

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”**

**FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POS GRADO**



TESIS

“Autocuidado de la persona con tratamiento de Hemodiálisis Hospital Regional
Lambayeque 2016”.

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL**

“Cuidados de Enfermería a Personas con Afecciones Nefrológicas”

INVESTIGADORA:

Lic. Enf. Corina Lizet Sipion Neciosup

ASESORA :

Dra. Olvido Barrueto Mires

Lambayeque, Perú, 2018

**AUTOCAUIDADO DE LA PERSONA CON TRATAMIENTO
DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL REGIONAL
LAMBAYEQUE 2016”.**

APROBADO POR LOS SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Rosa Violeta Celis
Esqueche
Presidente

Mg. Doris Libertad Pais
Lescano
Secretaria

Mg. María Rosa Baca Pupuche
Vocal

Dra. Olvido Barrueto de Larrea
Asesora

DEDICATORIA

Está Tesis se la dedico a Dios que supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desvanecer ante los problemas que se presentaron

Al mejor regalo que me dio Dios mis hijos: Gian Franco y Brianna Lizet

AGRADECIMIENTO

A Dios por la gran oportunidad de salir adelante, cumplir con nuestras metas y por la fuerza que nos brindó en esta etapa de la profesión.

A la Dra. Olvido Barrueto Mires, por su valioso tiempo y por asesorarme en todo este arduo trabajo, el cual no fue nada fácil, quien me incentivo a lograr de esta manera mis objetivos.

A mis Padres por su apoyo, consejos, comprensión, ayuda en los momentos difíciles, me han dado todo lo que soy como persona valores, principios, carácter, empeño y perseverancia para conseguir mis objetivos.

A mi esposo por su apoyo incondicional, que con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante.

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
RESUMEN
ABSTRACT

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....9

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes del problema.....12

2.2. Base teórico-conceptual.....14

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....27

3.2. Abordaje. Metodológico.....27

3.3. Escenario..... 32

3.4. Población y muestra..... 33

3.5. Instrumentos de recolección de datos..... 34

3.6. Procedimientos.....35

3.7. Análisis de datos..... 36

3.8. Principios Éticos.....39

3.9. Criterios de Rigor Científico.....41

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION.....43

Consideraciones Finales.....64

Recomendaciones.....65

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....66

ANEXOS

Consentimiento informado

Guía de entrevista

RESUMEN

La Enfermedad renal en el Perú constituye uno de las 10 primeras causas de muerte representando el 3.3% de las defunciones a nivel Nacional. En la Provincia de Chiclayo, existen más de 3,500 personas con enfermedad renal crónica quienes deben recibir un tratamiento de sostén para el reemplazo de las funciones del riñón perdido por disfunción de sus nefronas. El objetivo de esta investigación fue analizar el autocuidado del paciente en tratamiento en hemodiálisis del Hospital Regional Lambayeque. La investigación es de tipo cualitativa descriptiva con abordaje de estudio de caso. La población estuvo conformada por 62 personas con enfermedad crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis. La muestra fueron 10 personas, se determinó por saturación. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, estuvo constituida por 4 preguntas, y fue validada por una muestra piloto con dos pacientes. En el análisis de datos se tuvo en cuenta las siguientes categorías: Aceptando la hemodiálisis para mejorar la calidad de vida- Autocuidando la nutrición – El cuidado del acceso arteriovenoso depende del estado de higiene.

En esta investigación se concluye que la mayor parte de personas con tratamiento dialítico saben cómo cuidar sus accesos vasculares, en este contexto la enfermera especialista en enfermería Nefrológica cumple con la educación con el autocuidado favoreciendo la recuperación en post de una buena calidad de vida.

Palabras Claves: Autocuidado- personas- hemodiálisis

ABSTRACT

Renal disease in Peru is one of the 10 leading causes of death representing 3.3% of deaths at the national level. In the Province of Chiclayo, there are more than 3,500 people with chronic kidney disease who must receive supportive treatment for the replacement of the functions of the kidney lost due to dysfunction of their nephrons. The objective of this research was to describe and analyze the self-care of the patient undergoing hemodialysis treatment at the Lambayeque Regional Hospital. The research is of qualitative descriptive type. The population was considered by people with chronic disease receiving hemodialysis treatment. The sample was determined by saturation. For data collection, the semi-structured interview was used, it was constituted by 4 questions, this was validated by a pilot sample with two patients. The following categories were taken into account in the data analysis: Accepting hemodialysis to improve quality of life - Self-care of nutrition - Care of arteriovenous access depends on the state of hygiene.

The education of people with hemodialysis treatment is a fundamental pillar for an adequate self-care and a better quality of life.

Key words: Self-care - people- hemodialysis

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. En el Perú constituye uno de las 10 primeras causas de muerte representando el 3.3% de las defunciones a nivel Nacional. Se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, las terapias sustitutivas son: hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante de riñón¹. Por lo tanto esta enfermedad tiene graves riesgos adicionales lo que constituye complicaciones que se pueden evitar con un autocuidado adecuado aquí la enfermera tiene un rol protagónico favoreciendo el autocuidado que debe realizar el propio paciente y familia.

Esta investigación se realizó en el Hospital Regional Lambayeque de la Unidad de Hemodiálisis, esta es una entidad del Ministerio de Salud (MINSA), donde atiende a personas del Sistema Integral de Salud (SIS) y particulares. En la actualidad, acuden un promedio de 62 personas con enfermedad renal crónica, que reciben tratamiento de hemodiálisis, éstos provienen de diferentes lugares entre ellos: Chiclayo, Lambayeque, Ferreñafe, Jayanca, Tután, Chongoyape, Pucalá,

Olmos, Chachapoyas, Motupe, Jaén, etc. Algunos de estas personas vienen acompañados y otros solos.

Los pacientes con tratamiento de hemodiálisis son portadores de diferentes accesos vasculares, de los cuales 10 personas tienen Fistula arteriovenosa (FAVI), 46 son portadores de catéter venoso central (CVC) y 8 tienen catéter venoso de larga permanencia (CVLP). Estas vías de acceso son importantes para que el tratamiento de Hemodiálisis (HD) se lleve a cabo a través de la circulación extracorpórea. Las edades de los pacientes fluctúan de 20 a 60 años entre hombres y mujeres, jóvenes y niños. Este grupo de personas llegan en algunas ocasiones con CVC expuesto por haber tenido contacto con agua al bañarse, se observa con edemas en la cara, brazos, piernas, refieren “Señorita trato de cubrirlo pero se moja”, “Tengo mucha sed, pero tomo medido el agua”

El tratamiento es de manera interdiaria en turnos de lunes a sábado, cada sesión varía desde 3h30min a 3h45min. Al día se lleva a cabo 4 sesiones de hemodiálisis, cada sesión está conformada por 8 pacientes, la cual están divididos en 2 módulos, 4 pacientes por módulo, y cada módulo es asignado bajo el cuidado de una enfermera; cuando el paciente presenta problemas de salud después de la hemodiálisis, la persona queda reposando en sala de tratamiento donde el médico lo evalúa y la enfermera de monitorizarlo. Los pacientes que recién llegan a la Unidad de Hemodiálisis para recibir su tratamiento se encuentran deprimidos por el cambio que su vida ha dado y el tiempo que requiere el tratamiento “Señorita ya no podré hacer mi vida normal esto me quita mucho tiempo”, “¿Estando con esta enfermedad ya no podré hacer mis cosas?”

Este estudio titulado Autocuidado de las personas en tratamiento de hemodiálisis- Hospital Regional Lambayeque 2016, tuvo como objetivo describir y analizar el autocuidado del paciente en el tratamiento del Hospital Regional. Asimismo, al encontrar pocos antecedentes de investigación cualitativa acerca del tema, se espera que esta investigación sirva como punto de partida para otras investigaciones, donde se recoge datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación de la persona con enfermedad renal crónica. El presente informe fue estructurado en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Introducción que contiene un compendio de la investigación, detallando la situación problema, el problema, el objetivo y la justificación.

Capítulo II: Marco teórico que comprende los antecedentes, la base teórica conceptual que abarca las principales concepciones relacionadas con el autocuidado de las personas con enfermedad renal, así como el marco contextual donde se desarrolla la investigación.

Capítulo III: Marco Metodológico donde se estudia el tipo y abordaje de investigación, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de datos, rigor científico y principios éticos.

Capítulo IV: Resultados y discusión en la cual se han dado a conocer las categorías y subcategorías producto del análisis temático de las entrevistas, teniendo en cuenta al objeto y objetivo de la investigación.

Capítulo V: Consideraciones finales

Capítulo VI: Recomendaciones que son las propuestas que se derivan de los resultados de la investigación

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema

A nivel de Latinoamérica; se halló el estudio García de López titulado “Autocuidado en el paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en el programa de hemodiálisis del hospital regional del instituto salvadoreño del seguro social de santa ana, en el período de febrero a septiembre de 2013”, cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en el déficit del autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica del programa de hemodiálisis del Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de la ciudad de Santa Ana. La investigación es un estudio no experimental. Cuyos resultados fueron 62% de pacientes de hemodiálisis ingieren todo tipo de alimento, el 80% ingiere líquido en exceso, llegando a la conclusión, se encontró cierto grado de déficit a relación al tipo de alimentación que debe ingerir.²

A nivel Nacional; se halló el estudio publicado de Fernandez Burga, titulado “Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento en el autocuidado en pacientes con hemodiálisis por catéter venoso central del hospital Guillermo Almenara Irigoyen” cuyo objetivo del estudio fue determinar el efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento en el

autocuidado en pacientes que reciben terapia de hemodiálisis por catéter venoso central en el servicio del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

El estudio fue de tipo cuantitativo con diseño cuasi experimental de corte longitudinal prospectivo. Se obtuvo como resultados que la intervención Educativa de enfermería fue efectiva ya que se produjo un incremento significativo en el conocimiento del autocuidado en los pacientes que reciben terapia de hemodiálisis por catéter venoso central después de la intervención educativa; se logró implementar una intervención educativa, adaptado a las necesidades de los usuarios, permitiendo un incremento significativo de los conocimientos en relación al autocuidado del paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central.³

A nivel Local; se halló investigación de Karla Salazar titulada “Conocimiento y prácticas de autocuidado sobre catéteres venosos de las personas en hemodiálisis clínica Nefro salud-chiclayo 2013”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado sobre catéteres de las personas en tratamiento de hemodiálisis Clínica Nefro Salud Chiclayo 2013; el tipo y método de investigación es Cuantitativa – Inductivo. Los resultados según la dimensión de complicaciones en accesos vasculares se observan que el 81.82% de los pacientes tienen un nivel de conocimiento regular, y el 9.09% tienen un nivel malo y bueno respectivamente. Dando como conclusión si bien no existen estadísticas oficiales, se estima que cerca de 300 mil personas padecen de

Enfermedad Renal Crónica (ERC), mientras que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), es de 9,000 pacientes asegurados por EsSalud por año, que requieren diálisis y/o trasplante renal.⁴

2.2. Base teórico-conceptual

Dorothea Orem define al autocuidado como una actividad del individuo aprendida y orientada hacia un objetivo, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar, son acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior; todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante la comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.⁵

Las personas que tienen buen tiempo en hemodiálisis, llegan a veces solas y otras con familiares, la enfermera se encarga de educarlo, orientarlo sobre los cuidados que debe de tener en su casa: No tocarse el CVC, la finalidad es lograr el objetivo que los pacientes con enfermedad renal crónica realizan su autocuidado siguiendo una dieta estricta, cuidan su acceso vascular y asistiendo a su sesión de diálisis interdiarias como corresponde.

La enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propios con el fin de ayudar al paciente a “Conservar la vida

y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma”. En opinión de Orem, la atención de enfermería puede ofrecer a “Unidades individuales o multipersonales”, pero solo los individuos tienen necesidades del auto cuidado.

Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y funciones normales ya que “Cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de salud en el sentido de unidad o integridad”.⁶

También Orem diseño tres tipos de sistema de enfermería. El primero es el sistema compensatorio global, el paciente es incapaz de realizar cualquier acto deliberado. El Segundo un sistema parcialmente compensatorio, tanto la enfermera como el paciente realizan acciones de atención, y el tercero denominado sistema educativo y de apoyo, el pacientes es capaz de desempeñarlas, y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias del autocuidado terapéutico aunque no pueda hacerlo sin ayuda.

La intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y pueda incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con este. El método se emplea extensamente en la educación y práctica de la enfermería y constituye la base de algunas investigaciones básicas. En este modelo se hace hincapié en la función de la enfermera solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de auto cuidado.

Orem ,1993 basa su teoría de autocuidado considerando el concepto de Enfermería como “Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Durante los últimos decenios los profesionales de la salud han dirigido su atención a los conceptos de autocuidado, actividades de autocuidado y promoción de la salud⁷.

En tal sentido, el cuidar surge de la creatividad humana, de la sensibilidad frente a los cambios que la persona debe afrontar ante cualquier enfermedad, ya que pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) se sienten deprimidos al saber que su salud dependerá de una máquina, este tratamiento se llama hemodiálisis. La hemodiálisis precisa un acceso a la corriente sanguínea del paciente, un mecanismo de transporte de la sangre desde la circulación hacia la máquina y viceversa y un dializador. El acceso vascular puede obtenerse mediante un catéter o dispositivo externo temporario o a través de un acceso interno permanente para la terapéutica en una fase crónica que es en una fistula arteriovenosa⁸.

La hemodiálisis es un proceso de eliminación de toxinas y exceso de fluidos de la sangre y los tejidos haciendo circular de forma continua la sangre a través de un filtro. El filtro, conocido como dializador o riñón artificial, se utiliza con una máquina que hace las funciones del riñón. La cantidad de sangre que circula en un momento a través del dializador es menos de la que cabría en una taza. El

dializador tiene dos compartimentos separados por una membrana que es semipermeable – sólo partículas de un cierto tamaño pueden pasar a través de ella. Una solución llamada dializante circula por un lado de la membrana y la sangre fluye por el otro lado. El dializante está compuesto de agua, glucosa y productos químicos, los cuales tienen una composición similar a los fluidos del cuerpo sin toxinas⁹.

Después de pocas horas en diálisis, la sangre está prácticamente limpia y se ha eliminado el exceso de líquidos. Los pacientes habitualmente reciben tratamiento de diálisis tres veces por semana, y cada tratamiento dura aproximadamente unas cuatro horas. A este tratamiento se le denomina hemodiálisis alterna. También los pacientes pueden recibir la hemodiálisis diaria o frecuente, que como la palabra indica se realiza más días pero menos horas. El médico prescribe la duración y las veces que acudirá semanalmente al centro para hacerse el tratamiento.

Acceso para hemodiálisis - Para permitir que la sangre fluya del cuerpo al dializador y vuelva, se necesita un vaso sanguíneo con un buen flujo de sangre. Para crear este acceso, se realiza una intervención en la que se unen una arteria y una vena, generalmente en un brazo o una pierna. Hay varios tipos de accesos, unos son temporales y otros son permanentes. El médico decide cual es el acceso más adecuado para cada paciente. Los accesos temporales incluyen los siguientes tipos de catéteres, los cuales son tubos huecos que quedan parcialmente fuera del cuerpo.

- Subclavia. Es un catéter temporal ubicado en la vena subclavia justo debajo de la clavícula. No debería ser utilizado durante más de una o dos semanas ya que provoca cambios importantes en el vaso que pueden afectar a futuras fístulas.
- Femoral. Es un catéter temporal ubicado en la vena grande de la ingle.
- Yugular interna (YI). Es un catéter situado en la vena grande del cuello y puede ser utilizado durante varias semanas o varios meses.

Los catéteres están cubiertos por gasas u otros tipos de apósitos los cuales deben estar siempre limpios y secos. Los accesos permanentes más comunes son las fístulas y los injertos. La fístula se forma bajo la piel uniendo una vena y una arteria. Esto aumenta la cantidad de sangre que fluye a través de la vena y hace que la vena sea más grande. El proceso por el cual la fístula se hace fuerte y grande para permitir la inserción de la aguja se llama maduración. En general este proceso dura entre 4 y 12 semanas. Pueden hacerse algunos ejercicios fáciles para ayudar a que la fístula madure. El injerto se realiza conectando una vena y una arteria con material sintético. Después de la cirugía, se necesitan entre 3 y 4 semanas para que la hinchazón sobre el injerto disminuya y pueda utilizarse para hacer la diálisis. La implantación de ambos accesos la realiza un médico en el quirófano^{10,11}.

El tratamiento de hemodiálisis, lo realiza personal al cuidado de los pacientes que son enfermeras. Cuando el paciente llega al centro según cita concertada, una

persona al cuidado de los pacientes evalúa el peso del paciente, su presión arterial y sus condiciones físicas.

Luego, según la prescripción médica, se inicia el tratamiento. La enfermera asignada al paciente introduce dos agujas. Una aguja (arterial) se conecta a la línea de sangre la cual se utiliza para bombear la sangre al dializador. La otra aguja (venosa) devuelve la sangre dializada al cuerpo. Si el paciente lleva un catéter, las líneas de sangre se conectan directamente al catéter.

La heparina es un medicamento que evita que la sangre se coagule dentro del dializador. Puede administrarse a través del acceso antes de que empiece la diálisis, y durante la diálisis si es necesario. El efecto de la heparina después del tratamiento debe ser mínimo. Luego, la sangre se bombea al dializador, de forma continua durante el tratamiento, donde se limpia y se devuelve al cuerpo. El personal clínico controla el flujo sanguíneo, la tensión arterial y las condiciones generales¹².

El personal explica los procesos que realiza la máquina de hemodiálisis del mismo modo que los síntomas que el paciente puede tener durante el tratamiento o entre los tratamientos. El personal clínico controla continuamente las condiciones del dializado y de la máquina para garantizar la seguridad del paciente y que todo el tratamiento funciona correctamente.

Cuando el tratamiento finaliza, la enfermera o el cuidador retira las agujas y pone unos apósitos en los puntos de punción. Los apósitos pueden retirarse en pocas horas. Los pacientes con catéter se desconectan de las líneas de sangre. Se utilizan tapones para cerrar y proteger el catéter. Los pacientes no deben manipular el catéter.¹⁴ Se hace un seguimiento regular del estado físico del paciente, su dieta y su tratamiento. Cuando se considera necesario se hacen cambios en el tratamiento. Algunos pacientes prefieren hacerse el tratamiento en los centros especializados porque de este modo el cuidado principal lo realizan profesionales de la diálisis. Del mismo modo en los centros los pacientes tienen la oportunidad de estar con otros pacientes y relacionarse socialmente.

La Hemodiálisis es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que va a suplir parcialmente las funciones renales de excreción de solutos, regulación del equilibrio ácido base y electrolítico, y eliminación de líquido retenido. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre del paciente con un líquido de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable, instalada en un filtro llamado dializador.

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida¹³.

Los cambios en los estilos de vida del paciente con enfermedad renal crónica afecta la vida de la persona porque ésta se ve amenazada. Padeecer una enfermedad renal crónica supone una tremenda carga psicológica para el afectado y para la familia, que a partir del diagnóstico debe aprender a convivir con ella; se rompen todos los planes: hay que dejar los estudios, las relaciones con los amigos se ven mermadas, se produce una dependencia de la familia y sin embargo, hoy en día, hablar de enfermedad renal ya no es igual a muerte. Las enormes mejoras en las técnicas sustitutivas permiten que al paciente tenga una calidad de vida bastante aceptable y un mayor número de años de supervivencia^{14,15}

El Autocuidado en el Paciente con tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis periódica. Los pacientes con ERC presentan un perfil clínico general, con múltiples patologías asociadas por su enfermedad, con afectación de su condición general y con manifestaciones clínicas. El tratamiento de hemodiálisis implica en el paciente que mantenga una permanencia prolongada e indefinida a este tratamiento, lo que conlleva a un cambio total en su estilo de vida en la que él deberá desarrollar su autocuidado, con un empoderamiento en su propio bienestar.

Un concepto relacionado al autocuidado y que se introduce en el estudio es el término hoy empleado de “Empoderamiento” donde Rodríguez, dice que: empoderamiento o autonomía individual es el proceso de otorgar poder a las personas a participar en su propia toma de decisiones para realizar responsabilidades asignadas o encomendadas. Es así que este concepto puede

orientarse a la otorgación de poder al paciente en su propio cuidado con la finalidad de cumplir con responsabilidades encomendadas para mantener su organización que es su propio organismo. Así mismo otro concepto de autocuidado consiste en “acciones que permiten mantener la vida y la salud, no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales de grupo al que pertenece el individuo. El autocuidado permite a la persona y a su familia tomar la iniciativa y funcionar efectivamente en el desarrollo de sus propias potencialidades.

Toda persona con ERC debe alterar su vida para sobrevivir y cuando recibe hemodiálisis mucho más. Por ello es que debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de si mismo. Lo más importante es que las efectúe con las modificaciones que le impone la enfermedad, lo que permitirá sentirse mejor y más independiente, le proporcionara más seguridad al proporcionarse su propio cuidado y le ayudar a prevenir complicaciones.

Las guías recomiendan que el autocuidado deba ser incorporado en el plan terapéutico en la enfermedad renal. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Carta de Ottawa para la promoción de salud, define el fomento del autocuidado como uno de los ejes principales, en la atención a la salud de las personas, incluyendo la potenciación de la autoevaluación y de la ayuda mutua⁵. Dorothea Orem definió el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". Según Orem el autocuidado contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano, dichas

acciones no nacen con el individuo, sino que deben aprenderse. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo.

Los pacientes con enfermedades crónicas requieren contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permita modificar su estilo de vida con el menor costo emocional y físico. El identificar, determinar, conocer que necesita saber, saber hacer y las habilidades desarrolladas por el adulto con enfermedad crónica ambulatoria permitirán una intervención profesional oportuna y eficaz para incrementar la adherencia al tratamiento. El autocuidado del paciente renal en hemodiálisis estará en función con los efectos de la enfermedad , debiendo tener en cuenta los cuidados relacionados con los problemas de salud por la enfermedad que afectan algunos órganos y sistemas como los cardiovasculares, digestivos, neurológicos, músculo esqueléticos, endocrinológicos, hematopoyéticos, etc, los cuales para su sostenimiento control y manejo requieren no solo de la intervención del profesional de salud, sino que responde al autocuidado de la persona con una intervención efectiva del mismo paciente los cuales corresponden a seguir con el régimen terapéutico estricto, con administración farmacológicas, cumplimiento del tiempo y periodicidad del tratamiento de sustitución renal, cumplir el régimen nutricional indicado, mantenimiento, cuidado y seguimiento del acceso vascular ; control, manejo y prevención de complicaciones por urgencias dialíticas, etc, algunos aspectos relacionados con los efectos de la enfermedad renal sobre las necesidades básicas de la vida diaria del paciente necesarias para garantizar su propio autocuidado y

que deben ser consideradas para establecer un diagnóstico de enfermería eficaz y oportuna.¹⁰

El Cuidado de Enfermería en el Paciente con ERC con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis: Existen aspectos fundamentales en el **cuidado integral** de Enfermería que requieren estos pacientes y que continúan dependiendo de un acercamiento humano al enfermo que favorezcan: el grado de aceptación de la enfermedad crónica, el seguimiento de una dieta a veces muy incómoda, el tomar permanentemente medicamentos a horarios establecidos, que el paciente acuda tres veces por semana, cada tratamiento será con un promedio de 3 o 4 horas y este tratamiento será dado mientras no opte por otra modalidad de tratamiento como son la diálisis peritoneal ambulatoria o el trasplante renal.

Los cuidados de enfermería al paciente con insuficiencia renal dependen de las manifestaciones o respuestas humanas ante el estado de salud que presenta que pueden ser expresadas clínicamente y no clínicamente, de las alternativas terapéuticas, de los avances tecnológicos, de las complicaciones, de los factores psicosociales y económicos que se derivan de la enfermedad y de los modelos de atención -ambulatoria, servicios clínicos de diálisis y trasplante.¹⁶

Los conocimientos de fisiología renal se deben tener en cuenta para entender los problemas clínicos y poder así definir los cuidados¹⁵. El cumplimiento estricto de este tratamiento de hemodiálisis obliga al paciente en no tener libertad para disponer de su tiempo, el tener que acudir a la consulta externa, exámenes

frecuentes, y su actitud ante la vida en términos de relación social, laboral y de ocio, definen de una manera absoluta su calidad de vida y requieren ser atendidos a través del cuidado que brinda la enfermera. Su rol educador se orienta a intervenir eficazmente enseñando al paciente a aceptar del tratamiento el hemodiálisis como una posibilidad de vida, entender, conocer e identificar las sintomatología en diálisis y fuera de diálisis, conocer sus restricciones y la importancia del cumplimiento del régimen nutricional, del tratamiento farmacológico, cuidado del acceso vascular, cumplimiento del tratamiento de diálisis, entre otros aspectos¹⁴

Así también el cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social donde su esencia es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a las personas en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales. Este cuidado está garantizado por el proceso de enfermería que es el método que permite describir, identificar, tratar y evaluar en forma coherente las diferentes respuestas humanas ante un mismo diagnóstico médico. Como instrumento el proceso es útil para la valoración, establecimiento de objetivos y definición de acciones concretas relacionadas con las actividades de la vida diaria, la educación en salud del enfermo y su familia y además favorece la relación terapéutica¹³.

La persona con ERC pierde la capacidad de funcionamiento renal, entonces hablamos que se ha producido un daño renal con pérdida de la integridad del riñón, así como de su función depuradora y reguladora del medio interno del

paciente. Avendaño, señala que las causas más frecuentes de la ERC puede ser provocadas por una gran variedad de patologías, como: glomerulonefritis, pielonefritis, neuropatías por fármacos, enfermedad quística, enfermedad vascular renal, nefritis hereditarias, diabetes, mielomatosis, tuberculosis, tumor renal, pérdida traumática o quirúrgica, otras causas de etiología incierta¹⁵. Cuando el paciente presenta la falla renal puede ser agudo o crónico; la diferencia entre ambos se establece atendiendo a las causas que generan la falla y a su duración. La falla renal aguda es súbita que puede ser de causa secundaria a complicaciones multiorgánicas, por cuadros quirúrgicos, sepsis, intoxicaciones, etc.; esto va exigir una tratamiento de hemodiálisis hasta que se solucione la causa primaria y el riñón recupere su función normal o de manera continua si no se revierte el daño hasta el punto de que el paciente no podrá dejar de recibir el tratamiento dialítico¹⁴.

CAPÍTULO III:

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La investigación que se realizó es de tipo cualitativa. La investigación cualitativa consiste en describir detalladamente situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son sentidas y expresadas por las personas y no como el investigador describe, además se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso investigativo¹⁷

Los pacientes con enfermedad renal crónica de la Unidad de hemodiálisis fueron amables en expresar lo que sentían en cada una de las respuestas de acuerdo a la interrogante que se les planteaba

El proceso cualitativo inicia con la idea de la investigación que permite dar contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias. Es decir aporta un punto de vista “fresco, natural y holístico” del fenómeno a investigar.

3.2. Abordaje Metodológico

El tipo de abordaje que se utilizó en esta investigación fue estudio de Caso del cual se dice que son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Normalmente la entidad la constituyen las personas, pero también pueden tratarse de familias, grupos, instituciones y otras unidades sociales. En donde las investigadoras intentan analizar y comprender los fenómenos o problemas más importantes del ente, es decir corresponde a un análisis intensivo, el cual consiste en determinar la dinámica de porque el individuo piensa, se comporta o se desarrolla de una manera en particular.¹⁸ En este caso lo constituyen las personas que tienen enfermedad renal crónica donde se analiza y comprende los fenómenos más importantes.

La principal ventaja de los estudios de caso es la profundidad a la que se puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos, así mismo brinda a las investigadoras la oportunidad de tener conocimiento íntimo del estado, los pensamientos, los sentimientos, los

actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno del sujeto. Cuando se realizó la entrevista a los pacientes las respuestas fueron extensivas donde lograron recordar cómo empezó su enfermedad.

Se consideran tres fases del estudio de caso: La primera fase exploratoria es aquella en que se especifican los puntos críticos, se establecen los contactos iniciales para entrar en el campo, localizar a los informantes y fuente de datos. Es fundamental para la definición más precisa del objeto de investigación. Las preguntas o puntos críticos iniciales pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno que se estudiara o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador (o grupos de investigadores).¹⁹

En este sentido esta fase permite en un primer momento realizar la estructuración de preguntas orientadoras para la investigación, posteriormente se localiza a los casos para el estudio, para ello se cuenta con la ayuda de la coordinadora de enfermería del Hospital Regional Lambayeque, para llegar al informante que acepta participar de la investigación.

En la segunda fase se recolectan sistemáticamente las informaciones o datos mediante instrumentos más o menos estructurados, su elección está determinada por características propias del objeto de estudio. Por ello en esta fase se utiliza la entrevista semiestructurada a profundidad elaborada y

validada por las investigadoras que contribuye a recabar la información necesaria y específica entorno al cuidado enfermero que recibe la persona en tratamiento de hemodiálisis, lo que permite conocer sus sentimientos, emociones y dudas.

Por último la tercera fase la constituye la elaboración del informe final previo análisis de la información, en el cual surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia. Pueden ser presentados por escrito o presentaciones visuales y auditivas, etc. Dentro de esta fase se realiza el análisis temático de los datos obtenidos del objeto de estudio, los mismos que se darán a conocer elaborándose las subcategorías y categorías previa lectura de los discursos correspondientes que contienen la esencia de la investigación y al mismo tiempo confrontación con la literatura a fin de tornarla disponible y accesible a los interesados.¹⁹

El estudio de caso posee 7 principios, así tenemos:²⁰

Dirigirse al descubrimiento. A pesar de que la investigadoras parten de unos presupuestos teóricos iniciales, ellos procuraran mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden ser sumados en la medida que el estudio avance. Esta característica se fundamenta en que el conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y se rehace constantemente. En la presente investigación, el cuadro teórico inicial sirve de estructura base, dado que en la medida que la investigación avance podrán ser añadidos

nuevos aspectos teóricos que fundamenten dicho estudio, permitiendo a las investigadoras estar atenta a la aparición de nuevos conceptos mientras el estudio avanza.

Los estudios de caso enfatizan la interacción en el contexto; es decir que para una comprensión más completa del objeto, es preciso tener en cuenta el contexto en que se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionados a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están relacionadas.²¹

Los estudios de caso usan variedad de información. Donde las investigadoras recurren a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una variedad de informantes. La diversa información de la investigación será obtenida de diversas fuentes y realizada en diferentes circunstancias y situaciones, donde se tendrá la oportunidad de interactuar con el entorno de estas personas, permitiendo corroborar los datos obtenidos a través de las entrevistas aplicadas a los sujetos de estudio.

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. Las investigadoras procuran revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando las interrelaciones entre sus componentes. Revelan experiencias secundarias

pero importantes y permiten generalizaciones naturales. Se ha procurado relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector pueda hacer sus generalizaciones naturales.

Pretenden representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación estudiada puede suscitar opiniones diferentes, las investigadoras van a procurar extraer para el estudio las divergencias de opiniones revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. De ese modo es dejado a los usuarios del estudio sacar conclusiones sobre estos aspectos contradictorios.²²

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros asistentes de investigación. Pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños fotográficos, discusiones, mesas redondas. Para dar a conocer lo que se investiga se utiliza el relato por escrito el cual es narrado a través de un lenguaje sencillo y coherente, describiendo y explicando la información obtenida para un mejor entendimiento del sujeto de estudio y su realidad de manera que favorezca una mejor comprensión de los relatos descritos.

3.3. Escenario

El escenario lo constituirá la unidad de hemodiálisis del Hospital Regional Lambayeque, situado en la ciudad de Chiclayo, inaugurada el 15 de agosto del 2013. Esta es una entidad del Ministerio de Salud (MINSA), donde atiende a personas del Sistema Integral de Salud (SIS) y particulares. En la actualidad,

acuden un promedio de 62 personas con enfermedad renal crónica, que reciben tratamiento de hemodiálisis, éstos provienen de diferentes lugares entre ellos: Chiclayo, Lambayeque, Ferreñafe, Jayanca, Tután, Chongoyape, Pucalá, Olmos, Chachapoyas, Motupe, Jaén, etc. Algunos de estas personas vienen acompañados y otros solos.

Los pacientes con tratamiento de hemodiálisis son potadores de diferentes accesos vasculares, de los cuales 10 personas tienen Fístula arteriovenosa (FAVI), 46 son portadores de catéter venoso central (CVC) y 8 tienen catéter venoso de larga permanencia (CVLP). Estas vías de acceso son importantes para que el tratamiento de Hemodiálisis (HD) se lleve a cabo a través de la circulación extracorpórea. Las edades de los pacientes fluctúan de 20 a 60 años entre hombres y mujeres, jóvenes y niños.

El tratamiento es de manera interdiaria en turnos de lunes a sábado, cada sesión varía desde 3h30min a 3h45min. Al día se lleva a cabo 4 sesiones de hemodiálisis, cada sesión está conformada por 8 pacientes, la cual están divididos en 2 módulos, 4 pacientes por módulo, y cada módulo es asignado bajo el cuidado de una enfermera; cuando el paciente presenta problemas de salud después de la hemodiálisis, la persona queda reposando en sala de tratamiento donde el médico lo evalúa y la enfermera de monitorizarlo.

3.4. Población:

La población estuvo constituida por 64 personas con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional Lambayeque que cumplieron los criterios de inclusión

- Personas orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Personas hombre y mujeres mayores de 20 hasta 60 años de edad.
- Personas con tiempo de tratamiento en hemodiálisis mayor de un mes
- Personas que hayan firmado el consentimiento informado
- Personas asegurados SIS

La muestra se obtuvo por saturación y redundancia, es decir cuando los discursos se tornaron repetitivos y ya no aportaron con nuevos datos para el estudio se dejó de seguir recolectando datos.²¹ En el estudio realizado la muestra fue con **10 personas**, ya que las demás durante la entrevista mencionaron los mismos relatos.

3.5. Instrumentos de recolección de datos:

El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista semiestructurada y la observación simple²³.

Para realizar éste tipo de entrevista se utilizó un instrumento que consistió en una guía que contenía los aspectos sobre los cuales se trató y además permitió indagar a profundidad a los sujetos de estudio, para el cual se empleó una grabadora. La entrevista estuvo constituida por 4 preguntas, por lo tanto, se obtuvo información de las declaraciones de las personas que recibieron tratamiento de hemodiálisis, sujetos de estudio, dándoles oportunidad de hablar sobre el tema propuesto con toda libertad de expresión, de manera espontánea y sincera.

La entrevista semi-estructurada fue validada por una muestra piloto con dos pacientes del Hospital Regional Lambayeque donde reciben tratamiento de hemodiálisis, dichas personas no participaron en el estudio. Otro instrumento para la recolección de datos fue la observación simple.

3.6. Procedimiento:

La investigación se realizó mediante la identificación de la problemática. Aprobado el proyecto se solicitó la autorización correspondiente al médico jefe y enfermera jefe del Hospital Regional Lambayeque para entrar en contacto con las

personas que reciben tratamiento de hemodiálisis; según los criterios de inclusión, se les explicó en qué consistió la investigación. Luego de tener la seguridad de que hayan comprendido los fines de la investigación, se procedió a firmar el consentimiento informado.

Posteriormente se procedió a realizar la entrevista cuando los pacientes estaban en su tratamiento de hemodiálisis con una duración aproximadamente 30 min. Para la entrevista se utilizó una grabadora con previo permiso de los participantes, durante el desarrollo de la misma también se observó las reacciones, gestos, situaciones de los entrevistados²⁵.

Terminada la entrevista se agradeció la participación y luego se borraron los discursos, se procedió a leerlos, describirlos, registrarlos, clasificarlos, analizarlos e interpretarlos. Finalmente se presentó el informe respectivo.

3.7. Análisis de datos:

El análisis de los datos permitió manipular, transformar, operar, reflexionar, hacer comprobaciones entre todos los datos recogidos con el fin de extraer significados relevantes en relación al problema de investigación²⁴: el autocuidado del paciente renal.

En este sentido al realizar un primer análisis y encontrarse con un gran volumen de datos, se fue separando lo que no fueron aptos para el estudio. Para lo cual se procedió con Análisis temático²³, el cual partió de datos textuales, donde se descompuso en unidades temáticas para proceder posteriormente a su agrupamiento en sub categorías siguiendo el criterio de analogía. Es decir, se consideró las similitudes o semejanzas que existieron entre éstas en función de criterios preestablecidos²⁶.

El análisis temático comprendió tres etapas²³ que se lograron plasmar en la investigación y fueron:

Pre análisis: En esta etapa se organizó el material a analizar, en la que se diseñó y definió los ejes del plan que permitió examinar los datos. Se organizó el material resultado de las entrevistas. La investigadora se “sumergió” mentalmente, en la realidad allí expresada, revisó los relatos escritos y se escuchó las grabaciones repetidamente, para revivir la realidad en una situación concreta, y después, con la finalidad de reflexionar acerca de la situación vivida para comprenderla. Luego se transcribió, el material protocolar de manera íntegra, se hizo varias lecturas y relecturas, demarcando y destacando la importancia del conjunto de elementos dentro del universo de documentos de análisis.

En esta fase se organizó las entrevistas en archivos de Word, para hacer la lectura y relectura, tratando de entrar en el discurso de los entrevistados para

comprenderlos. De esta manera se tuvo ideas generales para acertar de manera general cómo se desarrolló el autocuidado en el paciente renal hacia personas que reciben tratamiento de hemodiálisis.

Codificación: Consistió en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) por recorte, agregación y enumeración, a unidades temáticas. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos. Hay que dividir los contenidos en porciones o unidades temáticas (párrafos o grupos de párrafos que expresan una idea o un concepto central).²⁷

La investigadora después de transcribir y leer las entrevistas (datos brutos), se unió por cada pregunta las respuestas enumeradas de cada una entrevistador, donde se obtuvieron las unidades temáticas (idea central de lo que tratan de expresar las personas) de las entrevistas, donde cada palabra que se repetía se pintaba de diferentes colores.

Además se seleccionó y unió fragmentos relacionados al autocuidado sin perder, el anonimato. Esta etapa fue ardua por la cantidad de datos importantes que se obtuvieron en las entrevistas, para ello se tuvo en cuenta el objeto de estudio.

Categorización: Consistió en la organización y clasificación de las unidades temáticas obtenidas en base a criterios de discriminación. El criterio fundamental de categorización del análisis de contenido temático es semántico, es decir, se

agruparon las unidades por similitudes en cuanto a su significado. Posteriormente al obtener las unidades temáticas, se agruparon y organizaron subcategorías previas, donde algunas de ellas pasaron a ser categorías, luego se volvieron a reagrupar por criterio de similitud, formando categorías.

Se unió las respuestas que tenían casi igual contenido de los 10 pacientes renales que fueron entrevistados, luego de acuerdo a las palabras que se repetían se sacaba categorías y subcategorías.

3.8. Principios Éticos

Los principios éticos son: El valor fundamental de la vida, El principio de la libertad y de responsabilidad, y el principio de socialización y subsidiaridad.²⁵

- El Valor Fundamental de la vida nos dice que la vida humana es inviolable, ya que nadie puede ejercer su libertad o autonomía. Por lo tanto, éste principio se colocó en práctica en el desarrollo de la investigación, respetando la vida de la persona, así como su intimidad, su libertad y sociabilidad durante el tiempo que se llevó a cabo la entrevista, sin interponerles alguna situación incómoda, escuchando sus opiniones, además se guardó la confiabilidad de los datos expresados y su identificación a través de códigos. De ésta manera se

respetó su dignidad como persona y no sólo ser utilizadas para los fines de la investigación.

- El principio de la Libertad y de Responsabilidad dice que toda persona tiene libertad de conceder o no la intervención sobre sí, pero tiene a la vez la responsabilidad de que su elección esté en consonancia con su propia dignidad. Todo acto de libertad, es realizable concretamente sólo en el horizonte de la responsabilidad, entendida como “res-pondere” o responder del propio obrar ante sí y ante los demás: la libertad es factualmente posible, si respeta la libertad de los demás, pero respetar la libertad de los demás significa respetar la vida de los demás. Por lo tanto, éste principio se aplicó, de la manera que los participantes aceptaron participar voluntariamente sin ser obligados, previo consentimiento informado y de ninguna manera con amenazas o promesas de recompensa, brindando la información necesaria; todo en un ámbito de profundo respeto a su libertad.

- El Principio de Socialización y subsidiaridad según el cual la persona está inserta en una sociedad que debe tender el bien común: cada hombre es responsable de su salud y de la salud de los demás, complementariamente. “Todo el bien que puede hacer la persona por sí misma debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas en familia o en las libres sociedades debe ser respetado también”. Esto significa que los sujetos de estudio son conscientes del impacto de su participación, pues sirvió para describir y

analizar cómo es el autocuidado en la relación enfermera/persona con tratamiento de hemodiálisis, constituyó una forma de reflexión y mejorar la calidad de cuidado. Por medio de los resultados se dieron a conocer como fue el autocuidado entre enfermera y persona, los cuales se publicaron través de artículos, concursos y simposios.

3.9. Criterios de Rigor Científico

Durante el estudio se aplicaron los criterios de rigor científico²⁸, así tenemos:

- **La credibilidad**, se logró cuando los hallazgos de estudio fueron reconocidos como reales y verdaderos, por las personas que participaron en el estudio o por aquellas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado. Aquí los datos que se obtuvieron de la investigación no fueron tergiversados puesto que se analizaron conforme fueron expuestos por las personas que recibieron tratamiento de hemodiálisis, y así se pudo analizar y comprender lo que evidencia de los cuidados impartidos por el personal enfermero.
- **La Confiabilidad**, consistió en la comprobación por parte de un investigador externo de la adecuación de la estrategia seguida de la calidad de la

información recolectada, la coherencia interna de los datos, la relación entre éstos y las interpretaciones realizadas. Por lo tanto, los resultados del presente estudio pueden ser ratificados por otros investigadores que quieran seguir la huella en cualquier momento de la investigación, llegando a realizar análisis justo con la interpretación dada por las investigadoras.

- **La transferibilidad o aplicabilidad,** consistió en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Se trató de examinar que tanto se ajustan los resultados con otros contextos. Se describió densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de realizar el análisis de los datos emergieron las siguientes categorías:

I. HEMODIALISIS: UN CAMBIO DE VIDA

Aunque la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un trastorno orgánico, encontrarse en un programa de diálisis, especialmente en el caso de la hemodiálisis (HD), afecta en mayor o menor medida a todas las áreas de la vida de la persona.

Los seres humanos nos enfrentamos a múltiples cambios a lo largo de la vida. Unos son positivos y otros no; unos son esperados, comunes para la mayoría de las personas y suelen formar parte del desarrollo, mientras que otros son

inesperados y propios de cada persona. Entre estos últimos nos encontramos la enfermedad. A estos cambios se les denomina acontecimientos vitales y todos ellos requieren poner en marcha nuestra capacidad de adaptación²⁹.

1.1. Adaptándome al tratamiento de Hemodiálisis

La adaptación necesita promover o ajustar distintos aspectos de la vida de la persona, primero se debe identificar los problemas adaptativos y en respuesta a ello las habilidades que la persona utilizan para controlar diversas situaciones que le generan estrés y de esta manera fomentar su adaptación en forma positiva.

Según (Francoise C), señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos (coloración de la piel, mal olor del cuerpo por la urea alterada, necesidad de eliminación – edemas) y psicosociales (ansiedad, depresión, estado de ánimo, nivel de ocupación) debe modificar su vida para adaptarse a la enfermedad. Por ello debe aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismo. El autocuidado se convierte en un elemento fundamental de promoción de calidad de vida ya que permite al ser humano ejercer su autonomía, decidir sobre su propio bienestar y participar activamente en acciones que mejoren las condiciones en que se desenvuelve³⁰.

El profesional de salud como es la enfermera cumple un papel fundamental en este tema desde el punto de vista de salud; ya que, de ella dependerá como se lleve

a cabo el proceso de aceptación, debido que será el paciente y familiar quien brindará el autocuidado después del tratamiento de hemodiálisis. Sin embargo, los pacientes que recién ingresan al tratamiento de hemodiálisis, no cuentan con el conocimiento necesario para aceptar adecuadamente a este proceso que en un primer momento rechazarán tanto pacientes y familiares dicho tratamiento, esto formará parte de la aceptación para poder mejorar su calidad de vida.

Este proceso de aceptación es parecido al duelo cuando perdemos a un ser querido, porque la enfermedad crónica provoca la pérdida de nuestra tan codiciada salud, tiene 5 fases: la negación- ira o enfado-negociación-depresión y la aceptación.

La primera fase es negación Las personas no estamos preparados para enfrentarnos a la pérdida de la salud, de manera que negamos la enfermedad, esa será nuestra primera reacción de defensa ante la noticia de que padecemos tal enfermedad crónica. La negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; y es una forma de defendernos mentalmente ante esa mala noticia. La segunda fase, ira o el enfado, reconocemos que la negación no puede continuar, porque la enfermedad es totalmente evidente. Aparecen sentimientos como la ira y todos los sentimientos asociados a la misma y esto provoca que no nos dejemos cuidar o si se dejamos que resulte más complicado.

Lo expuesto anteriormente, se expresa en los siguientes discursos:

....“ *Es muy triste tengo familia hijos y mis nietos que los veo, señorita hasta cuando voy a dializar, ya tengo 3 diálisis y sigo aquí yo si orino, que el Doctor me haga nuevos análisis yo estoy bien*” ...R3

....“ *Todavía no me acostumbro esto es nuevo para mí es difícil saber que tengo que estar de por vida en esta máquina pero mi hermano ya me va dar su riñón y me voy a operar*”R1

La tercera fase de negociación, alcanzaremos un último intento de llegar a un compromiso con la propia realidad de la enfermedad crónica. Y empezaremos queda pensar. Intentaremos llegar a acuerdos con nosotros mismos y con los demás para mejorar nuestra salud y calidad de vida. La cuarta fase es la depresión, El problema de salud que causa la enfermedad realmente nos impacta a diferentes niveles como el físico, el psíquico y el social. Aparecen sentimientos de no servimos para nada porque no podemos hacer muchas de las cosas que hacíamos anteriormente. Tendremos mucho miedo a las vivencias e incapacidad que pueda generar la enfermedad crónica y de todo lo que nos va a traer la enfermedad a nuestras vidas.

...“*Trabajo en un puesto de verduras, como será la gente me va ver que estoy con este catéter parado, podría ponerlo de costadito*” ...R8

...“*Me siento agotado, aburrido de venir 3 veces a la semana pero es por mi bien, estoy solo, mi esposa me abandonado trabajo en mototaxi y con esta enfermedad ya no podré hacer nada*”R9

La quinta y última fase es la aceptación, Habiendo pasado por las cuatro etapas anteriores, ahora la enfermedad se acepta como parte más de nuestra vida, una realidad con la que debemos de vivir porque no existe otra vía de escape. Con los primeros rayos de luz irán apareciendo los colores del arco iris emocional y el descubrimiento de capacidades que se encontraban latentes. Debemos de reconocer que nuestra mejor oportunidad de felicidad futura radica en la comprensión de nuestra enfermedad y de nuestro compromiso de vivir con la enfermedad sin poner más limitaciones de las que nos origina.

....“El acudir a mi tratamiento de hemodiálisis 3 veces por semana, es agotador, aburrido pero es por mi bien”R2

....“Vengo desde olmos gasto mucho pasaje mis hijas me traen, pero es por mi bien, término mi tratamiento de hemodiálisis y estoy más tranquila” ...R5

1.2. Reconociendo la Hemodiálisis para mejorar la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1947). Se necesita considerar muchos otros aspectos de la salud. La salud es un estado de la existencia que la gente define en relación con sus propios valores, personalidad y estilo de vida. Cada persona tiene un concepto personal de salud. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) definen salud como la actualización del potencial humano inherente y adquirido mediante conductas dirigidas a una meta, autocuidado competente y relaciones satisfactorias con otros, al tiempo que se hacen los ajustes necesarios para

mantener la integridad estructural y la armonía con el entorno. Debido a que la salud y la enfermedad son conceptos complejos, los modelos se usan para comprender las relaciones entre esos conceptos y las actitudes de los pacientes hacia la salud y las conductas de salud³¹.

El modelo de creencia de salud de Rosenstoch (1974) y Becker y Maiman (1975) aborda la relación entre las creencias de las personas y sus conductas. El modelo de creencia de salud ayuda a comprender los factores que influyen en las percepciones, creencias y conductas de los pacientes para planificar los cuidados que serán más efectivos con el fin de mantener o recuperar la salud y prevenir la enfermedad, en esta investigación sería como los pacientes renales podrían mantener su salud y prevenir complicaciones de su enfermedad.

El primer componente de este modelo implica la percepción de una persona de su susceptibilidad a una enfermedad. Por ejemplo, un paciente necesita reconocer el vínculo familiar en la enfermedad renal crónica. Después de reconocer este vínculo, especialmente cuando el padre o la madre y dos hermanos han muerto a los cuarenta años de infarto de insuficiencia renal crónica, el paciente puede percibir este riesgo.

El segundo componente es la percepción de una persona de la gravedad de la enfermedad. Esta percepción está influida y modificada por variables demográficas y sociopsicológicas, amenazas percibidas de la enfermedad y señales para la acción (p. ej., las campañas de los medios de comunicación y el consejo de la familia, los amigos y los profesionales de la salud). Por ejemplo, un

paciente puede no percibir que su enfermedad renal sea grave, lo que puede afectar a la manera en que cuida de sí mismo.

El modelo de promoción de la salud (MPS) propuesto por Pender (1982; revisado, 1996) estaba diseñado para ser un modelo «homólogo complementario para los modelos de protección de la salud». Define salud como un estado positivo, dinámico, no simplemente la ausencia de enfermedad (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011)³¹. La promoción de la salud está dirigida a aumentar el nivel de bienestar del paciente. El MPS describe la naturaleza multidimensional de las personas según interactúan dentro de su entorno para conseguir salud (Pender, 1996; Pender, Murdaugh y Parsons, 2011). El modelo se centra en las tres áreas siguientes: 1) características y experiencias individuales; 2) conocimiento y afecto específicos de la conducta, y 3) resultados conductuales. El MPS señala que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan a acciones subsiguientes. El conjunto de variables para el conocimiento y el afecto específicos de la conducta tienen una importante significación motivadora. Estas variables pueden modificarse mediante acciones de enfermería. La conducta de promoción de la salud es el resultado conductual deseado y es el objetivo del MPS. Las conductas de promoción de la salud tienen como resultado una mejora de la salud, habilidad funcional mejorada y mejor calidad de vida en todas las etapas del desarrollo (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011).

... "Cuando comencé con esta enfermedad paraba con náuseas, dolor de cabeza, picazón en el cuerpo, me sentía irritable, luego me hicieron la diálisis me choco

se me bajaba la presión llegaba cansada, en casa tenía mucha sed y tomaba líquido se me hinchaban los pies, a los meses me fui cuidando en lo que me decían en el Hospital y fui adaptándome” ...R6

Muchas variables influyen en las creencias y prácticas de salud de un paciente. Variables internas y externas influyen en cómo una persona piensa y actúa. Como se ha mencionado antes, las creencias de salud influyen generalmente en la conducta y prácticas de salud y asimismo afectan al nivel de salud de un paciente positiva o negativamente. Por ello, comprender los efectos de estas variables permite planificar y prestar cuidados individualizados.

Variables internas incluyen la etapa de desarrollo de una persona, la formación intelectual, la percepción de funcionamiento y los factores emocionales y espirituales. Etapa de desarrollo. El pensamiento de una persona y los patrones de conducta cambian a lo largo de la vida. La enfermera tiene en cuenta el nivel de crecimiento y desarrollo del paciente cuando utiliza sus creencias de salud y las practica como base para planificar los cuidados. El estudio del desarrollo implica buscar patrones o principios generales que se apliquen a la mayoría de las personas la mayor parte del tiempo (Murray y cois., 2008). El conocimiento de las etapas de crecimiento y desarrollo ayuda a predecir la respuesta del paciente a su enfermedad actual o a la amenaza de enfermedad futura. Se debe adaptar la planificación del cuidado enfermero a estas expectativas y a las habilidades del paciente para participar en su propio cuidado.

Formación intelectual. Las creencias de una persona sobre la salud están formadas, en parte, por los conocimientos de esa persona, la falta de conocimientos o la información incorrecta sobre las funciones corporales y la enfermedad, la formación educativa y las experiencias pasadas. Estas variables influyen en cómo un paciente piensa sobre la salud. Además, las capacidades cognitivas forman la manera en que una persona piensa, incluyendo la capacidad de comprender los factores implicados en la enfermedad y aplicar los conocimientos sobre salud y enfermedad a las prácticas personales de salud. Las capacidades cognitivas también se relacionan con una etapa del desarrollo de la persona. Una enfermera tiene en cuenta la formación intelectual de manera que esas variables puedan incorporarse en el cuidado de enfermería (Edelman y Mandle, 2010).

Percepción de funcionamiento. La manera en que las personas perciben su funcionamiento físico afecta a sus creencias y prácticas de salud. Cuando se valore el nivel de salud de un paciente, se deben recoger los datos subjetivos sobre la manera en que el paciente percibe su funcionamiento físico, como el nivel de fatiga, la dificultad respiratoria o el dolor. Después se han de conseguir los datos objetivos sobre el funcionamiento real, como la presión arterial, la talla y la valoración de los sonidos pulmonares. Esta información permite planificar con más acierto e implementar un cuidado individualizado.

...."El acudir a mi tratamiento de hemodiálisis 3 veces por semana, es agotador, aburrido pero es por mi bien. Mi familia no me dejo de lado, todo lo contrario

me apoyaron en los peores momentos de mi vida porque así lo sentía, mis hijas me cuidan mucho”...R10

Factores emocionales. El grado de estrés del paciente, la depresión o el miedo pueden influir en las creencias y prácticas de salud. La manera en que una persona maneja el estrés a lo largo de cada fase de su vida influye en la manera en que reacciona a la enfermedad. Una persona que generalmente es muy tranquila puede tener poca respuesta emocional durante la enfermedad, mientras que una persona incapaz de afrontar emocionalmente la amenaza de enfermedad puede o reaccionar de manera exagerada a ella y asumir que es una amenaza para su vida o negar la presencia de síntomas y no seguir el tratamiento.

Las variables externas que influyen en las creencias y prácticas de salud de una persona incluyen las prácticas familiares, los factores socioeconómicos y los antecedentes culturales. Factores socioeconómicos. Los factores sociales y psicoso- ciales aumentan el riesgo de enfermedad e influyen en la manera en que una persona define y reacciona a la enfermedad. Las variables psicosociales incluyen la estabilidad de la relación matrimonial o íntima de una persona, los hábitos de estilo de vida y el entorno laboral. Generalmente, una persona busca aprobación y apoyo de los grupos sociales (vecinos, compañeros y colegas) y este deseo de aprobación y apoyo afecta a sus creencias y prácticas de salud.

Igual que las variables sociales, las variables económicas afectan, a menudo, al nivel de salud de un paciente, aumentando el riesgo de enfermedad e influyendo

en cómo o hasta qué punto el paciente entra en el sistema de atención sanitaria. El cumplimiento de una persona con el tratamiento diseñado para mantener o mejorar su salud también está influido por su estatus económico. Una persona que tiene costosas facturas de servicios, una familia numerosa y unos ingresos bajos tiende a dar mayor prioridad a la comida y a la casa que a fármacos o tratamientos costosos o a comidas caras para dietas especiales. Algunos pacientes deciden tomar la medicación cada dos días mejor que cada día tal como está prescrito, para ahorrar dinero, lo que afecta mucho a la efectividad de la medicación³¹.

II. TRATANDO DE CUIDAR SU VIDA SELECCIONANDO Y RESTRINGIENDO LOS ALIMENTOS

Para ayudar a los pacientes a identificar y alcanzar las metas de salud, las enfermeras descubren y usan información sobre sus conceptos de salud. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) sugieren que para muchas personas las condiciones de vida definen la salud más que los estados patológicos. Las condiciones de vida pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud igual que las variables sociales, las variables económicas afectan, a menudo, al nivel de salud de un paciente, aumentando el riesgo de enfermedad e influyendo en cómo o hasta qué punto el paciente entra en el sistema de atención sanitaria.

El cumplimiento de una persona con el tratamiento diseñado para mantener o mejorar su salud también está influido por su estatus económico. Una persona que tiene costosas facturas de servicios, una familia numerosa y unos ingresos bajos tiende a dar mayor prioridad a la comida y a la casa que a fármacos o tratamientos

costosos o a comidas caras para dietas especiales. Algunos pacientes deciden tomar la medicación cada dos días mejor que cada día tal como está prescrito, para ahorrar dinero, lo que afecta mucho a la efectividad de la medicación³².

Los pacientes que asisten al tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Regional de Lambayeque son de bajos recursos económicos y tienen el seguro integral de salud (SIS), donde algunos medicamentos son cubiertos y otros tienen que ser comprados en forma particular ya sean antihipertensivos o antibióticos que son indicados por infección de catéter de alto flujo – acceso vascular para dicho tratamiento. Además no asisten a su tratamiento dialítico por motivos de vivir lejos y no tienen para los pasajes.

Cuando el paciente presenta falla renal crónica, la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, hasta el punto de requerir de por vida un tratamiento de sustitución de la función renal para poder seguir viviendo, entonces se produce la Enfermedad renal crónica terminal, de manera irreversible hoy llamada Enfermedad renal crónica (ERC), definida como un funcionamiento renal inferior al 10%. Los pacientes del Hospital Regional Lambayeque han perdido aproximadamente el 50% de la función renal y reciben tratamiento de hemodiálisis 3 veces por semana.

Cuando se realiza una exploración aparece una elevada presión arterial, altas concentraciones de sodio, potasio, urea en orina y niveles elevados de creatinina en sangre. Esto se debe al agua acumulada en el torrente sanguíneo y en los

tejidos, y a las sustancias tóxicas que transporta la sangre circulante. Todos los sistemas del organismo pueden verse afectados por este cuadro, denominado síndrome urémico o uremia, cuyos síntomas y signos son: náuseas, vómitos, gastritis, hemorragias digestivas, halitosis, hipertensión, dolor de cabeza, fatiga, pericarditis, anemia, edema, prurito, problemas óseos.

Dentro de los minerales encontramos el sodio, principal componente de la sal de mesa. Los riñones son los encargados de eliminarlo. Si no funcionan se acumula en el organismo, provocando retención de agua. Ese líquido acumulado puede producir hinchazón (piernas, párpados, etc.), tensión arterial elevada, insuficiencia cardíaca y edema de pulmón. El potasio es un mineral necesario para el funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Los riñones son los encargados de eliminar el exceso de potasio del organismo. Cuando no funcionan se acumula en la sangre. Su exceso en el organismo produce: hormigueos, calambres, debilidad muscular, arritmias e incluso parada cardíaca, por lo que puede convertirse en el componente más peligroso de la alimentación. El potasio se encuentra en la mayoría de los alimentos, pero sobre todo en frutas, verduras, legumbres y frutos secos³³.

Algunos de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Lambayeque llegan sobrehidratados con más de 3000ml para extraerlo en 3 horas y media, calambres durante o al finalizar la diálisis, náuseas, vómitos. Al inicio de la sesión presentan presión arterial alta y cuando se les pregunta si han hecho

desarreglo en las comidas refieren que sólo comieron plátano, y han tenido mucha sed lo más probable por el aumento de sal en comidas; el personal de enfermería es el encargado concientizar en cada diálisis al paciente y familiar de las complicaciones que puede tener el paciente durante el tratamiento por una inadecuada alimentación.

Otros pacientes dicen todo lo contrario y se expresan en los siguientes discursos:

... “No como comidas saladas, no como tanta grasa, no tomo mucha agua”...R1

... “Me cuido mis órganos, corazón, hígado, por medio de mi dieta he tenido la suerte que mi hija me cuida y guiado...”..R2

.. “Me cuido en los alimentos, poca sal”..R6

... “Me cuido en las comidas, en o tomar agua”..R8

.. “Trato de no comer mucho””R9

Como se habló anteriormente sobre los componentes de la salud el tercer componente de la salud es la probabilidad de que una persona tome acciones preventivas, resulta de la percepción de una persona de los beneficios o las barreras para actuar. Las acciones preventivas incluyen cambios en el estilo de vida, aumento en la adherencia a los tratamientos médicos o la búsqueda de consejo o tratamiento médico. La percepción del paciente de la susceptibilidad a la enfermedad y su percepción de la gravedad de una enfermedad ayudan a determinar la probabilidad de que el paciente tome parte o no en conductas saludables.³²

III. CUIDANDO LOS ACCESOS VASCULARES

Los datos epidemiológicos recogidos identificaron claramente que las infecciones dependían del tipo de accesos utilizados para la hemodiálisis; así, los pacientes portadores de FAVI tuvieron el menor índice de infección, seguidos de los CVCT y, finalmente, la mayor incidencia de infección la presentaron los CVC no tunelizados.

3.1. Cubrir el catéter para no mojarlos- infección

Entre el 15 y el 50% de los pacientes renales inician la hemodiálisis por medio de un catéter venoso central (CVC). Años atrás el uso de CVC comenzó a ganar popularidad como método rápido para establecer un acceso temporal de hemodiálisis (hasta la colocación o maduración de una fístula permanente arteriovenosa) o de acceso permanente para pacientes sin acceso vascular alternativo. En nuestro país, el 44% de los pacientes no disponen de acceso vascular permanente en el momento de iniciar la HD, y es el catéter su primer acceso vascular. Se calcula que el 11% de la población en hemodiálisis es portadora de un CVC³⁴.

En el Hospital Regional de Lambayeque tenemos mayormente pacientes portadores de CVC por lo que son pacientes que llegan por emergencia diálítica se les implanta CVC se quedan unos meses con nosotros para concientizarlos sobre su enfermedad y temas relacionados a ellos, pasan por un proceso de trámite para creación de FAV que los médicos indican, luego son derivados a clínicas de nuestra región.

Un paciente sometido a diálisis por catéter venosos central debe saber que tiene una puerta abierta para el ingreso de todo tipo de bacterias y microorganismos por ello es importante el autocuidado y la higiene en todo momento. Los catéteres muchas veces son retirados cuando se observa la presencia de bacterias lo cual es grave para la condición del paciente, La aparición de infecciones es mayor en los catéteres temporales que en los tunelizados por el túnel subcutáneo que ofrece una barrera de protección

Entre las clases de infecciones que se puede presentar en un paciente con catéter son: Infecciones cocos gran positivos o negativos son muy comunes en los accesos vasculares, sobre todo por ser una puerta al organismo del paciente en tratamiento. Son recurrentes las infecciones por estafilococos, pero de haber medidas de higiene constantes estas infecciones no se producen. (Málaga, 2011).

Entre los factores de riesgo de infección asociados al catéter se pueden enumerar: defectos asociados a la manipulación, defectos en la inserción del catéter, uso no adecuado del material estéril, humedad en el contorno del orificio

Esta condición expone al paciente a riesgos graves a su seguridad que en muchas ocasiones podría costarle la vida. Estos procedimientos son realizados.

... “Cuando me baño pongo mi cabeza para un costado que no se moje el catéter pero me ayudo mi esposo”...R4

.....”Al principio tapaba mi catéter pero por el tiempo ya no, y cuando se moja le digo a mi esposa que le ponga otra gasa”...R5

.....“Trato de no manipular el catéter y no ensuciarlo tapándolo del agua”..R8

.....“El catéter trato de no llevarlo sucio pero es imposible vivo en un lugar donde se acumula mucho la tierra y las enfermeras se sorprenden cada vez que le toca limpieza, porque al bañarme también se sale el tegader me dicen que lo traigo expuesto”...R10

El aislamiento de bacilos gramnegativos (BGN) (*Pseudomonas aeruginosa*) o por hongos (*Candida*) es menos frecuente y suele estar relacionado con la contaminación, extrínseca. En la unidad de hemodiálisis donde se realizó la investigación pocos son los pacientes que llegan con el catéter mojado, por lo que de acuerdo a la literatura nos habla de que los hongos se proliferan en la humedad. La mayoría sigue un cuidado adecuado como se transcribe en los siguientes discursos:

...“Al bañarme tapo mi catéter con una bolsa para no mojarlo o lavo con trapo”... R1

...“Para bañarme me cubro mi catéter y alrededor lo lavo con toalla y jabón ..R2

..“No duermo de lado derecho por donde está el catéter, para bañarme me pongo un trapo” ..R3

3.2. Cuidando mi fístula: Evitando mala posición y fuerzas en brazos

La fístula arteriovenosa interna (FAVI) en sus diferentes modalidades es, actualmente, el acceso vascular más idóneo para comenzar la hemodiálisis.

Evite cualquier tipo de presión sobre el brazo de la fístula, dado que puede provocar una trombosis, sobre todo en los casos de tensión arterial baja. Debe evitar las siguientes prácticas:

Vestir ropa ajustada u objetos que ejerzan presión, como relojes o pulsera que puedan comprimir la fístula, dormir sobre el brazo de la fístula, dado que puede provocar un enroscamiento transitorio de la fístula y una reducción de la circulación sanguínea, Doblar con fuerza el brazo de la fístula, Medir la tensión arterial en el brazo de la fístula con un tensiómetro, ya que, cuando se infla en manguito, se provoca una compresión de los vasos sanguíneos.

...“Por ejemplo, no presiono mucha mi fístula y en la noche me saco la gasita, no duermo encima de mi brazo”... R6

...“No cargo mucho peso porque tengo fistula”..R9

El autocuidado de la fístula arteriovenosa es importante porque el paciente será el protagonista y sabrá afrontar sus afecciones o complicaciones, además se adaptará y cumplirá las acciones requeridas; será una persona activa y participativa en el proceso de su enfermedad, que permitirá la supervivencia de la fístula brindando las condiciones adecuadas para una correcta hemodiálisis y disminuirá la morbi mortalidad del paciente; según la Sociedad Española De Nefrología el uso de catéter se asocia a un incremento del 53% en la mortalidad frente a la fístula arteriovenosa nativa; además el riesgo de hospitalización aumenta en un 68% con los catéteres ³⁵.

En el centro de aplicación del estudio de investigación se observó que los pacientes portadores de FAV, hacen uso de reloj, prendas ajustadas e incluso vendajes oclusivos en el brazo de la FAV, así como permiten la toma de muestra, vacunación y control de la presión arterial en el mismo. En otras oportunidades llegan con el brazo en mal estado de higiene, cargan cosas pesadas y refieren no

valorar el thrill/vibración, duermen sobre él, producto de ello presentan complicaciones como estenosis, trombosis y pérdida de la fístula, conllevando a la suspensión de la diálisis y colocación de catéter venoso central lo cual aumenta el riesgo de morbimortalidad en esta población. Estas conductas son inadecuadas según las guías internacionales de acceso vascular en hemodiálisis.

IV. CONOCIENDO LA DIETA DEL PACIENTE RENAL

4.1.. Tengo mucha sed -Restricción de líquidos

Existe un importante vacío de información en la Guías de manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) sobre los potenciales beneficios de una adecuada hidratación para prevenir el daño renal. Aunque no hay evidencias concluyentes, estudios experimentales y poblacionales sugieren que la cantidad de líquido ingerida puede ser un factor de riesgo de ERC no establecido. Los efectos renales adversos de una insuficiente hidratación podrían estar mediados por el incremento de vasopresina. En este sentido, una ingesta hídrica generosa, al menos para eliminar la carga osmótica, puede ayudar a preservar la función renal en pacientes con ERC que conservan la capacidad de generar alto volumen de orina.

... “Bajo en sal, no como frutas con potasio, poca agua, aunque yo le hecho más y tomo liquido porque tengo sed...”R8

... “Trato de no comer mucho y no tomar mucha agua, aunque me digan que sigo trayendo mucho líquido” ..,R9

Este “excedente” de líquido se corresponde con una determinada ganancia de peso entre sesiones y se denomina Ganancia Interdiálisis (GID). Uno de los objetivos de la HD es eliminar este líquido retenido durante el período entre sesiones. Así, al final de una sesión de HD, el peso del paciente debe ser tal que no presente complicaciones inmediatas (calambres, edemas, disnea, principalmente). A esto se le denomina “peso seco” y es una medida bastante estable que, en la práctica clínica, se ajusta de forma individualizada para cada paciente en función de que aparezcan o no dichas complicaciones. Así, a mayor o líquido ingerido entre dos sesiones por un paciente, más o menos GID, y, por tanto, más o menos líquido ha de eliminarse en la sesión de HD hasta conseguir el peso “ideal” o peso seco establecido para ese paciente.

...“no tomar mucha agua, aunque me digan que sigo trayendo mucho líquido...R9

A los pacientes se les recomienda un determinado máximo de ingesta total de líquido diario, que incluye el líquido contenido en los alimentos. El objetivo de la restricción de líquidos es mantener el cuerpo dentro de unos límites de normohidratación para prevenir la aparición de complicaciones asociadas a la sobrecarga hídrica como son, principalmente, edemas en extremidades y párpados, edema agudo de pulmón, insuficiencia cardíaca congestiva e hipotensión durante las sesiones de HD. La pauta de ingesta de líquidos que se prescribe a estos pacientes, es la GID máxima que deben acumular entre dos sesiones de HD para que no se produzcan esas complicaciones.

La pauta de ingesta diaria total de líquidos recomendada ha mostrado un rango de variación amplio: desde indicaciones restrictivas, de 0,5 y 0,9 litros, hasta recomendaciones muy permisivas, de entre 1,5 y 2 litros diarios, lo que supone, por ejemplo, hasta 4 litros entre sesiones, en pacientes de 70 Kg. Una de las razones para esta variabilidad es la dificultad de determinar cuándo se consigue un estado de hidratación adecuado o normohidratación. Y otra, como veremos más adelante, es que no está claro si realizar una recomendación absoluta, común a todos los pacientes, o más bien una recomendación relativa en función del peso del paciente³⁶.

CONSIDERACIONES FINALES

- Se considera el autocuidado en personas con enfermedad renal crónica, se basa en la cultura e importancia de mejorar su salud en relación a sus expectativas, el autocuidado hace destacar virtudes y actitudes en el comportamiento de la persona, entre ellos: la buena voluntad de aprender, el diálogo, la escucha atenta y la responsabilidad. Por lo tanto, si una persona se siente acogido, especialmente cuando se le ha diagnosticado una enfermedad renal crónica terminal y va depender de una máquina para el tratamiento de hemodiálisis, logrará adaptarse de manera progresiva.

Hablar del autocuidado se refiere al actuar de la enfermera con el paciente y familiares, siendo muy importantes las manifestaciones. En este contexto corresponde a la enfermera especialista en enfermería Nefrológica cumplir con la educación con el autocuidado favoreciendo la recuperación en post de una buena calidad de vida.

La educación que la enfermera brinda debe ser completa y oportuna en los pacientes renales durante el tratamiento hemodialítico, para que de esta manera puedan brindar cuidados de calidad disminuyendo los riesgos. Asimismo la enfermera debe conocer el contexto cultural de su población debido a que sus costumbres y creencias siguen siendo aplicadas para a aceptación de este tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Informar al comité de ética del Hospital Regional Lambayeque, los resultados de esta investigación para que se planteen nuevas estrategias para brindar una mejor atención de calidad y se realice modificaciones para el bienestar de su paciente.
- Coordinar con Jefatura de Enfermería para que se realice capacitaciones mensuales para establecer un programa educación continua en servicio reforzando las competencias en el cuidado de los accesos vasculares, autocuidados mediante ayudas audiovisuales, materiales como tríptico sobre el cuidado de los accesos vasculares, autocuidado en casa con ayuda de la familia, para lograr una mejor educación en los pacientes renales y que se puedan brindar los cuidados adecuados y oportunos.
- Proponer un programa de educación continua a las enfermeras del servicio de hemodiálisis para favorecer el autocuidado de los pacientes y monitorear el autocuidado del paciente a través de un plan de trabajo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lupe León Posada. Enfermedad Renal Crónica. Perú. 12 de marzo del 2015 disponible en: <http://rpp.pe/peru/actualidad/chiclayo-ocho-mil-pacientes-sufren-de-insuficiencia-renal-noticia-777467>.
2. García de López Alcira Eugenia, Láinez Elías. Tesis Autocuidado en el paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en el programa de hemodiálisis del hospital regional del instituto salvadoreño del seguro social de santa ana, en el período de febrero a septiembre de 2013”.
3. Rivera L., Lozano O, R. Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre autocuidado con acceso Vascular. Rev. Enferm Inst. Mex. Seguro Soc. [Serie de internet.] 2010 [citado 30 Abril 2011], 18 (3). México. Sitio: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim103c.pdf>.
4. Karla Salazar Larios el 12 de Diciembre de 2014. disponible en <https://prezi.com/6ckocqgmcisa/conocimiento-y-practicas-deautocuidado-sobre-cateteres-veno>.
5. Pérez J. Aplicación De Las Teorías De Orem y Peplau En El Proceso De Atención De Enfermería..[Citado el 15 de octubre de 2012] sitio: (TESIS FERNANDEZ). <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREMYPEPLAU.htm>

6. Marriner T. Modelos y teorías de la enfermería. 4ta Edición. España; Harcourt Brace: 1999.
7. Pérez J. Aplicación De Las Teorías De Orem y Peplau En El Proceso De Atención De Enfermería..[Citado el 15 de octubre de2012] sitio: <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREMYPEPLAU.htm>.
<http://www2.fmcag.com/aptrix/fmcint/kidneyoptionsspain.nsf/Content/Hemodialysis>.
8. Rebollo Álvarez, P. Factores asociados a la calidad de Vida de los Pacientes en Hemodiálisis relacionados con la salud: Revisión Bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Nº 2, Volumen XX, 2000,pp.171-181.
9. “El Paciente en Hemodiálisis.” 2010, México: pp.1-4.<http://donación.organos.ua.es/p-renal/autocuidado.htm>.
10. MODULO 2.- Técnicas En El Tratamiento Sustitvo Renal. Disponible en:<Http://www.ice.udl.es/udv/demo/52135/recursos/fitxers/modul2/modul2.pdf>
11. Galache Andrés Belén, 2010. Investigación. “Diagnósticos de Enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis” Unidad Nefrología Hospital Virgen de la Vega–Salamanca-España. Rev. Soc. Española. Enfermería Nefrológica, vol. 7(3), pp. 158/163
12. “El Paciente en Hemodiálisis.” 2012, México: pp.1-4. <http://donación.organos.ua.es/p-renal/autocuidado.htm>.

13. Fernández Caldas, B. “Educación Sanitaria para enfermedades renales crónicas – La Insuficiencia renal y su tratamiento con diálisis”. Escuela Universitaria de Enfermería y sección nefrológica. Hospital SS-Jerez de la Frontera- España, 2001, pág.331.
14. Veronessi, Guillermina. Cumplimiento de las pautas alimentarias en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Clínica de Hemodiálisis de Fresenius Medical Care. (Tesis para optar licenciatura en Nutrición) Buenos Aires-Argentina, 2011, pp.5-75.
15. Aljama P, Arias M, Valderrábano F. Insuficiencia Renal Progresiva. Madrid: Ed.Grupo Entheos; 2009. p. 29-181.
16. Agüero E. y Paravic T. ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2013 Dic 13]; 16(3): 33-39. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es.
17. Pineda E. y Alvarado E. Metodología de la investigación. Washintong: Organización Panamericana de la Salud, 2008.
18. Hernández R. “Metodología de la Investigación”. Edición. España: Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. 2006.
19. Burns, N y otros. Investigación en Enfermería. 3º Edición. España. Elsevier S.A. 2005.

20. Bernal, T. y César, A. Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2 da edición. México. Editorial Pearson Educación. 2006.
21. Rodríguez G., Gil J. y García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe, 1996.
22. Iñiguez, L. y Vitores, A. (2012). Entrevista grupal. Curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos. Universidad Autónoma de Barcelona UAB. En red: http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic_Entrevista_grupal.pdf.
23. Polit D. y Bernadette H. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Sexta Edición. Mc Graw – Hill Interamericana. México, 2010.
24. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. 2009.
25. TAMAYO y TAMAYO, Mario (2012). El proceso de la Investigación Científica. Editorial Limusa. México. D.F.
26. PINEDA, Elia; ALVARADO, Eva y CANALES, Francisca. (2009) Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda Edición. Editorial Pro salute.
27. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto.; FERNANDEZ COLLADO,
28. Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar (2012) Metodología de Investigación. Editorial Mc. Graw – Hill. Interamericana. México.

29. Alvis, L. y Col. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002; 4(1). 207-216.
30. Ruiz, B., Basabe, N., Fernández, E., Baños C y otros. Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2009; 12(1):11/17.
31. Potter-Perry. Fundamentos de Enfermería. 8^{va}Edición. Elsevier.2014
32. Kozier & Erb. Fundamentos de Enfermería. 9^{na}Edición. Pearson.2012
33. Unidad de Nefrología diálisis. Guía de alimentación en pacientes con insuficiencia renal.Hospital Universitario Donostio. Unidad de Comunicación. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Alimentacion_Insuficiencia_Renal_C.pdf
34. Revista Panamericana de Infectología.Infecciones relacionadas a catéteres venosos centrales en pacientes hemodializados: Análisis multivariante de factores de riesgo. Vol 6. Uruguay: Asociación Panamericana de Infectología, 2004.
35. SEN: Sociedad Española de Nefrología [internet] España: SEN; c2016 (citado 22/7/16) Acceso Vascular para Hemodialisis. Disponible en:
<http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructur>.
36. Valderrábano, F. (1999). Tratado de Hemodiálisis. Barcelona: F. Edit. Médica Jims SL.

ANEXOS 01



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Consentimiento para participar en un estudio de investigación:

Autocuidado de la Persona con tratamiento de Hemodiálisis

Hospital Regional Lambayeque

Datos informativos:

Institución : Hospital Regional Lambayeque

Investigador : Corina Lizet Sipion Neciosup

Título: Autocuidado de la persona con tratamiento de hemodiálisis
en el Hospital Regional Lambayeque del Norte 2016

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Autocuidado de la persona con tratamiento de hemodiálisis Hospital Regional Lambayeque 2016, con la finalidad de Describir y analizar el autocuidado del paciente en tratamiento de hemodiálisis .

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas

relacionadas con el tema de investigación, la cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un código, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista se llevará a cabo en el salón de espera del institutto.

2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja o estudia y a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica y presentada en congresos Internacionales y nacionales.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos negativos. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista mediante el conocimiento de los resultados de la investigación escrita en un informe final.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente

la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al tel.....968418812....., investigador principal.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Fecha

Nombre:

DNI:

Testigo

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigador

Fecha

Nombre:

DNI:

Anexo N°02

**GUIA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA
PACIENTE**

A continuación se le hará algunas preguntas, las cuales se le pide responder con sinceridad. Le garantizamos que será anónima y para ello se le asignara un código correspondiente a la primera letra de la palabra paciente precedida de un numeral, como Ud., es la primera será R1

DATOS PERSONALES:

Código

Edad: ----- **Sexo:** ----- **Estado**
civil-----

Procedencia: -----religión

DATOS ESPECIFICOS:

Preguntas:

1. ¿Qué significa para Ud. venir cada semana a su tratamiento de hemodiálisis?
2. Durante el tiempo que Ud, ya lleva en hemodiálisis qué acciones realiza para cuidar su salud....qué es lo que cuida más y cómo lo hace? ¿Cómo cuida su acceso?
3. ¿Cómo cuida su acceso?
4. ¿Cómo es tu dieta?

Anexo N°03

ENTREVISTA N°01:

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Todavía no me acostumbro esto es nuevo para mí es difícil saber que tengo que estar de por vida en esta máquina pero mi hermano ya me va dar su riñón y me voy a operar,

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

No como comidas saladas, no como tanta grasa, no tomo mucha agua.

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

Al bañarme tapo mi catéter con una bolsa para no mojarlo o lavo con trapo.

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Todo lo que me ha dicho el nutricionista, comer frutas que no tengan potasio.

ENTREVISTA N°02:

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Al acudir al tratamiento de hemodiálisis me siento más tranquilo, porque cuando falto un día estoy con la preocupación que acumulo líquido.

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Me cuido mis órganos, corazón, hígado, por medio de mi dieta he tenido la suerte que mi hija me cuida y guiado.

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

Para bañarme me cubro mi catéter y alrededor lo lavo con toalla y jabón.

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Como poca sal, azúcar y grasa

CATEGORIA: AUTOCUIDADO EN ELEMENTOS CLAVES

A. CUIDANDO SU SALUD A TRAVEZ DE LA DIETA

B. AUTOCUIDANDO SU CATETER

ENTREVISTA N°03:

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Es muy triste tengo familia hijos y mis nietos que los veo, Srta. hasta cuando voy a dializar, ya tengo 3 diálisis y sigo aquí yo si orino, que el Doctor me haga nuevos análisis yo estoy bien.

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Trato de cuidarme en lo que me dicen

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

No duermo de lado derecho por donde está el catéter, para bañarme me pongo un trapo

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Como menos dulces, bajo en sal y las comidas pesadas.

ENTREVISTA N°04:

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Es algo que ido asimilando y que me tumba a la cama cada vez que asisto a mi diálisis y mi cabeza me duele.

Al principio esta enfermedad me deprimió mucho pero lo fui asimilando con ayuda de psicólogo, personal de salud y nutricionista, que me educaron sobre el cuidado que tenía que tener en cuenta

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Desde hace 3 años estoy en tratamiento de hemodiálisis y me cuido en mi dieta no fue fácil al inicio me costó mucho acostumbrarme, a realizar el cuidado que me decían las enfermeras pero hasta el día de hoy mensualmente asisto a consulta con nefrología para saber sobre mis análisis y saber en qué estoy descuidándome

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

El catéter cuando me baño pongo mi cabeza para un costado pero me ayudo mi esposo

4. ¿COMO ES TU DIETA?

No como mucha sal, agua no puedo dejar de tomar tengo mucha sed, nada de carnes rojas, no sopa, más me restrinjo en poca sal.

ENTREVISTA N°05:

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Vengo desde olmos gasto mucho pasaje mis hijas me traen, pero es por mi bien, término mi tratamiento de hemodiálisis y estoy más tranquila

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Cuido mi vida y catéter, asistiendo a mi sesión de hemodiálisis

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

Al principio tapaba mi catéter pero por el tiempo ya no, y cuando se moja le digo a mi esposa que le ponga otra gasa”.

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Como camote, yuca, huevo sancochado, aguadito todo bajo sal

ENTREVISTA N°06:

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Cuando comencé con esta enfermedad paraba con nauseas, dolor de cabeza, picazón en el cuerpo, me sentía irritable, luego me hicieron la diálisis me choco se me bajaba la presión llegaba cansada, en casa tenía mucha sed y tomaba líquido se me hinchaban los pies, a los meses me fui cuidando en lo que me decían en el Hospital y fui adaptándome

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Me cuido en los alimentos, poca sal

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

Por ejemplo, no presiono mucha mi fístula y en la noche me saco la gasita, no duermo encima de mi brazo

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Solo consumo en fruta y durazno, manzana y pera, tengo mi relación, bajo en sal y grasa, pescado sudadito no frito o a la plancha.

ENTREVISTA N°07:

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Vengo porque me dicen, no me acostumbro a esta nueva vida

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Cuido mi vida, ya no salgo mi vida cambio

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

Mi esposa me baña

4. ¿COMO ES TU DIETA?

ME hacen la comida bajo en sal''

ENTREVISTAS N° 08

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Trabajo en un puesto de verduras, como será la gente me va ver que estoy con este catéter parado, no podrá ponerlo de costadito

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Me cuido en las comidas, en o tomar agua

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

Trato de no manipular el catéter y no ensuciarlo tapándolo del agua

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Bajo en sal, no como frutas con potasio, poca agua, aunque yo le hecho más y tomo liquido porque tengo sed

ENTREVISTAS Nº 09

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

Me siento agotado, aburrido de venir 3 veces a la semana pero es por mi bien, Estoy solo, mi esposa me abandonado tarabajo en mototaxi y con esta enfermedad ya no podré hacer nada

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

Trato de no comer mucho y no tomar mucha agua, aunque me digan que sigo trayendo mucho líquido

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

No cargo mucho peso porque tengo fistula

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Me cuidan porque yo como lo que se me antoja pero mis hijas me restringen todo en la sal, condimentos la fruta como plátanos y naranja.

ENTREVISTAS Nº 10

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED ACUDIR A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS 3 VECES POR SEMANA?

El acudir a mi tratamiento de hemodiálisis 3 veces por semana, es agotador, aburrido pero es por mi bien.

Mi familia no me dejo de lado, todo lo contrario me apoyaron en los peores momentos de mi vida porque así lo sentía, mis hijas me cuidan mucho están pendiente de lo que debo o no debo de comer

2. ¿DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS QUE ACCIONES REALIZAS PARA CUIDAR TU SALUD?

No cumplo con mi dieta, porque me provocan muchas cosas que me prohíben, pero mis hijas siempre me vigilan

3. ¿COMO CUIDA SU ACCESO?

El catéter trato de no llevarlo sucio pero es imposible vivo en un lugar donde se acumula mucho la tierra y las enfermeras se soreprenden cada vez que le toca limpieza, porque al bañarme también se sale el tegader me dicen que lo traego expuesto”.

4. ¿COMO ES TU DIETA?

Restricción de agua, frutas que no tengan potasio.

