Nivel de Autocuidado Global de los Pacientes que asisten a Hemodiálisis en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009	61
Figura 2 Usuarios de las Unidades de hemodiálisis según la edad en Santa Marta 2009	62
Figura 3 Usuarios de las Unidades de hemodiálisis Según Grado de Instrucción Santa Marta, 2009	63
Figura 4 Usuarios de las Unidades de hemodiálisis según la Distribución de Sexo Santa Marta 2009	64
Figura 5. Usuarios según el Tipo de Acceso Venoso. Santa Marta 2009.	66
Figura 6. Nivel de Autocuidado respecto al cumplimiento de las necesidades básicas según los pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009	67
Figura 7. Nivel de Autocuidado según los Ítems de Necesidades básicas de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009	68

Figura 8. Nivel de Autocuidado respecto con el Manejo de la Salud según los pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 69

Figura 9. Nivel de Autocuidado según los Ítems de Manejo de la Salud de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ .. 70

Figura 10. Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados con el Acceso Venoso Según pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 72

Figura 11. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados del Acceso Venoso de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 73

Figura 12. Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados con la Dieta de Protección Renal Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 74

Figura 13. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados la Dieta de Protección Renal de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 75

Figura 14. Nivel de Autocuidado Respecto con los Actividad y Ejercicio Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 77

Figura 15. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados la Actividad y Ejercicio de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 78

Figura 16. Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados con el sueño y descanso Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ 79

Figura 17. Nivel de Autocuidado Respecto con el Entorno Psicosocial Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ 81

Figura 18. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados del Entorno Psicosocial de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .. 82

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Instrumento de Evaluación, %ESCALA SOBRE LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO+. Autoras: Blanca E. Avilez Valdez Anabel Ramírez Martínez	97

RESUMEN

Dorotea E. Orem en su teoría **Del Autocuidado** ayuda a centrar la atención profesional en las capacidades de autocuidado del paciente, influyendo esto en la forma de actuar o apoyar de la enfermera, quien mediante la aplicación del Proceso de atención de enfermería debe valorar al paciente en todas sus dimensiones; incluyendo el manejo terapéutico que tiene el paciente, Visto esto como autorresponsabilidad y autocuidado. Es por ello que surge la inquietud investigar el autocuidado planteando la siguiente pregunta de investigación. **¿Cómo es el autocuidado de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H. 2009?** El objetivo fue determinar el autocuidado en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, mediante un estudio descriptivo, de tipo transversal, la muestra estuvo representada por 82 pacientes calculada por muestreo aleatorio simple. Se realizó una entrevista individual, previo consentimiento de los pacientes, de la cual se concluyó que los pacientes con IRC de estas dos instituciones cumplen adecuadamente con su autocuidado cubriendo efectivamente sus necesidades básicas, el manejo de su salud, el sueño - descanso y entorno psicosocial; a la vez es importante resaltar que con relación a los cuidados con su acceso venoso, la dieta de protección renal, la actividad y el ejercicio, se pudo establecer que aun poseen alguna dificultad con estos ítems, lo que significa que en este aspecto aun hay mucho trabajo que hacer por parte de enfermería, ya que los accesos y sus fallas se relacionan con el incremento de complicaciones y el aumento de hospitalizaciones, por ende esto se ve reflejado en los costos para el paciente y la institución.

Palabras Claves: Autocuidado, Paciente con IRC en tratamiento de hemodiálisis

SUMMARY

Dorotea E. Orem in her theory about the self care, help to focus the professional attention on the patients self care capabilities, this one, influence in the nursery actuation and support. First assessment of patients in the nursery process on all dimensions, even the therapeutic handling patient behaviour. For the foregoing the need arises to investigate how is this care in the Renal chronic patients, by the before reason come up the following investigation question: **How is the patients self care undergoing hemodialysis in the Unidad Renal del Magdalena Ltda. and The Fundación Renal de Colombia city of Santa Marta, DTCH, 2009?** As the overall objective To determine the self care level in IRC patients in hemodialysis treatment. This study is descriptive-type cross, while the sample consisted of 82 patients, being the art of the simple random sampling. Data were collected through an individual interview with the prior consent of patients to perform the analysis concluded that the IRC patients in both institutions performed with their basics needs, handle health, rest . sleeping and environment psychosocial. Also, is important to rebound than with the renal access care, renal protection diet, the activities and exercise, their have a difficult in these topics. The nursery have to work strongly about this fault, because this relation with the complications and hospitalizations increment, all that is reflecting and the patients and institute costs.

Key words: self care, undergoing hemodialysis patient

1. INTRODUCCION

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas.¹

Con los años y con la evolución de la profesión, nacieron algunas teoristas en enfermería entre las que encontramos a Florence Nightingale quien expresa que "La enfermería es la más bella de las bellas artes ", Hildegarde Peplau interviene también con su teoría a cerca de las relaciones interpersonales, Callista Roy propone el modelo de adaptación y Dorotea Orem hace también un importante aporte con la teoría de autocuidado, dedicándose a crear y estudiar modelos de atención, observando al paciente de una manera mas compleja, y permitiendo darle a una profesión empírica un carácter científico, identificando las necesidades de los pacientes , la familia y la comunidad para garantizar que el cuidado de enfermería se desarrolle con un excelente componente científico, técnico y humano.

Por medio de estas teorías se puede demostrar que el profesional de enfermería utiliza bases científicas que van en pro del mejoramiento de la salud del paciente y

¹ LEÓN, C. Enfermería Ciencia y Arte Del Cuidado. Rev Cubana Enfermer 2006;22(4)

hacia una evolución positiva en los cuidados brindados como apoyo en el proceso de la enfermedad. Actualmente, la enfermería se está abriendo espacios cada vez más amplios en investigación como parte de la ciencia y se ha preocupado por observar los fenómenos producidos en cada experiencia de cuidado.

Este trabajo permite determinar mediante la aplicación de un instrumento de valoración el autocuidado en los pacientes asistentes a hemodiálisis en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009, identificando las necesidades básicas, el manejo que le da a su salud, el cuidado del acceso venoso, los hábitos alimenticios, las condiciones de actividad - ejercicio, el sueño - descanso y por último el entorno psicosocial del cual el paciente se rodea y su percepción de este.

Es de importancia para la enfermería trabajar de lado con el paciente, ya que las enfermedades crónicas cambian la vida y el estilo de vida de las personas y su familias , permitiendo esto, que la enfermera contribuya no solo al cuidado de la personas sino también que se convierta en un ente dinamizador que ayude al paciente a afrontar la enfermedad y las diversas situaciones que esta propone, mejorando sus hábitos y costumbres, asumiendo un compromiso en el cuidado de si mismo y llevando a cabo prácticas que estén en beneficio de su salud y bienestar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS (2005), las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta en forma continua. En 2005, de las 58 millones de defunciones, 35 millones correspondieron a causas asociadas con enfermedades crónicas.² A pesar de los esfuerzos por mantener la sanidad de la población, en el primer nivel de atención, promoviendo la salud y previniendo las enfermedades, la IRC está convertida actualmente en un problema de salud pública, por el gran número de personas que viven bajo esta condición de salud la cual genera pérdida de años de vida saludable, años productivos, incapacidad física y adicional a esto los costos para el individuo e instituciones de salud.

Unos de los factores importantes para los pacientes en situación crónica esta relacionada con las modificaciones del estilo de vida, el cuidado que lleve con su régimen dietético, restricción hídrica, el control de medicamentos y su disposición o aptitud frente a ella.³ Los hábitos que llevan algunos pacientes y la disposición de autocuidarse determinan la dirección y el curso de la enfermedad, a sabiendas que el objetivo de este tipo de padecimientos es controlar los síntomas, reducir las complicaciones, retrasar el progreso de la enfermedad y prolongar el tiempo de vida, lo que le permitirá sentirse mejor, permitiéndole así mantener su calidad de vida.

² National Institutes of Health. The Sixth Re-port of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure. NHI Publication; November 1997.

³ Thrasher C. The primary care nurse practitioner: advocate for self care. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. J Am Acad Nurse Pract. 2002; 14 (3):113-7.

Es por esto que los profesionales de la salud y en especial la enfermera tienen una gran tarea, dado a que en las unidades renales es ella quien mas tiempo permanece con el paciente. Por lo anterior se sugirió la inquietud de investigar la participación del paciente con enfermedades crónicas sobre las acciones de autocuidado y se planteo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo es el autocuidado de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009?

3. JUSTIFICACION

La Insuficiencia renal crónica es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos. Este trastorno puede ser provocado por diferentes enfermedades como la Diabetes Mellitus, glomérulo nefritis crónica, pielonefritis, HTA no controlada, obstrucción del tracto urinario, nefropatía poliquística, trastornos vasculares, infecciones, medicamento.⁴

A escala mundial se sabe que tres de cada diez mil personas tienen esta afección, y cerca de ochenta mil persona reciben el diagnóstico de insuficiencia renal cada año en los Estados Unidos, señalando que las enfermedades crónicas del riñón son la causa de la muerte de 3.57 personas por cada 100.000 habitantes.⁵

En Colombia, actualmente en Cali y el Valle, hay algo más de mil enfermos en terapia dialítica que comprenden cerca de 15% de todos los pacientes en este país. En el Hospital Universitario del Valle (HUV) se ha presentado un aumento notorio de los egresos con diagnóstico de insuficiencia renal terminal que ha duplicado los casos en los años 2001 y 2002 en relación con los años anteriores 1999 y 2000.⁶

En Santafé de Bogotá, D.C., Clínica Col subsidio, Hospital Militar Central, Clínica del Niño y Fundación Cardioinfantil, durante cinco años fueron diagnosticados cuarenta y nueve casos de insuficiencia renal crónica, lo cual para una población

⁴ <http://es.wikipedia.org/>

⁵, ²Ministerio de Protección Social, Guía para el manejo de urgencias. 2003 Tomo II Pág.: 174

⁶ Otero Luís mariano. (No 1, 2002) Enfermedad Renal Crónica. Colombia medica. Vol. 33; Pág. 38 - 40

aproximada de 6,4 millones de habitantes, (el grupo pediátrico representa el 50%) sugiere una incidencia de tres niños por millón de población infantil.⁷

En la ciudad de Santa Marta en el año 2007, existían 3 clínicas renales con un promedio de 40-60 pacientes en terapia de diálisis peritoneal, y 30-36 pacientes al día en Hemodiálisis, los nefrólogos atienden un promedio de 5-8 pacientes por consulta externa. Muchos autores formulan que aunque la aplicación de las técnicas de hemodiálisis previene la muerte de forma temprana como ocurre en la insuficiencia renal crónica, conduce a una serie de problemas con respecto a los efectos de vivir con dicha enfermedad.⁸ En la actualidad existen 5 clínicas incrementándose el número de pacientes.

Una vez incorporado el paciente a la terapia de reemplazo, vive la paradoja de recibir los beneficios de la diálisis, los avances de la medicina moderna y la tecnología, y al mismo tiempo, ver como sus hábitos y estilo de vida en general cambian; afectando muchas de sus dimensiones, limitándolo directa o indirectamente, donde no solo se afecta su componente físico, sino también su componente psicológico y espiritual, además se observa como su expectativa de vida significativamente se reduce en comparación con la población en general.⁹

Todo lo descrito anteriormente deja claro que la enfermedad renal es una patología que afecta al ser humano holísticamente y que para una disciplina como

⁷ <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria35400etiologia.htm>

⁸ BORNACELLI, L. En Tes.: Calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, clínica nefrología Ltda., santa marta septiembre-noviembre 2006.

⁹ RIVAS, A. En Tes.: Bienestar Espiritual Del Paciente Con Enfermedad Renal Crónica En Tratamiento De Hemodiálisis. Santa Marta, Colombia. 2006.

la enfermería que se encarga del cuidado humano, hablar hoy día, de una enfermería basada solo en la ciencia y la tecnología, sería desconocer, la razón de ser de la profesión, el echo de que sea del hombre para el hombre hace de esta una ciencia, integral, que no solo se ocupe de la dimensión física, sino que abarque al ser humano en todas sus dimensiones.¹⁰ Enseñándole el amor propio, la autoresponsabilidad y el autocuidado como herramientas para seguir adelante.

El autocuidado es una función reguladora del hombre que se debe llevar a cabo por si solo con el fin de mantener su vida, desarrollo y bienestar. Una persona conciente de los cuidados que debe llevar de si mismo es una persona que colabora y trabaja de la mano con su equipo de salud para el mejoramiento de su calidad de vida.

El individuo que se le diagnostica IRC y acude a una unidad de hemodiálisis, puede presentar dificultades para satisfacer sus necesidades de autocuidado, una de las causas puede deberse a la falta de información o porque no puede continuar practicando algunas actividades que cotidianamente realizaba y mantenían su salud de forma óptima (alimentarse, bañarse, miccionar, defecar, caminar). Por diferentes circunstancias puede entonces el individuo sentirse incapaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado, de forma parcial o total y referirlo él mismo, sus familiares u otras personas durante la entrevista o valoración. Desde este momento el paciente comienza a beneficiarse por la acción humana de la enfermería.

Se considera en este estudio, que la teoría del autocuidado puede aplicarse en la valoración de las necesidades de pacientes con IRC, siendo este una determinante para el inicio de nuevos estudios y el pie para establecer un plan de

¹⁰ Ibíd.

cuidados para la identificación de diagnósticos enfermeros, y el análisis de las actuaciones de enfermería como sistema total o parcialmente compensador o de apoyo educativo en los pacientes que recién les diagnostican IRC o para aquellos a los que ya se les identifican problemas en sus cuidados.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Determinar el autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

4.2 Específicos

- Establecer las variables sociodemográficas de los pacientes con IRC
- Determinar el cumplimiento de las necesidades básicas en el paciente con IRC.
- Evaluar el manejo que lleva el paciente con IRC con su salud
- Establecer los cuidados que lleva el paciente con su acceso venoso permanente o provisional.
- Valorar el cumplimiento de la dieta de protección renal.
- Identificar las actividades y ejercicios en el paciente con IRC.
- Evaluar el entorno psicosocial en el que se desenvuelve el paciente en situación crónica.

5. MARCO TEORICO Y REFERENCIAL

5.1 Autocuidado

Orem (1991), define el autocuidado como ~~la~~ la conducta aprendida por el mismo individuo dirigida hacia si mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.¹¹ Este requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso apropiado. Estas conductas a las que se refiere Orem, son aprendidas en el transcurso de la vida, en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Cuando el paciente se encuentra sano y por alguna causa sufre cualquier patología hablamos de desviación de salud; hay un cambio de un estado de bienestar a uno de no bienestar lo que determina cambios en lo que se conoce por el personal de enfermería como metaparadigma.

La enfermería ha determinado a base de teorías que el ser humano es un ser holístico, es decir, un ser integral que necesita ser visto desde todas las dimensiones que lo componen, a la vez del medio social, ambiental y espiritual en el cual éste participa, que todas las acciones que se utilizan en pro a su salud son determinadas por si mismo y que ella pueden verse afectada cuando el paciente mantiene técnicas escasas o desviadas en situaciones que deben llevarse gran cuidado como lo es la Insuficiencia renal.

¹¹ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado. En Revista Avances de Enfermería, Vol. XXIV N° 2 Julio . Diciembre 2006 Universidad de Colombia p:92

Dorotea Orem, define además tres categorías de autocuidado que se deben satisfacer:

- **Requisitos de autocuidado universal:** llamado también necesidades básicas, actividad de la vida cotidiana, higiene personal, física y mental son comunes en todos los individuos entre ellas están: el aire, el agua, la eliminación, alimentación, actividad y reposo, interacciones sociales, prevención de riesgos.

- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Promueve las condiciones necesarias para la vida, prevenir la aparición de condiciones adversas o disminuyen los efectos de dichas situaciones en varios momentos del proceso evolutivo o del desarrollo humano. Existen dos tipos de autocuidado de desarrollo:
 1. Crear y mantener las condiciones que apoyen y promuevan los procesos de desarrollo durante su evolución.

 2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano para luego prevenir efectos negativos y promover cuidados para superar los ya existentes.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:**

Existen seis categorías:

- Buscar y asegurar la ayuda medica adecuada.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos del estado patológico.
- Realizar las medidas terapéuticas y rehabilitación prescritas.
- Prestar atención y regular los efectos del tratamiento.

- Modificar el autoconcepto y autoimagen.
- Aprender a vivir con los estados patológicos, consecuencia del tratamiento y promover un estilo de vida que fomente el desarrollo personal adecuado

De este modo, los requisitos de autocuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben ser realizadas para y por el agente, con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que afecten su funcionamiento y desarrollo. Estas acciones y propósitos son denominados demandas terapéuticas de autocuidado. Toda demanda terapéutica lleva a tomar una decisión para la acción y pueden originarse en el individuo o surgir de los otros.

De acuerdo con Orem, la intervención de enfermería solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitiman la necesidad de cuidados de enfermería.

Se considera en este estudio, que la teoría del autocuidado puede aplicarse en la valoración de las necesidades de pacientes con IRC, siendo este una determinante para el inicio de nuevos estudios y el pie para establecer un plan de cuidados para los pacientes que recién les diagnostican IRC o para aquellos a los que se les identifican irregularidades en sus cuidados.

El individuo que se le diagnostica IRC acude a una unidad de hemodiálisis, puede presentar dificultades para satisfacer sus necesidades de autocuidado, puede ser una de las causas la falta de información o porque no puede continuar practicando algunas actividades que cotidianamente realizaba y mantenían su salud de forma óptima (alimentarse, bañarse, miccionar, defecar, caminar). Por diferentes circunstancias puede entonces el individuo sentirse incapaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado, de forma parcial o total y referirlo él mismo, sus familiares u otras personas durante la entrevista o valoración. Desde este

momento el paciente comienza a beneficiarse por la acción humana de la enfermería. Las situaciones en las que los pacientes deberían tener conocimientos van de la mano con su tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

5.2 Enfermedad Crónica

La enfermedad crónica para muchos autores se define como una enfermedad de larga duración, que es acompañada por una sensación permanente del individuo de estar enfermo, de ser una carga para la familia y ser diferente a otras personas. A este sentimiento se suma un profundo sentimiento de soledad, abandono y dependencia sobre todo cuando la enfermedad limita al paciente; vivir con una enfermedad de larga duración propone cambios y retos. Aprender a afrontar esos retos y adaptarse a el cambio en el estilo de vida es un proceso largo, el cual no se logra de la noche ala mañana, para el paciente y su familia entender lo que sucede, no es fácil ya que no solo se afecta la salud del paciente en todo sus dimensiones, sino que también se afecta la de su familia.¹²

El término "crónico", del griego (*Chronos*): «dios del tiempo», como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad. Hay enfermedades crónicas sin gravedad alguna, como la rinitis crónica, y otras potencialmente muy graves, como la arteriosclerosis.¹³

¹² RIVAS, A. Op. Cit. Pág. 19

¹³ http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_cronica

5.3 Insuficiencia Renal Crónica

La Insuficiencia renal crónica es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos. Este trastorno puede ser provocado por diferentes enfermedades como la Diabetes Mellitus, glomérulo nefritis crónica, pielonefritis, HTA no controlada, obstrucción del tracto urinario, nefropatía poliquística, trastornos vasculares, infecciones, medicamento, entre otras.

5.4 La Insuficiencia Renal Frente a Datos Sociodemográficos

5.4.1 Edad del Paciente

Las enfermedades en los seres humanos son imprevistas, debido al azar con que se presentan, es decir, pueden padecerse en cualquier momento del ciclo evolutivo, incluyendo desde el momento de la concepción. Con base a lo anterior, el momento etario en que se encuentre el individuo juega un papel importante en la responsabilidad del cuidador o la independencia del mismo, un ejemplo claro de lo anterior sería, el responsable del cuidado de un neonato con gripe, en este caso su madre, a un adulto joven con una patología similar quien puede hacerse cargo de él mismo.

Dada las características de la enfermedad crónica, no es fácil para ningún individuo afrontarlas, sin embargo, se puede decir que dependiendo la edad y las características particulares de cada individuo a si reaccionara ante esta nueva situación, hoy día existen diversos estudios acerca de como se vive la cronicidad desde cada una de las etapas de la vida, esto sin lugar a dudas es importante, ya que con los adelantos tecnológicos la sobrevivencia de los pacientes se ha

incrementado, como es el caso de la enfermedad renal crónica, donde las terapias o tratamientos sustitutivos aumentan el tiempo de vida de los pacientes.¹⁴

Investigadores como Paúl. Bates (1987)¹⁵ han identificado los principios claves de este enfoque del desarrollo y establecieron los siguientes principios:

- **El Desarrollo es vitalicio:** cada ciclo de vida esta influenciado por lo que sucedió antes y afectara lo que esta por suceder. Cada periodo tiene su propio valor y características particulares; ninguno es más importante que otro.
- **El desarrollo depende de la historia y el contexto:** cada persona se desarrolla dentro de un conjunto específico de circunstancias o condiciones definidas por el tiempo y el espacio. Los seres humanos influyen y son influenciados por su contexto histórico y social: ellos no responden a sus ambientes físicos y sociales, sino que también interactúan con ellos y los modifican.
- **El desarrollo es multidimensional y multidireccional:** A lo largo de la vida el desarrollo incluye un equilibrio entre el crecimiento y el deterioro. Mientras que las personas ganan en un área, pueden perder en otra y en grados variables. Los niños crecen principalmente en forma ascendente tanto en tamaño como en capacidades. En la adultes, el equilibrio se desvía gradualmente.

¹⁴ RIVAS. Op. Cit. Pag 19

¹⁵ PAPALIA, Diane. Desarrollo Humano 2001... Santa Fe de Bogotá: Mac Graw Hill Interamericana S.A. p. 10 . 11.

- **El desarrollo es flexible:** Plasticidad, significa elasticidad en el desempeño. Muchas capacidades como la memoria, la fuerza y la resistencia pueden mejorar significativamente con el entrenamiento y la practica, incluso tarde en la vida.

Edad Adulta

La Adulterz es una etapa donde las experiencias de la vida diaria continúan teniendo un papel importante en los procesos de desarrollo en la adulterz. Las experiencias de desarrollo para los adultos derivan, en parte o en su totalidad, de estructura y regulaciones institucionales pertenecientes a la educación superior, el empleo, matrimonio y educación de los hijos, y el retiro¹⁶.

La finalización de la etapa de la adolencecia según Warner Shaei (1977-1978 , Y Willis 2000) es el inicio de la Adultes, dividiendolas teniendo encuentra el desarrollo cognitivo en 4 subetapas que son , la etapa de logros que establece que el individuo no adquiere conocimientos, sino que los aplica para adquirir objetivos, estudiar una carrera y tener una familia, la siguiente etapa es la responsable que dice: emplean la mente para resolver problemas prácticos asociados a las responsabilidades con los otros miembros de la familia, a la consecución de recursos para el desarrollo del grupo familiar, el trabajo y la adquisicion de recursos económico para la familia es importante. La etapa reorganizadora: las personas se jubilan y reorganizan su vida y las energías intelectuales remplazan al trabajo pago. Y por ultimo la reintegradora, donde los

¹⁶ TUMER, Ann. Experiencia de la vida diaria para los crónicamente enfermos: perspectiva del ciclo de vida. p. 1-9.

adultos mayores se pueden apartar del mundo social y son más selectivos con las tareas.¹⁷

La cronicidad en esta etapa de la vida, se relaciona con los cambios que debe sufrir en el individuo en el rol que desempeña en la sociedad y la familia, el dejar de trabajar, hace que el individuo se preocupe por la condición económica de la familia, esto es aun mas marcado cuando la persona que enferma es quien lleva el dinero a casa. Los cambios en su capacidad sexual afectan las relaciones de pareja, la disminución de su potencia sexual, no solo es causa de preocupación, sino de frustración. los cambios físicos son muy notables y esto afecta el autoconcepto del individuo.¹⁸

Adulter Madura

Las experiencias de la vida diaria de los mayores no deben ser vistas como una disminución en el ritmo de los procesos de la vida sino como un proceso evolutivo de desarrollo. Baltes,¹⁹ propuso que el envejecimiento debe ser visto no solo como cambios en la dinámica de crecimiento y declinación, sino también como la fortaleza de la cultura humana y el comportamiento individual que fomenta los procesos psicológicos²⁰.

Todo esto hace que el paciente anciano viva la cronicidad de forma diferente, ya que muchos de ellos pueden o no asociar la declinación de sus actividades con su edad cronológica y con los cambios propios de la edad, sin embargo la cronicidad

¹⁷ PAPALIA, Op. cit., p. 28.

¹⁸ RIVAS. Op. Cít. Pág. 19

¹⁹ TUMMER, Op. cit., p. 30.

²⁰ Ibid.

en estos pacientes, es muy importante para la familia, ya que es en este momento donde el abuelo se hace, mas dependiente de la familia y genera mas desgaste desde todo punto de vista de sus cuidadores. Cuando se presenta una enfermedad crónica, la vida cambia completamente, es por ello que la cronicidad se convierte en un grave problema para quien la padece.²¹

Se estima que más de 500 millones de personas presentan IRC en el mundo, aproximadamente el 10 por ciento de los mayores de 20 años y el 5 por ciento de los menores de 20 años. Las estadísticas mundiales demuestran que la IRC se presenta con mayor prevalencia en la edad adulta.²² , el hecho que la mayor población que padece la enfermedad se encuentre entre los 36 . 59 anos, se relaciona con la aparición de factores de riesgo de enfermedad crónica.

5.4.2 Sexo Vs Enfermedad

Actualmente nos referimos a masculino para identificar a la parte de la población que posee un órgano viril el cual es visto como proveedor de bienes materiales, productos culturales y de la sexualidad. El varón pertenece al sector de lo público, en síntesis, se adjudica el poder; En cambio la mujer esta vista en la parte doméstica, del hogar, dadora de vida y cuidadora²³. Juntos forman un complemento a la hora de procrear, se necesitan el uno del otro. A pesar de las diferencias físicas y a los roles a los que se enfrentan diariamente, cada vez más parecidos, las enfermedades no distinguen en genero, arremeten en ambos de igual o similar forma.

²¹ RIVAS, Op. Cit., Pág. 19

²² Encuesta Nacional Estadounidense de Análisis de Salud y Nutrición (NHANES III y NHANES 1999-2000)

²³ BUERO L. Género masculino y género femenino, dos conceptos en constante transformación

Revisiones bibliográficas demuestran que la incidencia y prevalencia de IRC se observa mas alta en hombres que en mujeres, según el registro latinoamericano de diálisis y transplante (2001)²⁴ el sexo masculino padece mas la enfermedad renal crónica.

5.4.3 Nivel educativo

La **Educación** (del latín *educere* "guiar, conducir" o *educare* "formar, instruir") puede definirse como el proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

La Educación se comparte entre las personas por medio de nuestras ideas, cultura, conocimientos, etc. respetando siempre a los demás. Esta no siempre se da en el aula. Existen tres tipos de Educación: la formal, la no formal y la informal.²⁵

La educación formal hace referencia a los ámbitos de las escuelas, institutos, universidades, módulos mientras que la **no formal** se refiere a los cursos, academias, etc..Y **la educación informal** es aquella que abarca la formal y no formal, pues es la educación que se adquiere a lo largo de la vida.²⁶

También se denomina educación al resultado de este proceso, que se materializa en la serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos,

²⁴ Mazzuchi N, Schwedt E, Fernández-Cean J, Cusumano AM, Pérez Gurdia E, González-Martínez F, Milanés CL. Análisis de la mortalidad de los pacientes en diálisis. **Nefrología Latinoamericana** 6: 178 - 187, 1999.

²⁵ <http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n>

²⁶ *Ibíd.*

produciendo cambios de carácter social, intelectual, emocional, etc. en la persona que, dependiendo del grado de concienciación, será para toda su vida o por un periodo determinado, pasando a formar parte del recuerdo en el último de los casos.²⁷

Cuatro de cada cinco niños del mundo de entre 10 y 15 años están inscritos en el primer ciclo de enseñanza secundaria, considerado obligatorio por la mayoría de los países, anunció hoy la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).²⁸

La educación formal en Colombia se conforma por los niveles de educación preescolar, educación básica, educación media y de nivel universitario. El ente encargado de la coordinación de la misma es el Ministerio de Educación Nacional. La educación estatal es generalmente más económica que la educación privada.²⁹ Se conforma por los niveles de educación preescolar, educación básica, educación media y educación superior. La escolaridad normal incluye la educación básica y la educación media, la cual consta en total de 11 años.³⁰

Educación básica primaria

Consta de cinco grados, cada uno de un año de duración, nombrados de primero a quinto grado. Al finalizar esta etapa de estudios se pretende que el estudiante tenga las competencias básicas para desenvolverse en un mundo laboral en el cual tiene los estándares mínimos para desempeñarse en un cargo que no exija mayores habilidades y conocimientos.

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ [http://: www.wikipedia.com/](http://www.wikipedia.com/) Art.: educación en Colombia. Marzo de 2009

³⁰ *Ibíd.*

Educación secundaria

Consta de seis años divididos en educación básica secundaria el cual es de cuatro grados, cada uno de un año de duración, nombrados de sexto a noveno grado. La educación media vocacional consta de dos grados: décimo y undécimo.

En los grados de la educación media vocacional se pretende que el estudiante elija de acuerdo a sus habilidades y preferencias la opción en la cual desea profundizar sus estudios. En general pocos colegios ofrecen una real oportunidad para que sus estudiantes se desempeñen en el mundo laboral con ventajas competitivas sobre otros estudiantes y usualmente sólo los estudiantes que tienen recursos económicos suficientes continúan sus estudios universitarios, aunque también existen préstamos estatales como los que ofrece el y prestamos de organizaciones privadas.

Para acceder a la educación universitaria se aplican pruebas de estado por parte del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior - ICFES.

Educación universitaria

Esta educación impartida en universidades y otras instituciones de educación superior. Se divide en varios niveles, distribuidos entre pregrado y postgrado.

La Educación Superior esta reglamentada por Ley 30 de 1992.

A nivel de pregrado se encuentran las carreras profesionales, usualmente de 5 años, las licenciaturas, que suelen tomar 4 años, y las carreras técnicas Y tecnológicas que tienen una duración media entre 2 y 3 años.

A nivel de postgrado se reconocen las especializaciones, las maestrías y los doctorados. Hay adicionalmente una serie de diplomados, seminarios y otros

cursos de educación continua y educación para el trabajo y el desarrollo humano que, en pocas semanas o meses permiten al profesional conocer nuevas técnicas o mantenerse actualizado.

La educación para el trabajo y el desarrollo humano es ofrecida por instituciones oficiales y privadas como el SENA, el CESDE, la Corporación Politécnica de Cundinamarca, la Academia Nacional de Aprendizaje (ANDAP) o el INCAP entre otros. Los programas cursados son conducentes a títulos en niveles técnicos y en áreas específicas y que se enfocan principalmente a la capacitación para generar expertos en áreas puntuales de las diferentes actividades laborales según la clasificación nacional de ocupaciones.

Según Virginia Henderson ~~para~~ tener salud es necesario disponer de información+ y dicha información debe ser transmitida a los pacientes a través de programas de educación para la salud, actividad fundamental en enfermería. Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (HD) tienen un contacto habitualmente de tres veces a la semana en las sesiones de diálisis, además de la parte exclusivamente técnica y física se debe realizar una labor educativa continua de los pacientes por parte del personal de enfermería, según Rivas

5.6 Dimensión de Necesidades Básicas

Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia, a través del tiempo y de las culturas, son la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

Abraham Maslow planteó en su libro *Motivation and Personality* (Motivación y Personalidad) el concepto de la Jerarquía de Necesidades. El concepto de jerarquía de necesidades de Maslow, planteado dentro de su teoría de la personalidad, muestra una serie de necesidades que corresponden a todo individuo y que se encuentran organizadas de forma estructural (como una pirámide), de acuerdo a una determinación biológica causada por la constitución genética del individuo. En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad.³¹

Así pues, dentro de esta estructura, al ser satisfechas las necesidades de determinado nivel, el individuo no se torna apático sino que más bien encuentra en las necesidades del siguiente nivel su meta próxima de satisfacción. Aquí subyace la falla de la teoría, ya que el ser humano siempre quiere más y esto está dentro de su naturaleza.

Las necesidades fundamentales son: subsistencia (salud, alimentación, etc.), protección (sistemas de seguridad y prevención, vivienda, etc.), afecto (familia, amistades, privacidad, etc.) entendimiento (educación, comunicación, etc.), participación (derechos, responsabilidades, trabajo, etc.), ocio (juegos, espectáculos) creación (habilidades, destrezas), identidad (grupos de referencia, sexualidad, valores), libertad (igualdad de derechos).³²

Dorotea Orem, define estas mismas necesidades como requisitos de autocuidado universales, estas son: Aire, agua, alimentos, eliminación/excrementos, actividad/reposo, soledad/ interacción social, prevención de peligros, funcionamiento y desarrollo humano.

³¹ <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/maslow.htm>

³² <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/terminos/NecBas.htm>

En los pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal las necesidades básicas pueden verse afectadas en la medida en que no son satisfechas autónomamente, dándole la libertad al paciente a que ejecute por el mismo aquello por lo cual se hizo independiente del seno materno. Cada ser humano es un mundo y cada uno busca satisfacer sus necesidades, desde las más básicas hasta las de carácter superior

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. Sus objetivos son mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades. Este acto, generalmente autónomo, se realiza para mantenerse limpio y libre de impurezas en su parte externa. En algunas personas, bien sea por algún tipo de impedimento físico, se les dificulta. Para el aseo se usa champú, entre otros. El aseo personal es muy recomendado por la ciencia médica. Ayuda a prevenir infecciones y otras molestias, especialmente cutáneas.³³

Según un estudio publicado por la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (2004)³⁴, este concluía que los pacientes encuestados presentaban algún grado de dependencia provocado por disfunciones físicas lo que impedía la satisfacción de sus necesidades básicas y un aumento en la demanda de los cuidados de enfermería.

Es de importancia para la enfermería que esta disposición de la persona de satisfacer sus propias necesidades, colaborar a que este sea capaz de cumplir por si mismo hábitos saludables y mantengan su independencia física, confirmando así lo

³³ [http://: www.Wikipedia.com](http://www.Wikipedia.com). Art. Higiene. Marzo de 2009

³⁴ CONTRERAS M; Rivero M. Jurado M. Crespo C. Perfil Actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. Rev. Soc Esp Enferm Nefrol v.7 n.1 Madrid ene-mar 2004

dicho por Dorotea Orem que la función del personal de enfermería en el autocuidado según su modelo conceptual es, proporcionarle la ayuda necesaria para mantener un control individual sobre su propio patrón de vida, tanto en individuos enfermos como en sanos.

Para Alba Oñoro (1997)³⁵, de los 43 pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de hemodiálisis encuestados en su estudio, 28 eran pertenecientes al sexo masculino y 15 al femenino. La edad media era de 57.18. Las investigadoras lograron determinar en su estudio que estos referían tener cubiertas sus necesidades fisiológicas manera satisfactoria en un 37,20% de los pacientes, de forma regular en un 34,88% y no estaban cubiertas en un 27,90%.

5.7 Dimensión Del Manejo De La Salud

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica se basa en dos pilares fundamentales el primero de los cuales es el tratamiento farmacológico que va acompañado a su vez de la hemodiálisis, y las consultas de control; el segundo pilar lo conforma el tratamiento no farmacológico, cuyo objetivo es la modificación del estilo de vida promoviendo el autocuidado y utilizando la educación como herramienta; sobre la necesidad de conocer la importancia del cambio en el estilo de vida y su impacto sobre la mortalidad.³⁶

³⁵ OÑORO, A. Manasor. G; García, A; Martines, M. Estudio del Grado de Dependencia en el Autocuidado de los Pacientes en Hemodiálisis -1º Trimestre 1997

³⁶ CONWAY J, McMillan MA, Solman A. Enhancing cardiac rehabilitation nursing through aligning practice to theory: implications for nursing education. *Journal of Continuing Education in Nursing.* 2006; 37(5): 233-8.

El tratamiento de estos pacientes es muy complejo, por esta razón, deben sobrellevar las complicaciones del tratamiento para sobrevivir. Estar tres veces por semana, por 4 horas conectados a una máquina, tomar muchos medicamentos; restringir su dieta y estar de por vida en este redimen con la esperanza de ser transplantados es sin duda alguna un deterioro a la calidad de vida de estos pacientes.

Tratamiento Médico³⁷

Hace parte del tratamiento farmacológico, la razón por las que el usuario debe tomar medicamentos durante la hemodiálisis, es que además de impurezas se pierden sustancias que le son útiles al organismo, tales como vitaminas y minerales. Algunos de los más usados son:

1. Acido fólico: ayuda a madurar los glóbulos rojos.
2. Fumarato ferroso: hierro.
3. Hidróxido de aluminio: necesario para que no se absorba el fósforo en el intestino.
4. Calcio: necesario para huesos y dientes.
5. Sulfato sódico de poliestireno: permite la eliminación del exceso de potasio.
6. Calcitriol: es vitamina D, que permite usar mejor el calcio.
7. Metoclopramida: alivia náuseas y vómitos.
8. Atenolol, enalapril, nifedipina, prazosin: para bajar la presión arterial.

Es importante para conocimiento del paciente el motivo por el cual toma cada uno de los medicamentos, lo cual le suma importancia a su salud ya que estos viven en una situación especial de dependencia de la maquina, del tratamiento y del

³⁷ <http://cariari.ucr.ac.cr/~patologi/hema.html>

personal que les atiende. La adaptación al tratamiento depende de múltiples factores; personalidad previa, ayuda familiar y social, el curso de la enfermedad, etc.³⁸

Los pacientes con IRC presentan múltiples patologías asociadas, algunos de ellos de edad avanzada, por lo que precisan muchos fármacos para su tratamiento. Suelen ser pacientes con un mal cumplimiento producido por una falta de información y/o comprensión sobre el tratamiento farmacológico, por la cronicidad y la pluripatología que favorece la desmotivación del paciente y también por el hecho que se da en estos pacientes de incumplir el tratamiento cuando se encuentran controlados y creen estar mejor.³⁹

Anna Vilas, un el estudio realizado en Barcelona (España) en el año 2007, concluye que los pacientes en hemodiálisis no son buenos cumplidores, estos se debe a que la mayoría de errores se debe a la falta de información de los usuarios y que para mejorar estos resultados se requiere insistir en un refuerzo informativo . educativo.⁴⁰

Existen a su vez diferentes tipos de errores en el cumplimiento farmacológico del paciente en hemodiálisis, ya sea por exceso, por defecto o por administración errónea de los mismos⁴¹.

Las conductas de estas personas son fundamentales, tanto por sus respuestas emocionales, sociales y laborales ante la enfermedad misma, como por el grado de colaboración prestada al régimen terapéutico⁴².

³⁸ MASSON . Little, Daugirdas y Toda. Manual de Diálisis. Brown.1996

³⁹ GARCÍA P. ¿Cómo Diagnosticar el Cumplimiento Terapéutico en Atención Primaria? Medicina de Familia (And) Vol. 1. NFL, Junio 2000 Pág.: 13- 19.

⁴⁰ VILAS Rivares Anna, Mañe N. Análisis del Cumplimiento Farmacológico de los Pacientes en Hemodiálisis. Enero - Octubre Pág.: 147 - 156

⁴¹ Ibíd.

En el estudio realizado por Carolina Cepeda, en Chile, uno de los aspectos importantes encontrados en este, el 50% de los encuestados muestran total o alta adherencia al régimen de medicamentos.

Adicional a el tratamiento farmacológico del paciente crónico renal, se encuentra el seguimiento que este le dé a las recomendaciones por parte del personal medico y de enfermería, la asistencia de la citas para el control de la enfermedad y a las sesiones de terapia de reemplazo renal. La adherencia o cumplimiento terapéutico puede ser considerado como la aceptación por parte del paciente al consejo ofrecido.

Para Haynes⁴³, es el grado en el cual la conducta de una persona (en termino de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida), coincide con las recomendaciones medico o higiénico . sanitarias. Sin embargo otros autores, el termino adherencia implica la aceptación pasiva de lo que el profesional define como bueno para el paciente, por lo que prefieren utilizar el termino %adherencia terapéutica+ y conlleva a la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la ejecución de una orden terapéutica.

Desde el modelo biomédico entenderemos cumplimiento (compliance) a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscriciones del profesional de la salud. Así, el paciente cumple un rol pasivo, donde sigue los consejos y directrices del profesional de salud.

⁴² CEPEDA, C. Locus de Control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal cronica. Rev. Ciencia psicológica Vol. 1, Nº 1, 2007

⁴³ ARRAZOLA Saniger, M; Lerma García, D, Atención de Enfermería en el cumplimiento terapéutico. Rev. Rol Enfermería Diciembre 2002; Vol. 25, Pág.: 70-74

5.8 Dimensión de los Cuidados con el Acceso Venoso

Antes de hablar de adentrarse en la dimensión de los cuidados del acceso venoso es necesario hablar de la hemodiálisis.

HEMODIALISIS

La hemodiálisis es un método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua en exceso cuando los riñones son incapaces de esto. Es una forma de diálisis renal y es por lo tanto una terapia de reemplazo renal⁴⁴, se hace por lo general en una institución dedicada, en hospitales o en clínicas con enfermeras y técnicos especializados en ésta.

Funciona como un filtro formado por varios miles de fibras de celofán, las que tienen pequeños orificios microscópicos, que permiten que el exceso de agua e impurezas salgan de la sangre y pasen a la solución dializante, cuando la sangre del usuario pasa a través de ellos.⁴⁵

Para realizar hemodiálisis se necesita la máquina, la solución dializante, el filtro, un medio para conectar el usuario a la máquina (fístulas arterio-venosas). El tratamiento se realiza generalmente tres veces por semana y con una duración de tres horas, siendo valorado por el médico previamente, el que según los siguientes criterios da la indicación del mismo:

- cuánto líquido se ha acumulado entre cada hemodiálisis,
- cómo se siente el usuario,
- qué indican las pruebas de sangre.

⁴⁴ Hemodiálisis - Wikipedia, la enciclopedia libre.htm

⁴⁵ <http://cariari.ucr.ac.cr/~patologi/hema.html>

La hemodiálisis no cura los riñones, de ahí la importancia de cumplir con el tratamiento estipulado. El procedimiento no es doloroso, pero existen razones que pueden hacer sentirse mal cuando se está conectado a la máquina, por lo que siempre debe avisar si siente: náuseas, mareos, ruido en los oídos, debilidad, calambres musculares, dolor en el pecho, escalofríos, calor, frío, visión borrosa o cualquier sensación extraña.

Debido a que los riñones ya no cumplen con su función normal de eliminación de aquellas sustancias nocivas y que en las salas de hemodiálisis esta se reemplaza, es casi una obligación para los pacientes la asistencia a estas sesiones, las cuales se desarrollan cada día de por medio en periodos de 4 a 4 horas y media. La inasistencia a estas sesiones puede repercutir desfavorablemente en la salud del paciente, encendiéndose las señales de alarma de la insuficiencia renal.

En un estudio por Carolina Cepeda⁴⁶, señala que de los 20 pacientes correspondientes al total de la muestra encuestada, el 95% han asistido puntualmente a las sesiones de hemodiálisis en un ciclo de un mes.

Vías de Acceso para Usuarios en Hemodiálisis

Para poder purificar la sangre debe haber una manera de conectarle a la máquina, las vías de acceso son el medio para lograrlo y se usan las siguientes: Fístula arterio-venosa interna, fístula arterio-venosa externa y catéter subclavio.⁴⁷

⁴⁶ CEPEDA, C. Op. Cit. Pág. 37

⁴⁷ CEBALLOS M, López-Revuelta K, Saracho R, García F, Castro P, Gutiérrez JA, et al. Informe de diálisis y trasplante correspondiente al año 2002 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros autonómicos. Nefrología 2005; pág. 25

Para llevar a cabo una diálisis eficaz, se necesita un acceso vascular en buenas condiciones que ofrezca las mayores garantías de funcionalidad. La infección del acceso venoso es una complicación común en los pacientes en diálisis, pero es a la vez evitable con unas buenas prácticas higiénicas, acompañado de una serie de cuidados generales básicos.

El adiestramiento en la detección de las alteraciones de la piel en los pacientes renales es de gran ayuda para el personal de enfermería, por la cantidad de datos que ofrece sobre el estado del paciente y para la puesta en marcha de cuidados para aliviar la alteración del bienestar físico y emocional que producen.⁴⁸

Fístula arterio-venosa interna

Consiste en la unión de una arteria con una vena gruesa mediante una sencilla operación. Como resultado de eso, las venas del brazo se hacen más gruesas debido al flujo continuo de sangre. Puede usarse luego de un mes de estar funcionando. Cuando tiene la fístula instalada en el brazo, no debe usar reloj ni pulseras en el mismo, ni llevar cartera o sombrilla ni usar mangas apretadas u otra cosa estrecha que le apriete; no debe permitir que le tomen exámenes de laboratorio, la presión arterial o le apliquen inyecciones en dicho brazo.⁴⁹

Fístula arterio-venosa externa

Consiste en la introducción de una cánula en una arteria y otra en una vena, colocada por un cirujano, se puede usar de inmediato. Se mantienen cubiertas con gasa limpia. Los cuidados a tener son: no tocarla, no mojarla, no permitir que la

⁴⁸ BLAWAT, S; Banks, P. Tacto Recorfontante. Rev Nursing Edición Española. 1997, 24 -26

⁴⁹ CEBALLOS M, López-Revuelta K, Saracho R, García F, Castro P, Gutiérrez JA, et al. Informe de diálisis y trasplante correspondiente al año 2002 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros autonómicos. Nefrología 2005; pág. 25

cánula se doble, no dejar que saquen muestras de sangre de ese brazo, ni tomen la presión arterial, ni apliquen inyecciones, ni se debe usar cosas ajustadas.⁵⁰

Catéter subclavio

Consiste en un catéter que coloca el médico en una vena localizada cerca del cuello a nivel del hombro, puede usarse de inmediato. Los cuidados a tener son: no tocar, ni mojar, ni descubrir.⁵¹

Como anteriormente fue expuesto, el acceso venoso es el puente que existe entre la máquina dializadora y el paciente, de este depende que las condiciones sean favorables para que se ejecute una hemodiálisis adecuada, una de las tareas primordiales a la hora de la educación del paciente renal se centra en el cuidado físico del acceso venoso, que envuelve las técnicas de autocuidado que deben tener los pacientes con su respectivo acceso en sus hogares para mantener permeable y activo este puente durante el tiempo más prolongado posible, evitando también las infecciones generadas por el descuido de estos, haciendo de la enfermera un ente significativo de educación para los pacientes hemodializados.

En el estudio sobre los cuidados de la piel en los pacientes en hemodiálisis, por Lerma García⁵², se obtuvo que el tipo de acceso vascular que portan es fistula arteriovenosa externa un 61,53%, Catéter Bipolar el 28,86% y prótesis un 9,61%. el 87,5% de los pacientes protegen el catéter con una toalla doblada sobre el acceso y el 12,50 lo protegen cubriéndose con una bolsa de plástico. En cuanto a los pacientes con fístula no suelen proteger el acceso durante el aseo. El 16,21% lavan el acceso con agua y jabón antes de la sesión de diálisis.

⁵⁰ *Ibíd.* Pág. 25

⁵¹ *Ibíd.* Pág. 25

⁵² GARCÍA Lerma, Barragán Arnau. Los Cuidados De La Piel En Los Pacientes En Hemodiálisis. Vol. 6 Octubre . Diciembre 2005

5.9 Dimensión De La Dieta De Protección Renal

Generalmente la dieta se basará en disminución de sodio, potasio, proteínas y agua.⁵³

Sodio

La mayor cantidad proviene de la sal de mesa y el sodio hace que se acumule más líquidos en los tejidos. Algunos alimentos que contienen sodio son: embutidos, alimentos procesados, salsas, comida enlatada, consomé, carnes ahumadas.⁵⁴

Potasio

El comer alimentos altos en potasio puede causar irregularidades en el ritmo del corazón o paro cardíaco. Algunos alimentos que lo contienen son: aguacate, ciruelas, chocolates, frijoles, plátanos, cítricos, zapote, melón, jugos enlatados, levaduras, hongos, berros, higos, espinacas, repollo.

Proteínas

Son necesarias para reparar tejidos y para formarlos. Se encuentran en alimentos de origen animal, leche y sus derivados, carnes, pescado y huevos. Al no poder el riñón manejar grandes cantidades de proteínas, se forma un compuesto conocido como urea, que se acumula en la sangre y da problemas como: náuseas, vómitos, picazón, trastornos mentales.

Agua

Si el riñón no funciona bien, no elimina el exceso de agua, el que se acumula en los tejidos, manifestándose a través del aumento de peso, dando una serie de

⁵³ <http://cariari.ucr.ac.cr/~patologi/hema.html>

⁵⁴ *Ibíd.* Pág. 30

problemas como: falta de aire, tos, angustia, edema de pies. Las frutas contienen mucha agua, por lo que es necesario restringir su ingesta.

Recomendaciones al Usuario el Manejo en Casa

1. El plan alimentario debe ser bajo en sodio, potasio, proteínas y agua.
2. El volumen de líquido por consumir debe ser semejante al volumen de orina en el día.
3. Si no orina nada, debe restringir el consumo de líquido a 500 - 800 ml. por día (2 a 3 vasos de líquido).
4. Cuando presenta problemas digestivos como poco deseo de comer, náuseas, hipo o vómitos debe seguir las indicaciones siguientes:
 - Debe evitar llenarse demasiado.
 - Fraccionar la comida a 6 veces al día, poca cantidad.
 - Consumir líquidos separados de los sólidos.
5. Aumentar las calorías.
6. Condimente los alimentos con especias naturales.

Alimentos permitidos

La dieta del paciente renal requiere una serie de restricciones debido a la facilidad de acumulo de sustancias nocivas en la sangre, por lo cual es necesario el paciente sepa que alimentos puede consumir, la siguiente es una lista de los alimentos que pueden hacer parte de su dieta:

- Grasas: aceite, manteca.

- Azúcares: azúcar, miel, jaleas naturales. (En los casos donde el paciente no sufra de Diabetes)
- Harinas: arroz, pan sin sal, pastas, tortillas, maizena, yuca, papa.
- Verduras: coliflor, pepino, berenjena, lechuga, ayote, espinaca, nabos. remolachas, brócoli, mostaza, rábano, espárrago, zanahoria.

Son muchos los estudios realizados sobre la dieta de protección renal que debe llevar los pacientes, pero muy pocos los que se han hecho teniendo en cuenta los factores socio - culturales del paciente. Santa Marta, es una ciudad costera con una temperatura que oscila entre 32 . 23 °C, y entre sus actividades económicas esta el turismo, el comercio, la actividad portuaria y la pesca, en ese mismo orden. La producción de banano, producto del que en gran parte dependió no solo la ciudad si no todo el departamento. Con respecto a lo anterior se puede decir que el calido clima pude repercutir en el consumo hídrico de los pacientes renales como lo es también la alimentación a base de banano el cual es fuente rica de potasio. Repercutiendo negativamente en su dieta y a la vez en contra de los factores culturales del que se encuentra rodeado.

En un diagnostico asistencial y comportamental de los pacientes en hemodiálisis se pudo determinar que el 70% de los pacientes reconoce la importancia de la dieta aunque saben no cumplirla estrictamente, solo un 25% cumplen con la dieta y el 5% no reconocen la importancia de la misma, no cumpliéndola. En cuanto al cumplimiento de la dieta baja en sodio el 70% cumple la dieta, el 16% reconoce cumplirla a medias y el 14% reconoce no cumplir la dieta.

5.10 Dimensión De Actividad y Ejercicio/ Sueño Descanso

La dependencia de la hemodiálisis no debe interferir con el modo de vida del paciente. Puede llevar a cabo algún trabajo, que no implique mucho esfuerzo, realizar actividades menores y vivir una vida familiar lo más normal posible.

Hacer ejercicio físico mejora la circulación del paciente y lo hace sentir mejor. El paciente puede realizar pequeñas caminatas, de manera que no se fatigue mucho. Una manera podría ser el efectuar visitas a familiares para distraerse un poco.

Debe tomar en cuenta que necesita momentos de descanso que el organismo le pida.

Según Buitrago⁵⁵, los pacientes encuestados en un estudio sobre las capacidades físicas del paciente en hemodiálisis, se pudo determinar que el 40% de los pacientes refieren sentirse con poca energía para realizar sus actividades, además que el 87% de los pacientes no realizan ningún ejercicio físico como hábito de salud. Concluyendo que pocos de los pacientes en HD practican actividades saludables como el ejercicio físico para el mejoramiento de su salud.

5.11 Dimensión De Los Aspectos Psicosociales

El hecho de padecer cualquier patología, en cualquier estadio del ciclo vital de una persona, lesiona no solo la parte física, sino la psicológica, ya sea al estar privado de lo cotidiano, de la usual vida social, por encontrarse hospitalizado en una institución de salud o por tener que seguir prescripciones medicas debido a una enfermedad crónica como lo es en el caso de la IRC.

⁵⁵ BUITRAGO D. Capacidades físicas del Paciente en Hemodiálisis. Rec Cubana Enfer. V 23 n 1. Cuba ener . marzo 2006.

No sorprende el tipo e intensidad de la sintomatología (depresión, angustia, regresión) si se considera el conjunto de situaciones traumática que constituyen y acompañan a la enfermedad urémica: daño corporal sistémico, pérdidas orgánicas, funcionales y vitales, terapias agresivas, dolores múltiples (físicos, psíquicos y morales), hospitalizaciones frecuentes y riesgo de muertes. A todos estos se suman los efectos de fantasmaticación y el entrecruzamiento de estas situaciones en el imaginario de los pacientes.⁵⁶

Un usuario rehabilitado es aquel que tiene aceptación completa del tratamiento y de todas sus implicaciones. El ha aprendido a vivir con su imagen corporal deficiente, con su situación renal, con su fístula y ha aprendido a aceptar que su situación no es reversible.

La velocidad con que la rehabilitación emocional se consigue depende de la buena orientación del tratamiento y los factores psicológicos siguientes:⁵⁷

1. La personalidad, madurez social, inteligencia y la sensibilidad de cada usuario.
2. Antecedentes de su enfermedad.
3. La facilidad con que el usuario vuelve a su empleo o consigue otro o, en caso de una madre, la responsabilidad que tenga con sus hijos.
4. La unión del usuario con su familia y las relaciones de éste con otras personas.
5. Las actividades del equipo médico y de enfermeras para con el usuario.
6. El deterioro o rehabilitación que el usuario observe de sus compañeros.

⁵⁶ Nefrología Pediátrica. G. Gordillo Paniagua. Interamericana Mc Graw Hill. Quinta Edición 1995. Pág. 465 . 481.

⁵⁷ <http://cariari.ucr.ac.cr/~patologi/hema.html>

7. La ayuda económica con que cuenta para la hemodiálisis.

Louro Bernal⁵⁸, plantea que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños.

Es en este instante donde el tener que coexistir con estados de padecimiento, en la colectividad de los procesos, originan cambios en los relaciones que desempeñan, en especial el laboral y en la casa, porque demandan un soporte y un apoyo continuo que se afilia, de manera directa, al nivel de disfunción en que se hallan y porque tiende a irrumpir mas tiempo en el hogar, con frecuencia apreciando el aislamiento social y la intranquilidad por el impacto que su situación genera en la familia.⁵⁹

Agregando a lo anterior podemos citar el artículo escrito por Pinto (2004)⁶⁰ donde analiza que la cronicidad en los adultos se ha identificado como un problema grave en los países desarrollados como en vía de desarrollo. En nuestro medio, la incidencia de la cronicidad es alta y algunos investigadores consideran que una de cada 10 familias convive con un familiar en esta situación y el número de enfermedades crónicas sigue en aumento. Conviene subrayar que la esperanza de vida de las personas con enfermedad crónica es cada día mas alta, puesto que las nuevas tecnologías y los sistemas de salud permiten un mayor control de las enfermedades, conllevando a complicaciones en la calidad de vida de las

⁵⁸ BERNAL L. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Público. 2003; 29 (1): 48 - 51.

⁵⁹ BORNACELLI, L. Op. Cít. Pág. 19

⁶⁰ PINTO A. Natividad. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de adultos. Universidad Nacional de Colombia Avances en Enfermería. Volumen XXII N° 1 Enero . junio 2004. pág 54-60

personas y sus grupos familiares, impactando en la vida cotidiana, generando alteraciones en el sueño y el descanso, estrés, depresión y tristeza, a la vez que mantienen la esperanza de contar con unas mejores condiciones que permitan apoyar y aliviar al ser querido.

La sociedad latinoamericana de Nefrología (2001) ⁶¹, indica que la persona con IRC no requiere ayuda de su familia para lograr la adaptación a la enfermedad y la adherencia al tratamiento; sin embargo el sentirse dependientes no es muy satisfactorio para algunos de los pacientes ya que sienten que se convierten en una carga para su familia.

La familia y los amigos cercanos son de vital importancia en el apoyo afectivo-emocional a la persona que está padeciéndola enfermedad. Mantenerse atento y alerta a las necesidades de información, reconocimiento y amor expresados en forma directa o indirecta, son claves importantes de apoyo. Permitirle al paciente expresar sus sentimientos y emociones con libertad, con aceptación y sin censura ni juicios de valor, le darán una oportunidad de desahogar tensiones y preocupaciones relacionadas con la enfermedad.⁶²

⁶¹ MAZZUCHI N, Op. Cit. Pág 32

⁶² RIVAS, A. Op. Cít. Pág. 19

DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo De Investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo porque pretende plantear el autocuidado que presentan los pacientes con IRC en terapia de reemplazo renal en siete dimensiones que son: necesidades básicas, manejo de la salud, cuidados con el acceso venoso, dieta de protección renal, actividad - ejercicio, sueño - descanso y entorno psicosocial.

6.2 Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es de tipo Transversal porque pretende recolectar datos a través de una encuesta en un solo momento, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación.⁶³

6.3 Universo

Esta constituido por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica diagnosticada y aguda, que asisten a las diferentes instituciones de salud en la ciudad de Santa Marta

6.4 Población

Esta determinada por los pacientes con insuficiencia renal crónica asistentes a las sesiones de hemodiálisis mayores de 18 años que asisten a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009. El cual esta representado por 83 y 22 pacientes respectivamente para un total de 105 pacientes.

⁶³ DAWSON-SAUNDERS, B y Trappe R. Bioestadística medica, segunda edición, Universidad Nacional Autónoma de México, 1999, pág. 10

6.5 Muestra

Se determinara mediante una muestra aleatoria simple en pacientes que han sido diagnosticados con Insuficiencia renal Crónica y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. El valor de n indica el numero de encuestados que se necesitan, para tener una información confiable respecto de las técnicas deficientes de autocuidado. Teniendo el tamaño de la población (105 pacientes), la fórmula arroja un resultado que corresponde a una muestra de 82 pacientes por encuestar.

6.6 Criterios De Inclusión Y Exclusión

6.6.1 Criterios De Inclusión

- Pacientes con Insuficiencia Renal crónica que asisten al servicio de hemodiálisis en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009; los cuales deben ser mayores de 18 años.
- Usuarios que acepten participar verbalmente en la investigación
- Usuarios que no posean problemas de salud mental evidenciada en la historia clínica.

6.6.2 Criterios De Exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con insuficiencia renal aguda
- Pacientes con otro tipo de tratamiento diferente a la hemodiálisis
- Pacientes que por su condición no pueda expresarse

6.7 Sesgos Que Se Pueden Presentar

6.7.1 Observador

- Que la enfermera no logre abordar al paciente para que la información dada sea verás y confiable para medir el autocuidado.
- Que el tiempo dedicado por cada paciente para la explicación y aplicación del instrumento no sea el suficiente y evite la comprensión del instrumento por parte del mismo.

6.7.2 Observado

- Que el paciente no de su consentimiento o que desista del estudio.
- Que el paciente mienta para ser valorado positivamente por el personal sanitario.

6.8 Descripción Del Instrumento Utilizado

La información se obtendrá directamente de datos suministrados por los pacientes, a través de una entrevista individual mediante la implementación de un formulario por ser el más adecuado para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información sobre el nivel de autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta.

Previamente se elaboro una prueba piloto en pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión e igual patología en la Unidad Renal ubicado en el Hospital Universitario Fernando Troconis en el primer piso de dicho hospital el cual se encuentra situado en la Calle 23 Cra. 14 Esquina, la entrevista duro aproximadamente entre 20 . 25 minutos por paciente; se procesaron los datos obtenidos por medio del software SPSS, con una validación cronbach's alpha de 94,3%. Lo que permite la aplicación del Instrumento.

El instrumento llamado "ESCALA SOBRE LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO"⁶⁴ (ANEXO 1), fue tomado y adaptado para el presente estudio, a su vez consta de las siguientes partes: el título del estudio, la introducción, donde se encuentran los objetivos y alcances de la investigación, datos generales y de identificación en los cuales se determina la edad, sexo, grado de instrucción del paciente, y finalmente el contenido que recoge los datos para determinar el autocuidado en los pacientes encuestados, el formulario esta estructurado según las dimensiones e indicadores previamente operacionalizadas que en conjunto consta de 28 preguntas cerradas con alternativas múltiples y agrupadas por patrones (necesidades básicas, manejo de la salud, cuidado con el acceso vascular, dieta de protección renal, actividad y ejercicio, sueño descanso y entorno psicosocial).

6.9 Instrumento de Recolección y Análisis

El presente estudio sobre la aplicación de la teoría del autocuidado según Dorotea Orem a pacientes con insuficiencia renal crónica en dos unidades renales de la

⁶⁴ AVILEZ V; Martínez A. "Proyecto de Vida en Pacientes Hipertensos y Diabéticos Del Grupo GAM+ Diplomado en Tanatología. Guanajuato, México. 2007

ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009 se realizara en pacientes que se encuentren en esta situación de cronicidad.

La Fundación Renal De Colombia se encuentra ubicada en la Av. Del Libertador N° 15 . 24 y la Unidad Renal Del Magdalena Ltda. en la Calle 22 N° 14 . 60.

Previo a la recolección de los datos se realizo las respectivas reuniones con los coordinadores y jefes de las diferentes instituciones involucradas.

La recolección de los datos se realizo desde el 27 de febrero al 7 de marzo del 2009, de lunes a domingo en los turnos de la mañana y la tarde, el instrumento fue aplicado a un total de 82 pacientes según los criterios de inclusión y exclusión del trabajo. La entrevista duro aproximadamente entre 25 . 30 minutos por paciente.

El procesamiento de los datos se realizara en función a la escala de medida usada por cada ítem por computadora a través del programa Microsoft Excel de la siguiente manera: se sitúan los puntajes obtenidos en la hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para las variables como para las dimensiones consideradas en el estudio, cuya puntuación para cada una de las respuestas fueron clasificadas mediante las siguientes categorías:

4= Siempre

3= Casi Siempre

2= Casi Nunca

1= Nunca

Puntaje máximo del instrumento: 112

Puntaje mínimo del instrumento: 28

Luego estos se clasificaran estadísticamente, en tres niveles de capacidad: **Adecuados, Regulares y Deficientes.**

En este también se describen variables sociodemográficas como son edad comprendida en tres categorías: de 18 . 33 años como adultos jóvenes, 34 . 65 años adulto medio y por encima de 66 años adultos mayores. La variable de diferencia de genero como masculino (M) o femenino (F), Otra de las variables es el grado de instrucción en la cual incluyen, primaria, secundaria, estudios técnicos, universitarios y sin ningún nivel educativo.; El tipo de acceso venoso por el cual recibe la terapia de reemplazo renal sea fístula o catéter subclavio.

El nivel de autocuidado de la variable se determino de la siguiente manera los valores comprendidos entre 88 . 112 como **Adecuadas** (el paciente se ajusta o acomoda a las condiciones o circunstancias que su enfermedad le exige), los valores comprendidos entre 66 . 87 como **Regulares** (el paciente cumple con las condiciones o circunstancias, sin embargo estas no son completamente suficientes y son cambiantes) y los valores comprendidos entre 28 . 65 fueron considerados como **Deficientes** (que el paciente no cumple con su autocuidado o no alcanza un nivel mínimo para llevarlo).

En cuanto a la dimensión de necesidades básicas el nivel de autocuidado se determino como **Adecuadas** con valores comprendidos entre 6 . 8, como **Regulares** entre 3 -5 y **Deficientes** entre 1 . 2. En la dimensión del manejo de la salud se determino como **Adecuadas** con valores comprendidos entre 22 . 28, como **Regulares** entre 17 -21 y **Deficientes** entre 7 . 16. Respecto a la dimensión de los cuidados con el acceso venoso se determino como **Adecuadas** con valores comprendidos entre 13 . 16, como **Regulares** entre 10 -12 y **Deficientes** entre 4 . 9. En cuanto a la dimensión de la dieta de protección renal se determino como **Adecuadas** con valores comprendidos entre 13 . 16, como **Regulares** entre 8 -

12 y **Deficientes** entre 4 . 7. Con respecto a la dimensión de actividad y ejercicio se determino como **Adecuadas** con valores comprendidos entre 9 . 12, como **Regulares** entre 6 - 8 y **Deficientes** entre 3 . 5. En la dimensión de sueño - descanso se determino como **Adecuadas** con valores comprendidos en 4, como **Regulares** en 3 y **Deficientes** menores de 2. y por último en la dimensión del entorno psicosocial se determino como **Adecuadas** con valores comprendidos entre 22 . 28, como **Regulares** entre 17 -21 y **Deficientes** entre 7 . 16.

Una vez obtenida la información, se procedió a tabular los resultados obtenidos mediante la hoja de cálculo llamada Excel y expuestos a través gráficos de torta y de barra. Los gráficos tendrán como título la pregunta de la encuesta y se medirán según los datos interpretados en porcentajes.

En cuanto a la información de los antecedentes, esta se investigo en la Web, desde estudios en Europa y América Latina y en bibliografía obtenida en la biblioteca de la Universidad del Magdalena.

6.10 Consideraciones Éticas

Esta investigación se considera de mínimo riesgo por cuanto los pacientes objeto de estudio sólo tendrán que responder unas preguntas sobre la percepción que estos tienen a cerca de los cuidados que reciben de las enfermeras. A la vez, se rigió por la resolución 0348 de 1993 en la que se establece las normas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se respetará si el paciente no desea participar de la investigación. No se suministrarán datos de identificación de los pacientes que fueron estudiados en la investigación

La práctica de la profesión de la enfermería determina el ejercicio de muchos roles y se basa en la conservación de diferentes principios entre los más importantes encontramos para la realización de esta investigación el principio de:

Beneficencia: ya que con el presente estudio se pretende identificar las falencias de autocuidado en los pacientes en su situación crónica con el propósito de hacer el bien al paciente.

El secreto Profesional: Las encuestas realizadas omiten el nombre del paciente para salvaguardar la integridad del paciente y evitar así el compromiso personal del paciente con el presente estudio.

Respeto: Se incluyen también aquellos pacientes que decidan participar o no en el estudio en consideración de su situación.

Confidencialidad: Se incluyen aquí los aspectos sobre los datos recogidos que no serán divulgados o publicados y que solo serán de uso para la ejecución del estudio.

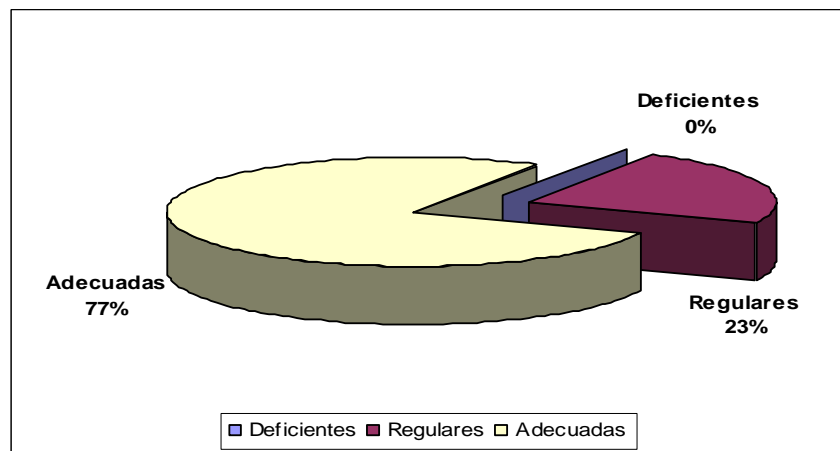
7. RESULTADOS Y DISCUSION

La evaluación del autocuidado en pacientes con Insuficiencia renal crónica se realizó en la Unidad Renal del Caribe y la Fundación Renal de Colombia.

Nivel de Autocuidado Global de los Pacientes que asisten a Hemodiálisis en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En cuanto al nivel global de autocuidado del paciente los cuidados suministrados por si mismo tenemos que del 100% de los pacientes el 77% (63 pacientes) tiene un adecuado nivel de autocuidado, seguido de un regular nivel de autocuidado que corresponde al 23% (19 pacientes) y correspondiente a un autocuidado deficiente tenemos un 0% de la población. (Figura 1).

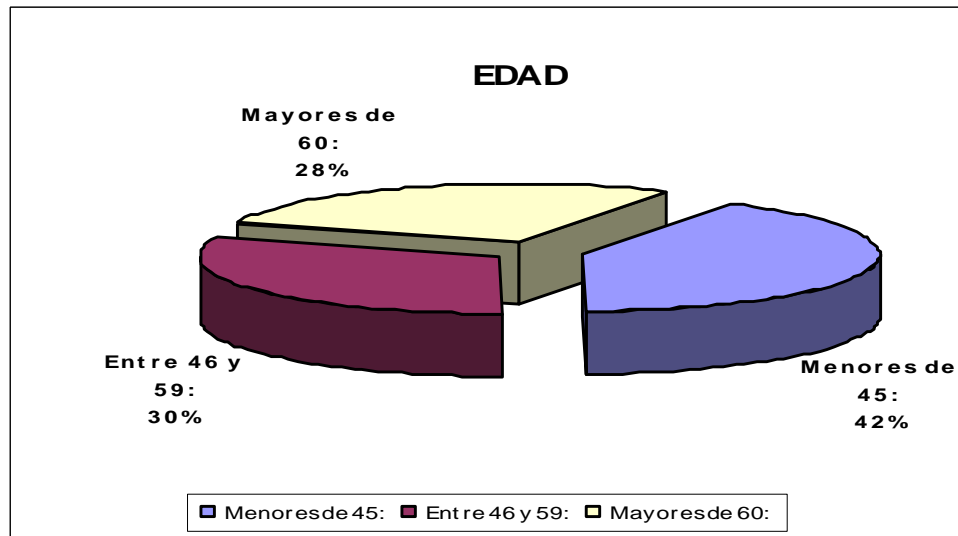
Figura 1. Nivel de Autocuidado Global de los Pacientes que asisten a Hemodiálisis en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

DESCRIPCIÓN DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Figura 2. Usuarios de las Unidades de hemodiálisis según la edad. Santa Marta 2009.

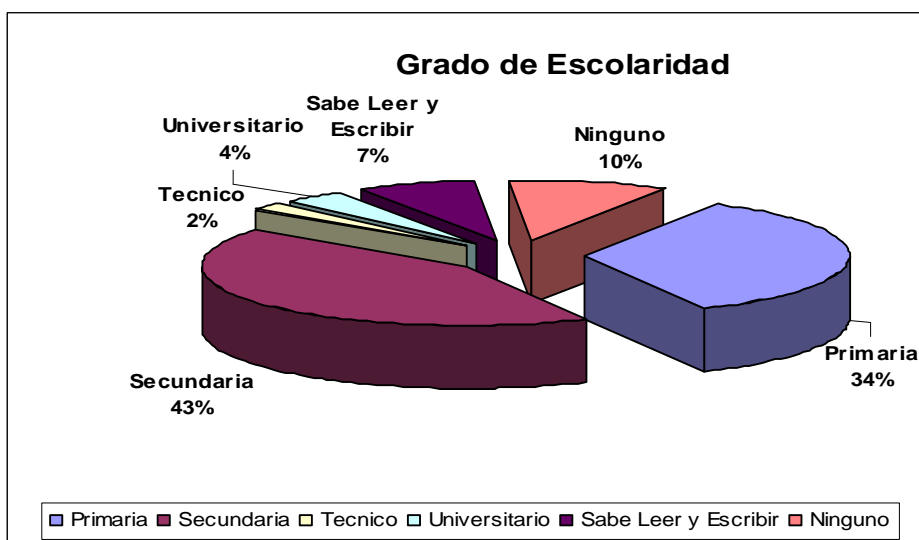


Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

En este aspecto, el 42% (34 pacientes) lo representa las edades de menor de 45 años, esto muy relacionado con las estadísticas mundiales que demuestran que la IRC se presenta con mayor prevalencia en la edad adulta⁶⁵, concluyendo que la enfermedad es padecida cuando el paciente se encuentra en la etapa más productiva, generando limitaciones a la hora de conseguir trabajo, algunas veces aislamiento social, al llevar el sustento a sus familias, sin excluir que es la etapa donde el paciente tiene más anhelos de cumplir metas, trazadas o formar una familia, sin embargo en cuanto a sus condiciones físicas en esta edad puede ser capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. (Figura 2)

⁶⁵ Encuesta Nacional Estadounidense de Análisis de Salud y Nutrición (NHANES III y NHANES 1999-2000)

Figura 3. Usuarios de las Unidades de Hemodiálisis Según Grado de Instrucción. Santa Marta, 2009

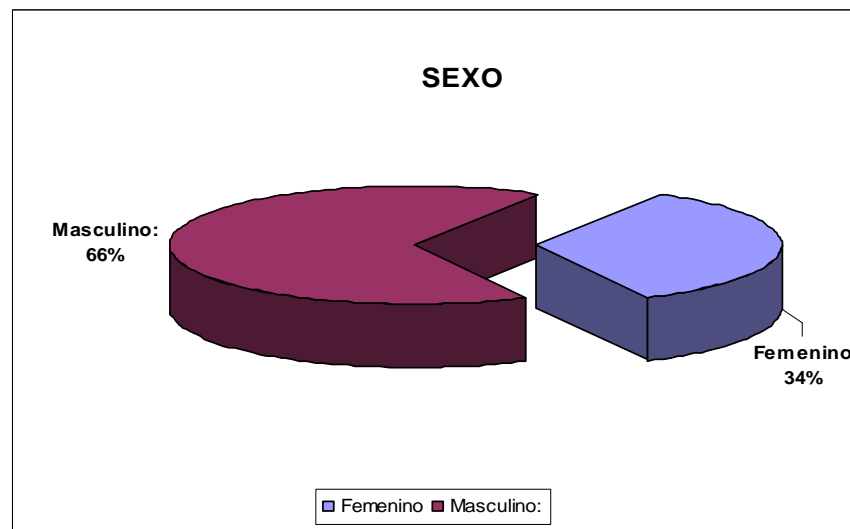


Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

En cuanto al nivel de instrucción del 100% de los pacientes encuestados, el 43% (35 pacientes) tiene un grado de instrucción de educación secundaria, siendo este el porcentaje más alto. Similar a los datos obtenidos por la UNESCO, América del Sur, junto con Europa quienes tienen el mayor porcentaje de matriculaciones en este nivel de enseñanza. El nivel de conocimientos viene de la mano con la comprensión de las complicaciones de las enfermedades y el interés por actualizarse para tener un mejor hábito de autocuidado. Por otra parte, comparado con el estudio realizado por Bornacelli, se observa que el 32% de las personas con IRC tienen el bachillerato incompleto y el 21% la primaria incompleta, arrojando datos similares. Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (HD) tienen un contacto mínimo habitualmente de tres veces por semana con el personal de enfermería, y en las sesiones de diálisis, además de la

parte técnica, también se debe realizar una labor educativa continua de los pacientes que permita la comprensión de su situación. (Figura 3).

Figura 4. Usuarios de las Unidades de hemodiálisis según la Distribución de Sexo Santa Marta 2009.



Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

En lo concerniente al sexo de los 82 entrevistados, el mayor porcentaje son de sexo masculino 66%. (54 pacientes) situación que no está muy lejos de la realidad ya que la incidencia y prevalencia de IRC es más alta en hombres que en mujeres, según el registro Latinoamericano de diálisis y transplante descrito por Mazzuchi (2001)⁶⁶ Con respecto a la investigación realizada por C. Martínez y E.

⁶⁶ Mazzuchi N, Fernández-Cean JM, Schwedt E, González-Martínez F. Tablas de Mortalidad y de Tiempo de Hospitalización para comparar las tasas locales con las tasas Latinoamericanas. Nefrología Latinoamericana 4, 1997. p.184-192,.

morales en Madrid, (España)⁶⁷ , se reafirma que el número de pacientes encuestados en ese estudio esta representado en un porcentaje del 58% predominado por el género masculino. Se evidencia que el sexo masculino padece en mayor numero la enfermedad renal crónica con respecto al sexo contrario. De lo anterior se puede concluir que siendo el hombre la cabeza de la familia, pueden verse limitados los ingresos y el sustento de la misma o en su defecto ser la madre quien busque el sustento del hogar. (Figura 4).

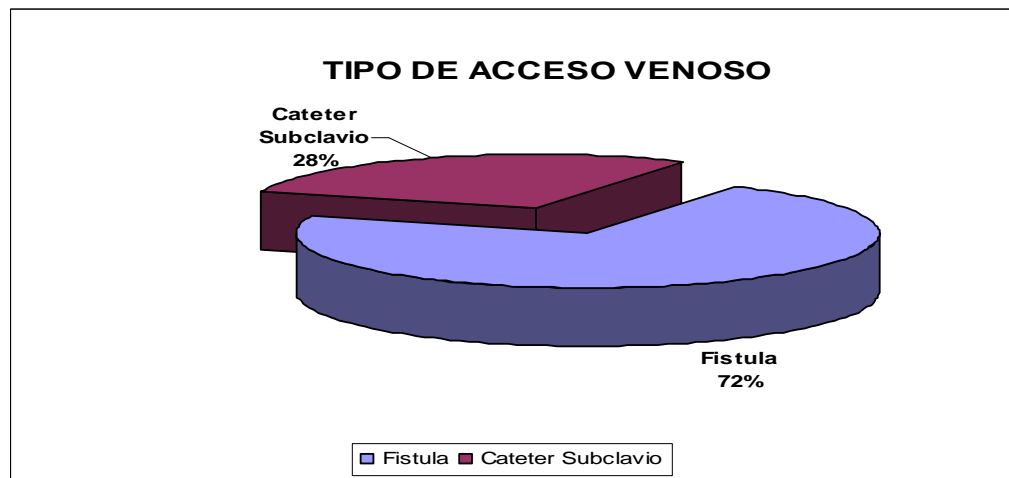
Descripción de Aspectos Clínicos

En cuanto al acceso venoso del 100% de los pacientes encuestados, el 72% (59 pacientes) tiene una fístula. (Figuras 5). De los datos encontrados por Lerma⁶⁸, el porcentaje de F.A.V es de un 61,53%. Reconocidos como el método de acceso mas adecuado por la disminución de casos de infección en los pacientes, caudales mas altos de sangre (diálisis mas eficaz) y una incidencia mas baja de trombosis.

⁶⁷ MARTÍNEZ C, Morales E. Rodríguez A, Orzasez M. Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta de protección renal en pacientes con insuficiencia renal crónica: estudio previo para la elaboración de una guía dietética. Rev. Nutrición Hospitalaria. 2006;21 (2): 145 . 154

⁶⁸ GARCÍA, L. Op. Cit. Pág. 50.

Figura 5. Usuarios según el Tipo de Acceso Venoso. Santa Marta 2009.



Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

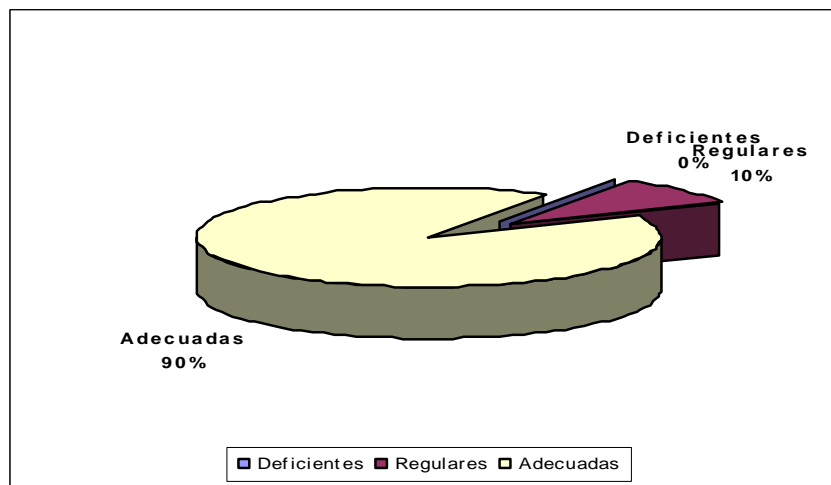
Nivel de Autocuidado respecto al cumplimiento de las necesidades básicas según los pacientes en dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

Respecto a el autocuidado de los pacientes en la dimensión de necesidades básicas el 90% (74 pacientes) de estos tienen un adecuado autocuidado, seguido el 10% (8 pacientes) un regular autocuidado, sin encontrarse algún paciente con un autocuidado deficiente correspondiente al 0%. Sin embargo en datos encontrados por Oñoro (1997)⁶⁹, de los 43 pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de hemodiálisis encuestados las investigadoras lograron determinar que estos referían tener cubiertas sus necesidades fisiológicas de manera satisfactoria en un 37,20% de los pacientes, de forma regular en un

⁶⁹ OÑORO Op. Cit., Pág. 39.

34,88% y no estaban cubiertas en un 27, 90%. Esto logra determinar que los pacientes asistentes a estas unidades se encuentran en sus capacidades para realizar actividades físicas necesarias para bañarse, cambiarse, entre otras actividades que los hace independientes, lo que genera mayor confianza en si mismos y la sensación de no sentirse una carga para los demás. (Figura 7).

Figura 6. Nivel de Autocuidado respecto al cumplimiento de las necesidades básicas según los pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



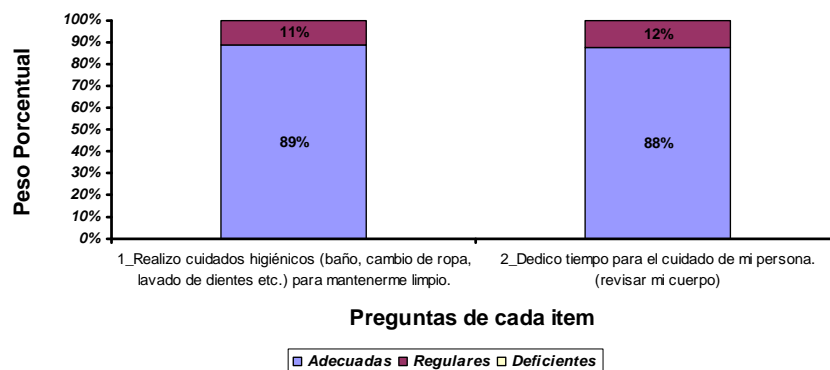
Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

Nivel de Autocuidado según los Ítems de Necesidades básicas de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En relación a la dimensión de necesidades básicas del 100% de los pacientes encuestados, la mayoría de los pacientes tiene un nivel de autocuidado adecuado, obteniéndose el mayor porcentaje de autocuidado en el ítem en el que se evalúa

si el paciente realiza sus propios cuidados higiénicos (baño, cambio de ropa, lavado de dientes, etc.) para mantenerse limpio, dicho porcentaje esta expresado por un 89%. (73 pacientes) (Figura 8). Según un estudio publicado por la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (2004)⁷⁰, este concluía que los pacientes encuestados presentaban algún grado de dependencia provocado por disfunciones físicas lo que impedía la satisfacción de sus necesidades básicas y un aumento en la demanda de los cuidados de enfermería. Demostrando que la edad es un factor de atención a la hora de realizar un plan de cuidados.

Figura 7. Nivel de Autocuidado según los Ítems de Necesidades básicas de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



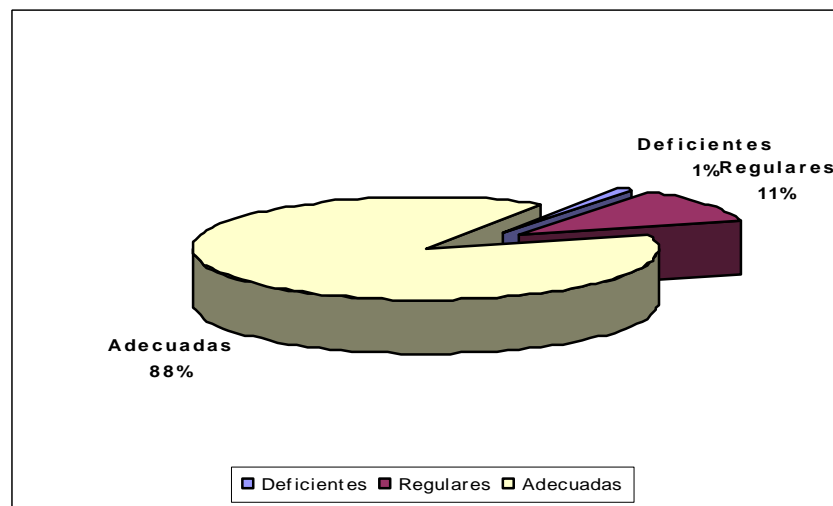
Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

⁷⁰ CONTRERAS, M. Op. Cit. Pág. 34

Nivel de Autocuidado respecto con el Manejo de la Salud según los pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta

Respecto a el autocuidado de los pacientes en la dimensión de manejo de la salud el 88% (72 pacientes) de estos tienen un adecuado autocuidado, seguido el 11% (9 pacientes) un regular autocuidado, y deficiente autocuidado representado por el 1%. (1 paciente) de los encuestados. (Figura 9). Belén Andrés Galache, determino mediante la valoración de pacientes con IRC que del 100% de los encuestados el 60% mantiene el manejo de su salud.⁷¹ Lo que nos dice que el paciente es capaz de cumplir las recomendaciones medicas, el tratamiento farmacológico y cumplir con citas a hemodiálisis.

Figura 8. Nivel de Autocuidado respecto con el Manejo de la Salud según los pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



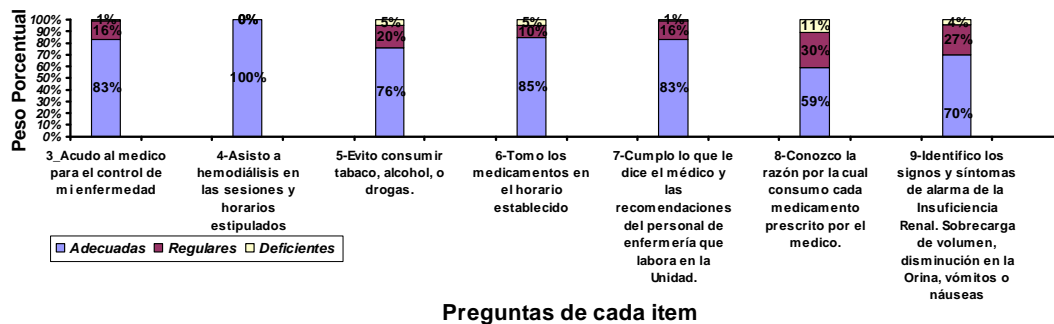
Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

⁷¹ ANDRES, B. Diagnósticos de enfermería en pacientes con IRC. En HD. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2004; 7 (3): 158/163.

Nivel de Autocuidado según los Ítems de Manejo de la Salud de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En relación a la dimensión del manejo de la salud del 100% de los pacientes encuestados, la mayoría de los pacientes tiene un nivel de autocuidado adecuado, obteniéndose el mayor porcentaje de autocuidado en el ítem en el que se evalúa la asistencia a hemodiálisis en las sesiones y horario estipulado, dicho porcentaje esta expresado por un 100%. (82 pacientes). Similares son los resultados en el estudio por Carolina Cepeda⁷², donde señala que de los 20 pacientes correspondientes al total de la muestra encuestada, el 95% han asistido puntualmente a las sesiones de hemodiálisis. (Figura 10)

Figura 9. Nivel de Autocuidado según los Ítems de Manejo de la Salud de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

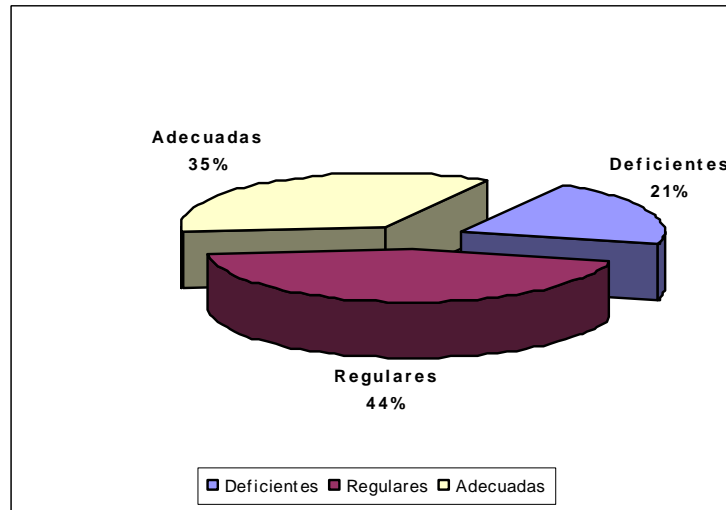
⁷² CEPEDA, C. Op. Cit. Pág. 37

Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados con el Acceso Venoso Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

Según el nivel de autocuidado de los pacientes en la dimensión de cuidados con el acceso venoso el 44% (36 pacientes) tienen un adecuado autocuidado, seguido el 35% (29 pacientes) un regular autocuidado, y deficiente autocuidado representado por el 21%. (17 pacientes). En el estudio sobre los cuidados de la piel en los pacientes en hemodiálisis, por Lerma García⁷³, se obtuvo que el 87,5% de los pacientes protegen el catéter o fístula. Sin embargo hay que prestarle una importante atención a los cuidados de asepsia que tienen los pacientes con fístula ya que el 60%, refieren no lavar la fístula antes de entrar a las sesiones de hemodiálisis, lo que puede aumentar los casos de infección, trombosis y por ende la perdida del acceso o un ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. (Figura 11)

⁷³ GARCIA, L. Op. Cit. Pág. 50.

Figura 10. Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados con el Acceso Venoso Según pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

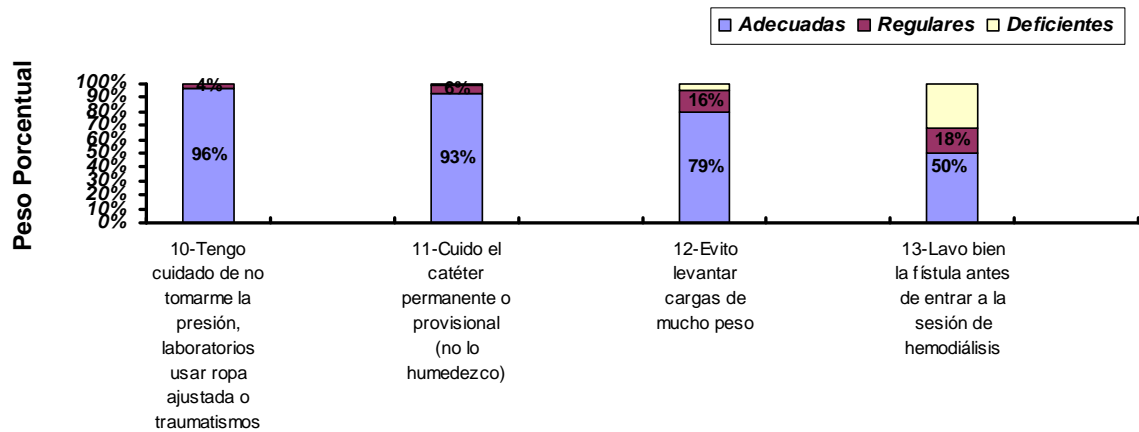


Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados del Acceso Venoso de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En relación a la dimensión de los cuidados con el Acceso Venoso del 100% de los pacientes encuestados, la mayoría de los pacientes tiene un nivel de autocuidado adecuado, obteniéndose el mayor porcentaje de autocuidado en el ítem en el que se evalúa el evitar tomarse la presión, laboratorios, usar ropa ajustada, o traumatismo donde tiene la fístula dicho porcentaje esta expresado por un 96%. (79 pacientes). Demostrando así que para ellos la fístula representa una parte importante en su terapia de reemplazo renal. (Figura 12)

Figura 11. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados del Acceso Venoso de los Usuarios asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



Preguntas de cada ítem

Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

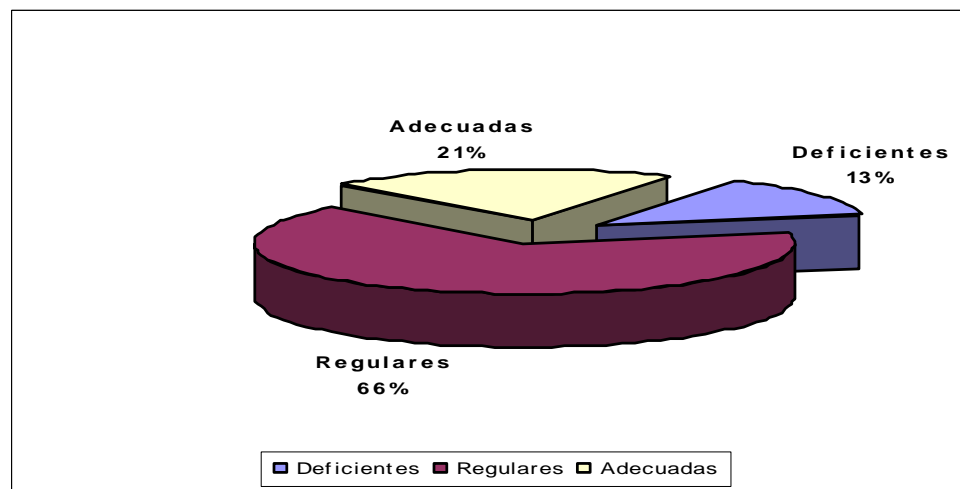
Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados de la Dieta de Protección Renal Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

Según el autocuidado de los pacientes en la dimensión de cuidados con la dieta de protección renal el 21% (17 pacientes) de estos tienen un adecuado autocuidado, seguido el 66% (54 pacientes) un regular autocuidado, y deficiente autocuidado representado por el 13%. (11 pacientes) de los encuestados En un diagnóstico asistencial y comportamental⁷⁴, de los pacientes en hemodiálisis se pudo determinar que el 70% de los pacientes reconoce la importancia de la dieta

⁷⁴ RIGAMONTI L. Diagnóstico Asistencial y Comportamental del Paciente en Hemodiálisis Crónica. Rev Salud Militar. Vol. 29 N° 1 Abril 2007 pág 37 . 49.

aunque saben no cumplirla estrictamente, solo un 25% cumplen con la dieta y el 5% no reconocen la importancia de la misma, no cumpliendola. En cuanto al cumplimiento de la dieta baja en sodio el 70% cumple la dieta, el 16% reconoce cumplirla a medias y el 14% reconoce no cumplir la dieta. Según la ubicación geográfica de la ciudad de Santa Marta, es posible que los pacientes que consumen alimentos ricos en potasio como lo es el banano, por ser la ciudad cultivadora, disparar los niveles de potasio en los pacientes hemodializados. El papel de la enfermera, es importante en la creación de programas de educación y así compartir conocimientos con los pacientes, destacando la parte significativa que tiene el cumplimiento del régimen alimenticio para el bienestar del paciente. (Figura 13)

Figura 12. Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados con la Dieta de Protección Renal Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

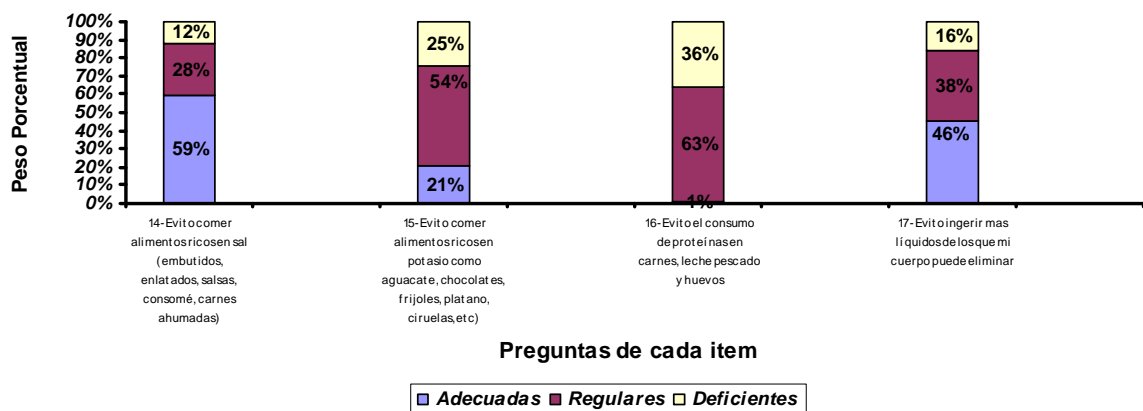


Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados de la Dieta de Protección Renal de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En relación a la dimensión de cuidados con la dieta de protección renal del 100% de los pacientes encuestados, la mayoría de los pacientes tiene un nivel de autocuidado regular, obteniéndose el mayor porcentaje de autocuidado en el ítem en el que se evalúa el evitar el consumo de proteínas en carnes, leche, pescado y huevos, dicho porcentaje esta expresado por un 62%. (51 pacientes) lo que puede repercutir en el aumento de urea en la sangre, mostrando síntomas incómodos como lo son las nauseas, vómitos, picazón y algunas veces trastornos mentales⁷⁵. (Figura 15).

Figura 13. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados la Dieta de Protección Renal de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

⁷⁵ Op. Cit. Pág, 41

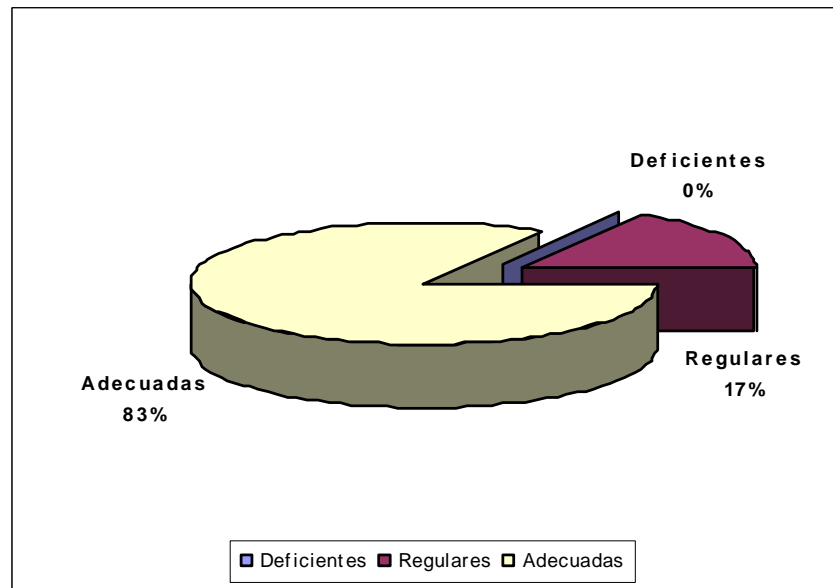
Nivel de Autocuidado Respecto con la Actividad y Ejercicio Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En cuanto a el autocuidado de los pacientes en la dimensión de actividad y ejercicio el 21% (17 pacientes) de estos tienen un adecuado autocuidado, seguido el 67% (55 pacientes) con un regular autocuidado, y deficiente autocuidado representado por el 12%. (10 pacientes) de los encuestados. Belén Andrés⁷⁶, concluye en su investigación que los pacientes encuestados tienen un 30% de dificultad en los cuidados que se deben tener con respecto a la actividad y ejercicio, el 20% presentan deterioro de la movilidad física. Buitrago (2006)⁷⁷, en el estudio sobre las capacidades físicas de los pacientes en hemodiálisis, coincide con los anteriores estudios manifestando que el 87% de los pacientes encuestados no realiza ningún ejercicio físico como habito de vida saludable. De lo anterior se puede decir que el paciente en hemodiálisis es sedentario, presenta factores de riesgo para desarrollar trombosis ya que el ejercicio físico ayuda a mejorar la circulación, a la vez aquellos casos donde se encuentra la falta de energía para realizar las actividades puede influir de manera negativa en el autocuidado. (Figura 15).

⁷⁶ ANDRES, B. Op. Cít. Pág. 72

⁷⁷ BUITRAGO. Op. Cit. Pág. 53

Figura 14. Nivel de Autocuidado Respecto con los Actividad y Ejercicio Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

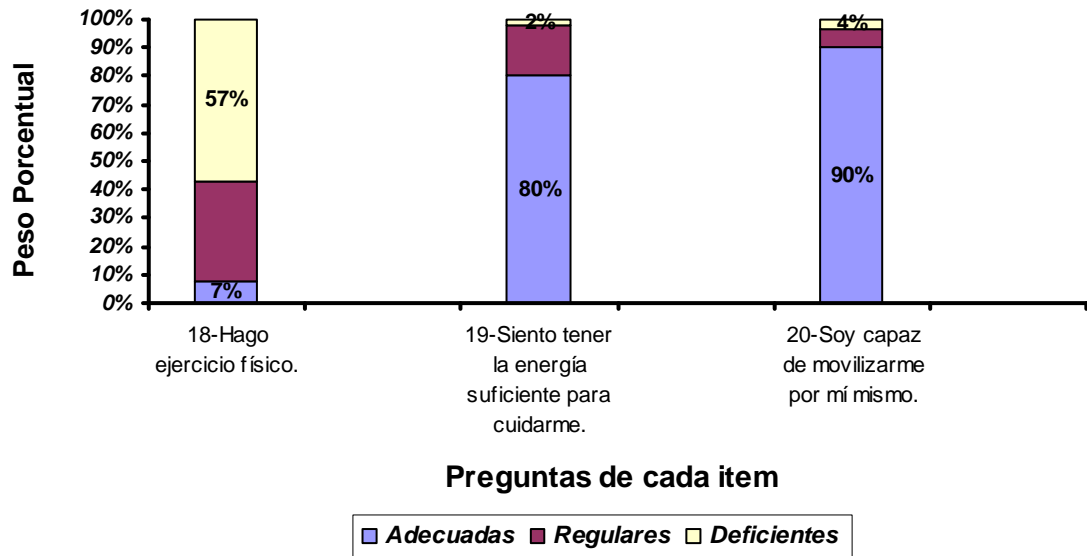


Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados de la Actividad y Ejercicio de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En relación a la dimensión de cuidados con la actividad y ejercicio del 100% de los pacientes encuestados, la mayoría de los pacientes tiene un nivel de autocuidado regular, obteniéndose el mayor porcentaje de autocuidado en el ítem en el que se evalúa la realización de ejercicios, dicho porcentaje esta expresado por un 35%. (29 pacientes) (Figura 15)

Figura 15. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados la Actividad y Ejercicio de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



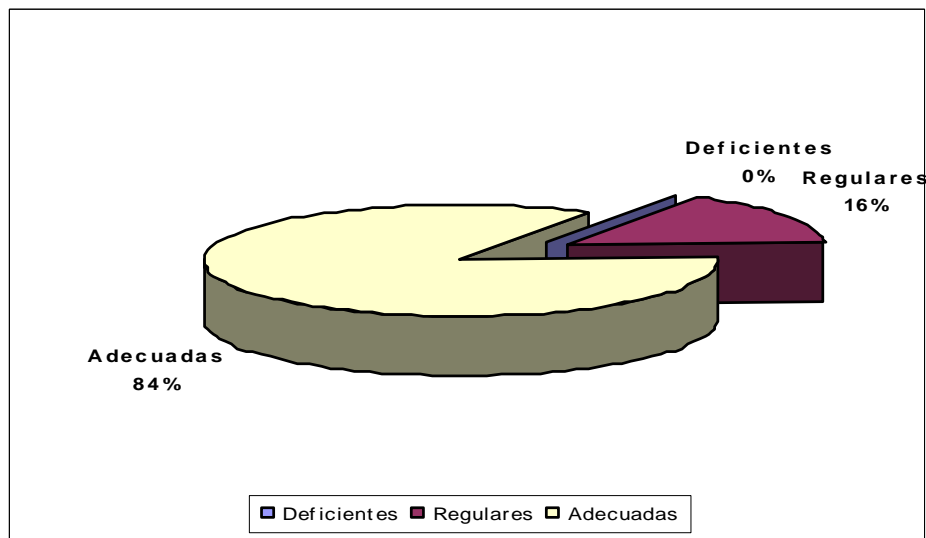
Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

Nivel de Autocuidado Respecto con El Sueño y Descanso Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

Respecto a el autocuidado de los pacientes en la dimensión de sueño y descanso el 84% (69 pacientes) de estos tienen un adecuado autocuidado, seguido el 16% (13 pacientes) un regular autocuidado, sin encontrarse algún paciente con un autocuidado deficiente correspondiente al 0%. Con respecto a lo anterior, Diana

Buitrago⁷⁸, refiere que de los pacientes hemodializados el 60% no presentan ninguna dificultad para realizar periodos de sueño o descanso, mientras que el 40% restante presenta medianamente dificultad para realizarlos. A la vez Andrés⁷⁹, concluye en su estudio que del 100% de los pacientes encuestados en el 50%, se encontró un deterioro del patrón sueño . descanso. El personal de enfermería debe tener en cuenta entre las recomendaciones a los pacientes que este necesita los momentos de descanso que el organismo le pida, a la vez determinar los motivos por los cuales algunos pacientes refieren no encontrarse adecuadamente autocuidados y encontrar con ellos una forma de disminuir estos casos, preparando planes de atención y posibles actividades que favorezcan el descanso . sueño. (Figura 16)

Figura 16. Nivel de Autocuidado Respecto con los Cuidados con el sueño y descanso Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

⁷⁸ BUITRAGO. Op. Cit. Pág, 53

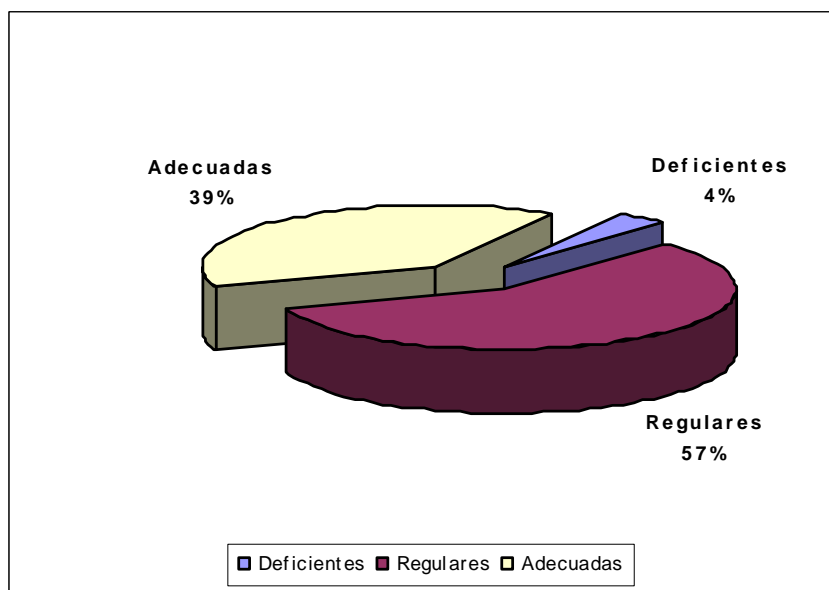
⁷⁹ ANDRES. Op. Cit. Pág. 72

Nivel de Autocuidado Respecto con el Entorno Psicosocial Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

Respecto al autocuidado de los pacientes en el entorno psicosocial el 83% (68 pacientes) de estos tienen un adecuado autocuidado, seguido el 17% (14 pacientes) un regular autocuidado, sin encontrarse algún paciente con un autocuidado deficiente correspondiente al 0%. en el estudio realizado por C. Martínez y E. Morales⁸⁰, se concluye que el 59.26% de los pacientes encuestados se sienten apoyados en su entorno psicosocial. Lo anterior permite indicar que los usuarios pueden lograr con ayuda de las personas que lo rodean tener aceptación completa del tratamiento y de todas sus implicaciones, aprender a vivir con su imagen corporal, con su situación renal, la fístula o catéter; como también a aceptar que su situación no es reversible. Donde la familia, los amigos y el personal a cargo juegan un papel importante para la aceptación de si mismo. (Figura 18)

⁸⁰ MARTINEZ, C. Op. Cit. 69

Figura 17. Nivel de Autocuidado Respecto con el Entorno Psicosocial Según los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



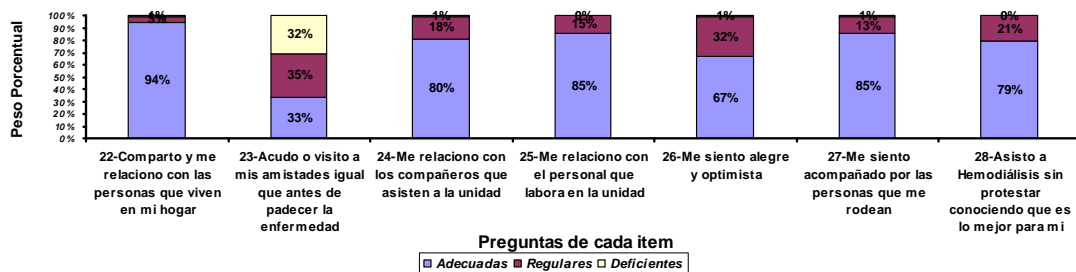
Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados del Entorno Psicosocial de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009

En relación a la dimensión de cuidados del Entorno Psicosocial del 100% de los pacientes encuestados, la mayoría de los pacientes tiene un nivel de autocuidado adecuado, obteniéndose un porcentaje de autocuidado en el ítem en el que se evalúa como comparte y se relaciona el paciente con las personas que viven en su hogar, dicho porcentaje esta expresado por un 94% (77 pacientes). Louro

Bernal⁸¹, plantea que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños. (Figura 19)

Figura 18. Nivel de Autocuidado según los Ítems de los cuidados del Entorno Psicosocial de los Pacientes asistentes a dos unidades renales de la ciudad de Santa Marta D.T.C.H 2009



Fuente: Elaboración propia. Kelhy A. Sierra Navarro.

⁸¹ BERNAL L. Op. Cit. Pág. 76.

CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió plantear las siguientes conclusiones:

- Las mujeres encuestadas presentan adecuadas técnicas de autocuidado con respecto a los hombres quienes presentan la misma capacidad, sin embargo este porcentaje no es muy amplio entre los dos géneros.
- El sexo masculino representa la mayoría de la población encuestada lo que confirma por otros estudios encontrados que este padece mayormente la patología con respecto al sexo contrario.
- La Edad adulta promedio del rango mas afectado por este tipo de patologías es de 34 años.
- El nivel de autocuidado de las necesidades básicas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Terapia de Reemplazo Renal es adecuado, como lo son el baño, el lavado de dientes, el cuidado de ropa, etc., así mismo como el cuidado y mantenimiento de su parte física, sin una marcada necesidad de apoyo por el personal de enfermería, sin embargo la educación y el afianzamiento de los conocimientos juegan aun un papel importante para el cuidado de los pacientes.
- Con respecto a el manejo de la salud de estos pacientes se puede concluir que la mayoría de ellos se encuentran comprometidos con ella, que conocen como sobrellevar la situación de cronicidad padecida e identifican las situaciones de alarma que presenta su patología, también se puede inferir que los pacientes.

son mas concientes de las complicaciones que representa no llevar un adecuado manejo de la misma.

- A pesar de los resultados obtenidos, en la dimensión de los cuidados con el acceso venoso los pacientes con este tipo de enfermedad en su mayoría con fístula A-V, los pacientes están teniendo un regular autocuidado lo que puede conllevar a la complicación o perdida de la fístula siendo uno de las preguntas mas representativas el lavado de la fístula por los pacientes antes de entrar a las sesiones de hemodiálisis y en los casos de catéteres podría generarse la infección del mismo.
- En cuanto a los cuidados que debería llevar este tipo de paciente con la dieta de protección renal de los datos obtenidos se observa que el mayor numero de pacientes se encuentran en regulares técnicas de autocuidado lo que a su vez quiere decir que no se esta siguiendo una dieta adecuada para este tipo de patología, pudiéndose relacionar con la zona geográfica donde se encuentra ubicada la ciudad de Santa Marta siendo esta cosechadora de banano.
- De igual forma, se observa que en la dimensión de actividad y ejercicio de los pacientes encuestados, el cuidado asumido por estos se encuentra en regulares condiciones, el sexo masculino presenta más actitudes adecuadas, que las mujeres.
- Una parte importante es la dimensión psicosocial del paciente con IRC en terapia de reemplazo renal, de los datos obtenidos se puede concluir que estos pacientes a pesar de su situación de cronicidad los pacientes manifiestan tener un adecuado entorno psicosocial, siendo en su hogar las personas con quienes mas comparten.

- La importancia de los profesionales de enfermería para la evolución de estos pacientes es determinante. El carácter crónico es lo que marca hacia donde tienen que encaminar los profesionales su atención. El objetivo principal debe ser aumentar la independencia en su cuidado para mejorar la calidad de vida en estos pacientes. La presencia de un cuidador es un gran sistema de apoyo, pero el conocimiento sobre las ideas básicas del cuidado y de los recursos para llevarlo a cabo sería un elemento clave para conseguir unos mayores niveles de independencia en los pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis.
- Si bien existen factores inmodificables como la edad, el sexo, los antecedentes familiares, patologías, etc. Se puede y debe trabajar con los modificables como lo son los inadecuados hábitos alimenticios, el manejo de la salud, y el seguimiento al régimen terapéutico.

RECOMENDACIONES

- Para el profesional de enfermería, que es la persona que se encuentra mucho mas tiempo en contacto con el paciente, se esfuerce un poco mas por brindarle un apoyo educativo a los pacientes asistentes a las terapias de reemplazo renal para así mejorar aquellas deficiencias que se lograron detectar con el estudio, a su vez fortalecer y mantener aquellas que se encontraron adecuadas para el personal asistente a estas instituciones.
- Promover en los pacientes hábitos de asepsia en las fístulas antes de entrar a las sesiones de hemodiálisis y evitar así posibles infecciones.
- Educar y recordar a los pacientes los hábitos alimenticios y la importancia del consumo moderado de aquellos alimentos que por su condición no pueden ser eliminados fácilmente, así mismo la restricción hídrica en los casos de retención de líquidos no superando el consumo por encima de los eliminados.
- Realizar guías u otros soportes educativos que permitan la adhesión y adherencia al tratamiento.
- Realizar seguimientos a estos pacientes para conocer el nivel de autocuidado que los pacientes llevan en sus hogares, fuera del ámbito clínico.
- Planear y ejecutar estudios de investigación similares en pacientes que reciban el mismo tratamiento de otras ciudades, a fin de verificar si los resultados son similares.

- Realizar investigaciones donde participen los familiares de los pacientes valorando el apoyo que le da al paciente.
- Realizar programas de visitas domiciliarias y educación de la familia de los pacientes, para que todos participen y conozcan de los cuidados.

8.12 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Operacionalización	Instrumento	Procedimiento	Validación	Confiabilidad
Percepción de la calidad de los servicios	Encuesta de percepción de la calidad de los servicios	Encuesta de percepción de la calidad de los servicios	Se aplicó a los usuarios de los servicios de atención al cliente de la empresa.	Se aplicó el método de validación de expertos.	Se aplicó el método de validación de expertos.
Percepción de la calidad de los productos	Encuesta de percepción de la calidad de los productos	Encuesta de percepción de la calidad de los productos	Se aplicó a los usuarios de los productos de la empresa.	Se aplicó el método de validación de expertos.	Se aplicó el método de validación de expertos.
Percepción de la calidad de los canales de atención al cliente	Encuesta de percepción de la calidad de los canales de atención al cliente	Encuesta de percepción de la calidad de los canales de atención al cliente	Se aplicó a los usuarios de los canales de atención al cliente de la empresa.	Se aplicó el método de validación de expertos.	Se aplicó el método de validación de expertos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Dimension	Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Indicadores Operacionales de Construcción
Estructura Organizativa	CUBIERTOS ORGANIZATIVOS	CUALITATIVA	NOMINAL	<p>1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA</p> <p>2. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS</p> <p>3. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS</p>
	Estructura de la Persona	CUALITATIVA	NOMINAL	<p>1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA</p> <p>2. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS</p> <p>3. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS</p>
Muestreo de la muestra	CONTROL DE LA OPERACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
	ACCIONES A TOMAR			2. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS
	CONSEJO DE ADMINISTRACION			3. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS
	CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LEGALES			4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
	RECOMENDACIONES			5. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS
	CONOCIMIENTO DE OBLIGACIONES LEGALES			6. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
	RECOMENDACIONES DE OBLIGACIONES LEGALES			7. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS
Control de la muestra	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	CUALITATIVA	NOMINAL	1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
	RECOMENDACIONES DE OBLIGACIONES LEGALES			2. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS
	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA			3. CUBIERTOS ORGANIZATIVOS
	RECOMENDACIONES DE OBLIGACIONES LEGALES			4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CONSTRUCTO	INDICADOR	ESCALA DE RESPUESTAS	TIPO DE ESCALA	TIPO DE RESPUESTA	INDICADOR OPERACIONAL CON DESCRIPCION
Estrategia de alimentación	PREVALENCIA ALIMENTOS EN COCINA	CUALITATIVA	NOMINAL	SI SIEMPRE	Presencia de alimentos frescos en cocina para preparar con ellos
	PREVALENCIA ALIMENTOS EN COCINA			SI FRECUENTEMENTE	Presencia de alimentos frescos en cocina una o dos veces por día, cuando se necesitan
	PREVALENCIA ALIMENTOS EN COCINA			SI A VECES	Presencia para preparar con ellos, pero solo para algunas ocasiones o eventos
	PREVALENCIA ALIMENTOS EN COCINA			SI NUNCA	Ausencia de alimentos frescos en cocina para preparar con ellos
Actitudes y expectativas	PERCEPCION DE BARRERAS	CUALITATIVA	NOMINAL	SI SIEMPRE	Percepción de barreras para el comportamiento fresco
	PERCEPCION DE BARRERAS			SI FRECUENTEMENTE	Percepción de barreras para realizar los cambios de hábitos
	PERCEPCION DE BARRERAS			SI A VECES	Percepción de barreras para realizar los cambios de hábitos
Actitudes y expectativas	PERCEPCION DE BARRERAS	CUALITATIVA	NOMINAL	SI SIEMPRE	Percepción de barreras para el cambio de hábitos según los requerimientos frescos
	PERCEPCION DE BARRERAS			SI A VECES	Percepción de barreras para el cambio de hábitos
Percepción de barreras	RELACIONES FAMILIARES	CUALITATIVA	NOMINAL	SI SIEMPRE	Percepción del parentesco con los familiares
	RELACIONES AMIGOS			SI FRECUENTEMENTE	Percepción del parentesco con los amigos
	RELACIONES PERSONAS DESCONOCIDAS			SI A VECES	Percepción del parentesco con el personal que trabaja en la unidad
	PERCEPCION DE BARRERAS			SI NUNCA	Percepción de barreras para el cambio de hábitos
	PERCEPCION DE BARRERAS				Percepción de barreras o impedimentos por el parentesco con los familiares de la unidad para el cambio de hábitos
	PERCEPCION DE BARRERAS				Percepción de barreras o impedimentos por el parentesco con los familiares de la unidad para el cambio de hábitos

8.13 ALCANCES Y LIMITACIONES

Alcances:

- Los alcances serán acercarse el objetivo propuesto el cual es la determinación del autocuidado en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis

Limitaciones

- Esta encuesta no pretende evaluar diagnósticos o evaluar el desempeño de la clínica de los datos generados es el tamaño de la muestra o extrapolar interpretaciones
- Que el paciente se resista a la aplicación del documento

11. BIBLIOGRAFIA

1. ARRAZOLA Saniger, M; Lerma García, D, Atención de Enfermería en el cumplimiento terapéutico. Rev. Rol Enfermería Diciembre 2002; Vol. 25, Pág.: 70-74
2. BORNACELLI, L. GOMEZ E. Calidad De Vida Del Paciente Con Insuficiencia Renal Crónica En Hemodiálisis, Clínica Nefrología Ltda, Santa Marta Septiembre-Noviembre 2006 (Trabajo de Grado). Santa Marta. Universidad del Magdalena. Facultad de Ciencias de la Salud. 2007
3. CONTRERAS María, Rivero María. Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. Rev. Soc Esp de Enferm Nefrol. Vol. 7 Madrid Ene . Mar 2004.
4. CONWAY J, McMillan MA, Solman A. Enhancing cardiac rehabilitation nursing through aligning practice to theory: implications for nursing education. Journal of Continuing Education in Nursing. 2006; 37(5): 233-8.
5. DE LA FUENTE A. Hombrados T. Estudio Del Cumplimiento Terapéutico En Los Enfermos En Hemodiálisis. Guadalajara (México) Pág. 49 . 53
6. GARCÍA Lerma, Barragán Arnau. Los Cuidados De La Piel En Los Pacientes En Hemodiálisis. Vol. 6 Octubre . Diciembre 2005.
7. GARCÍA Pérez. ¿Cómo Diagnosticar el Cumplimiento Terapéutico en Atención Primaria? Medicina de Familia (And) Vol. 1. NFL, Junio 2000 Pág.: 13- 19.

8. Hemodiálisis - Wikipedia, la enciclopedia libre.htm
9. <http://cariari.ucr.ac.cr/~patologi/hema.html>
10. <http://encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria35400etiologia.htm>
11. JIMENEZ y Villegas C; Pichardo León C. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. En revista mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. XI Nº 1 Enero . Abril 2003 p: 11 . 17
12. MADUELL F y Navarro V. Valoración De La Ingesta De Sal En Hemodiálisis. Nefrología Vol. 21 numero 1 2001
13. MARTINEZ R. C, Morales R. E, Determinación De Los Factores Condicionantes En La Adhesión Y Cumplimiento De La Dieta De Protección Renal En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica. Febrero 2006 Vol. 21 Pág.: 145 . 154
14. MASSON . Little, Daugirdas y Toda. Manual de Diálisis. Brown.1996
15. Ministerio de Protección Social, Guía para el manejo de urgencias. 2003 Tomo II Pág.: 174
16. MONTERO Iuliana, Autocuidado De Los Accesos Vasculares En Pacientes Renales. Enfermería, Nefrología. Junio 2006

17. National Institutes of Health. The Sixth Re-port of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure. NHI Publication; November 1997.
18. Nefrología Pediátrica. G. Gordillo Paniagua. Interamericana Mc. Graw Hill. Quinta Edición 1995. Pág. 465 . 481.
19. OÑORO, A. Manasor. G; García, A; Martínez, M. Estudio del Grado de Dependencia en el Autocuidado de los Pacientes en Hemodiálisis -1º Trimestre 1997
20. OTERO Luís mariano. (No 1, 2002) Enfermedad Renal Crónica. Colombia medica. Vol. 33; Pág. 38 . 40
21. RIVAS A. Bienestar Espiritual Del Paciente Con Enfermedad Renal Crónica En Tratamiento De Hemodiálisis. (Tesis de Maestría). Santa Marta. Universidad Nacional. Facultad de Ciencias de la Salud. 2008.
22. RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado. En Revista Avances de Enfermería, Vol. XXIV Nº 2 Julio . Diciembre 2006 Universidad de Colombia p:92
23. SANTOS G. María Requisitos De Autocuidado En Pacientes Con Dmt2 E Insuficiencia Renal Crónica. Red de Enfermería de América Latina. Diciembre 2007
24. THRASHER C. The primary care nurse practitioner: advocate for self care. Jornal of the American Academy of Nurse Practitioners. J Am Acad Nurse Pract. 2002; 14 (3):113-7.

25. TOBO, N; Martínez, G; Mosquera, M; Peña, G; Paz, J. Cumplimiento Del Régimen Terapéutico y su Relación Son Las Características Biológicas y Sociales del Individuo con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Hemodiálisis. Volumen 26 Nº 4, 1995
26. VILAS Rivares Anna, Mañe N. Análisis del Cumplimiento Farmacológico de los Pacientes en Hemodiálisis. Enero - Octubre Pág.: 147 . 156
27. VILA Pérez M. García P. Natalia. Cumplimentación Terapéutica De Pacientes En Diálisis. Hospital U. Puerto Real, Cádiz Marzo (2007) Pág.: 173-177.
28. VILAS R. Anna, Mañe B Nuria. Análisis Del Cumplimiento Farmacológico De Los Pacientes En Hemodiálisis. Corporación Parc Tautía Barcelona (España). Pág. 147 . 153

A N E X O S

ANEXO 1

DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, FUNDACIÓN RENAL DE COLOMBIA Y UNIDAD RENAL DEL HOSPITAL EN TORO, SANTA MARTA D.T., C.U., 2008				
Resumen de la prueba: Pruebas de auto-cuidado realizadas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica				
<p>Las pruebas de auto-cuidado en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se realizaron en el Hospital de Especialidades de la Fundación Renal de Colombia y Unidad Renal del Hospital en Toro, Santa Marta D.T., C.U., 2008. Los resultados de las pruebas se presentan en el presente informe de manera resumida, agradeciendo la colaboración en la participación del estudio.</p>				
DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
SEXO: FEMENINO: _____ MASCULINO: _____	EDAD: (en años): _____	FECHA DE LA PRUEBA: _____	INSTITUCIÓN: _____	INVESTIGADOR: _____
PREGUNTAS				
Q. ¿Cuánto tiempo toma para controlar su presión arterial?	SIEMPRE	FRECUENTE	A MENUDO	NUNCA
Q. ¿Cuánto tiempo toma para el control de sus peso?				
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD				
Q. ¿Qué es insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cómo se relaciona la presión arterial con la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cómo se relaciona el azúcar en la sangre con la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los síntomas de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las causas de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las complicaciones de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las causas de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las complicaciones de la insuficiencia renal crónica?				
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD				
Q. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad?				
Q. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad?				
Q. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad?				
Q. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad?				
Q. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad?				
ACTITUDES Y CONDUCTAS				
Q. ¿Cómo se relaciona la presión arterial con la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cómo se relaciona el azúcar en la sangre con la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las complicaciones de la insuficiencia renal crónica?				
SÍMPTOMAS Y SIGNOS				
Q. ¿Cuáles son los síntomas de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los signos de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las complicaciones de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los síntomas de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los signos de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las complicaciones de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los síntomas de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los signos de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la insuficiencia renal crónica?				
Q. ¿Cuáles son las complicaciones de la insuficiencia renal crónica?				

PRESUPUESTO

RECURSOS DISPONIBLES	
Asignación	
RECURSOS PROPIOS	\$ 207.000
TOTAL DE RECURSOS	\$ 207.000
Gastos	
Transporte	20.000
Alimentación	30.000
Alquiler	40.000
Transporte a terceros	70.000
Comunicación	30.000
Seguros de Salud	10.000
Alquiler	20.000
Costos Indirectos	10.000
Sub Total por Gastos Generales	260.000
Sub Total	260.000
Impresiones	10.000
TOTAL GASTOS	\$ 270.000
Saldo	\$ 0

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INICIAL						
ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO						
DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES						
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS						
REVISIÓN Y AJUSTE DEL PLAN DE TRABAJO						
REVISIÓN FINAL Y CIERRE DEL CICLO						