

2004

Respuesta de autocuidados adoptada por los pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados : estudio comparativo entre dos centros nefrológicos de Mar del Plata

Cabrera, Sonia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/323>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

RESPUESTA DE AUTOCUIDADOS

**ADOPTADA POR LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA HEMODIALIZADOS; ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS
CENTROS NEFROLÓGICOS DE MAR DEL PLATA.**

Por: CABRERA, SONIA

CAPURRO, LILIAN

GONZÁLEZ, ROBERTO

romarogonzalez@unmdp.edu.ar

CÁTEDRA: TALLER DE TRABAJO FINAL

TITULAR DE LA CÁTEDRA: LICENCIADA LAURA CELAYA

Asesores en el tema: Licenciada Beatriz Ibáñez

Licenciada Ana Maria Kitlan

Otros: Licenciada Laura Orosco

Licenciada Mara Polino

Diciembre, 2004

Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

INDICE

Introducción	2
Formulación del Problema	3
Justificación	4
Objetivos Generales	5
Objetivos Específicos	5
Marco Conceptual	7
Hipótesis	29
Método	30
Tipo de Investigación	30
Universo	31
Instrumento de Recolección de Datos y Técnica	31
Operacionalización de Variables	31
Conclusiones	38
Bibliografía	41
Anexos	45
Encuestas	46
Gráficos	48

Introducción

De la experiencia en hemodiálisis y sus múltiples complicaciones surge la necesidad de conocer los factores que ayudan a adoptar respuestas de autocuidados a los pacientes que están en tratamiento; al ser miembros del equipo de salud en constante relación con los mismos, es nuestro propósito una intervención efectiva. Nuestro enfoque pretende establecer relaciones entre el autocuidado y algunos factores como la actividad laboral y recreativa, la permanencia del equipo de salud durante la sesión de hemodiálisis, la percepción del ambiente físico durante la sesión de hemodiálisis y la percepción del acompañamiento del grupo familiar o allegados, son estos los posibles determinantes de la respuesta de autocuidados, en pacientes cuya enfermedad crónica constituye un agravante.

De la bibliografía en la que se basa el marco conceptual se encontraron investigaciones previas sobre hemodiálisis y calidad de vida, enfermedad renal crónica y cumplimiento del régimen terapéutico en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Existen factores que provocan alteraciones en la calidad del tratamiento, subsistiendo aún con los avances tecnológicos, problemáticas habituales como la excesiva ganancia de peso interdialítico.

Palabras claves: Autocuidado. Hemodiálisis. Cronicidad. Percepción. Actividad. Ambiente.

Formulación del problema

Por lo tanto: ¿Cuál es la relación entre edad y sexo, actividad laboral y recreativa, la percepción de la presencia del equipo de salud durante la sesión de hemodiálisis, la percepción del ambiente institucional y la percepción del paciente respecto al acompañamiento de sus allegados, en las respuestas de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados, en dos centros nefrológicos de Mar del Plata, durante los meses de septiembre, octubre, noviembre de 2004?

Justificación

Los aspectos abordados por la investigación son del interés para el personal de enfermería del servicio de hemodiálisis, relacionada con un aumento de la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica hemodializado.

El interés social reside en el gran número de pacientes en tratamiento de hemodiálisis afectados por estas complicaciones; (hipotensión como resultado de un excesivo aumento de peso entre diálisis) agravando los riesgos de morbi-mortalidad debido a las consecuencias sobre el aparato cardiocirculatorio.

Es una realidad la prolongación de la vida, como el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, ambos hechos significativos para el grupo familiar y la sociedad en su conjunto; a lo que se agregan los avances tecnológicos y el relativo aumento de pacientes en tratamiento de hemodiálisis.¹

La experiencia en hemodiálisis, y la constancia de un aumento de peso entre diálisis excesivo por un déficit de autocuidados en una cantidad importante de pacientes, nos lleva a insistir en la búsqueda de algunos factores como influyentes o decisivos en cuanto a la adopción de una conducta positiva, el esclarecimiento de estos factores nos permitirán actuar en consecuencia. [En el centro A comparado con el centro B, hay una menor respuesta de autocuidados, medido por el peso interdialítico con mismo o idéntico protocolo, según la observación empírica.] y...

¹ Ricardo, Moragas Moragas; El reto de la dependencia al envejecer, Editorial Herder, Barcelona, 2000

Objetivos Generales

Identificar la relación existente entre los factores: actividad laboral y recreativa, percepción de la presencia del equipo de salud durante la sesión, percepción del ambiente institucional, percepción del acompañamiento de sus allegados, y la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en dos centros nefrológicos de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Objetivos específicos

Identificar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados según sexo y edad en el centro nefrológico (A) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Identificar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados según sexo y edad en el centro nefrológico (B) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Determinar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados con actividad laboral y recreativa, en el centro nefrológico (A) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Observar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados con actividad laboral y recreativa en el centro nefrológico (B) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Identificar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados y la percepción de la presencia del equipo de

salud durante sesión en el centro nefrológico (A) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Estimar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados y la percepción de la presencia del equipo de salud durante la sesión en el centro nefrológico (B) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Determinar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados con percepción positiva del ambiente institucional en el centro nefrológico (A) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Observar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados con percepción positiva del ambiente institucional en el centro nefrológico (B) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Identificar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados y la percepción del acompañamiento de sus allegados en el centro nefrológico (A) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Estimar la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados y la percepción del acompañamiento de sus allegados en el centro nefrológico (B) de Mar del Plata en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004.

Marco Conceptual

La Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem surge como una necesidad de la autora de definir el dominio y límites de la Enfermería y articular un campo de conocimiento proporcional al campo de su práctica. *cite*

El objetivo de la enfermería según Orem se basa en ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidados para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/ o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. *cite*

Para Orem el concepto de autocuidado es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo y una contribución constante del individuo a su propia existencia. Es una actividad que los individuos realizan personalmente en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

El concepto de autocuidados refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, y permite trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambios de comportamiento coincidiendo de lleno con la finalidad de la educación para la salud. Así, el profesional de enfermería, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto tan importante en cuanto al tratamiento de hemodiálisis. En su teoría del déficit del autocuidado, Orem estableció una relación entre la demanda de autocuidados terapéuticos y la acción de autocuidados de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto, lo que nos conduce a indagar en los datos recavados aquellos parámetros conducentes a reconocer respuestas adecuadas para el autocuidado.

El déficit de autocuidado abarca no sólo a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidados, sino también aquellas actividades que el paciente puede realizar y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda.

La participación del equipo de salud y en particular del profesional de enfermería apoyando e informando en cuanto a los múltiples aspectos se torna de vital importancia en hemodiálisis, donde existe una desviación en el estado de salud, que incluye el seguimiento del tratamiento médico y la adaptación a la enfermedad o a sus secuelas.

Orem describe actividades esenciales para el logro del autocuidado, las cuales permiten la valoración del paciente. Estos requisitos son independientes del estado de salud, desarrollo, edad y del entorno. Estos requisitos de autocuidados abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida. Cuando estos requisitos se proporcionan de forma adecuada se fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Orem describe dos tipos más de Requisitos de Autocuidados, los requisitos de autocuidados del desarrollo y los requisitos de autocuidados en las alteraciones de salud. Cuando un individuo está enfermo, sufre alguna lesión o está recibiendo asistencia, debe realizar además de acciones de autocuidados específicas:

1 - Buscar y asegurarse la ayuda médica adecuada, cuando se ha estado expuesto a riesgos patológicos específicos o existen condiciones genéticas asociadas con patología.

2 - Ser conscientes de los efectos y resultados de los estados patológicos.

3 - Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas por el médico.

4 - Ser conscientes de los efectos molestos y nocivos de las medidas terapéuticas y diagnósticas realizadas.

5 - Modificar su auto concepto aceptándose uno como un ser en estado particular de salud que necesita cuidados.

6 - Aprender a vivir con los efectos de la enfermedad y de las medidas diagnósticas y terapéuticas con un estilo de vida positivo para el desarrollo personal.

Existen muchas circunstancias en las que los seres humanos no pueden satisfacer sus necesidades de autocuidados, o en las que la demanda de autocuidados es superior a la agencia del autocuidados. Las personas que tienen una enfermedad, un trauma emocional o simplemente no han aprendido a desarrollar sus capacidades de autocuidados pueden tener una capacidad limitada para satisfacer estas necesidades, se crea con ello un déficit. El autocuidado que una persona necesita realizar se llama demanda de autocuidado y si no se puede cubrir esta demanda se produce un déficit de autocuidados. Este déficit es el objetivo principal de la enfermería.²

El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente, sin embargo, también afirma que en este individuo pueden existir diversos estados de bienestar o salud y una persona puede pasar de un estado a otro. Orem también indica que existen condiciones externas e internas constantes que se asocian con el estado de salud, se relaciona con

² Marriner-Tomey, Ann, Modelos y teorías en Enfermería, 3° edición, España, Mosby / Doyma libros, 1994, Cap: 14, Pág.: 181 a 198.

los estímulos recibidos del medio externo e interno, que influyen directamente en el estado del paciente.

La superación exitosa del déficit de autocuidados depende en muchas ocasiones de la familia o de otras personas significativas en la vida del paciente. Todo ello nos sugiere que se debe considerar el ambiente social del que procede el paciente y al que tendrá que volver. Pero el planeamiento de Orem sigue siendo holístico; las acciones de enfermería deberían centrarse en la persona como ser bio psico social aún a sabiendas de que la solución de muchos problemas sociales escapa a su competencia o a las del equipo de salud.

Las operaciones interpersonales y sociales llevan a las enfermeras a desarrollar un tipo de relación interpersonal y social, cuando trabaja con el enfermo y sus familiares. Las operaciones tecnológico profesionales, se identifican como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento, y operaciones de cuidados.

En cuanto a la satisfacción del paciente existe una discrepancia entre las necesidades sentidas por los mismos y las detectadas por la propia organización, con lo que muchos pacientes expresan que la oferta de terapéutica no satisface plenamente sus necesidades por la escasa relación con algunos profesionales del equipo de salud. La percepción es la relevancia o valor que le da el cliente a las actividades actuales y la planificación futura. El primer recurso es el propio enfermo. En las situaciones en que esto no es suficiente hay que disponer de otro tipo de soluciones externas que son los denominados "sistemas de apoyo social".³

³ Cavanah citado por Vélez Peláez, María Margarita. Plan de cuidados de Enfermería al enfermo con insuficiencia renal. Enfermera especialista en gerencia hospitalaria. Universidad Eafit. Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Departamento de formación básica profesional.

En síntesis:

En pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis los sistemas de apoyo tienen una gran importancia. Se los puede considerar como sistemas de apoyo naturales a la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, de estudio, vecinos, etc. Y como sistemas de apoyo organizados a las instituciones de servicios sociales, asociaciones de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, y la ayuda profesional (médicos, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas, psicólogos).⁴

La teoría de Orem, divide tres sistemas de enfermería, en los cuales se delimitan las actividades específicas para cada uno de ellos.

A estos sistemas se los denomina Totalmente Compensador, Parcialmente Compensador y de Apoyo Educativo.

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron en la década de los años 70, Orem identificó 5 supuestos subyacentes en la teoría general de Enfermería.

En el primero habla de la necesidad de continuo estímulo para seguir vivos, y de la actuación acorde a las cualidades humanas naturales.

En el segundo, trata sobre la acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente en forma de ayuda hacia sí mismo y hacia los demás, identificando las necesidades y creando los estímulos indispensables.

En el tercer supuesto establece en los seres humanos maduros el experimentar limitaciones para actuar en ayuda de sí mismo y de los demás, a través de aportes sustentadores de vida y normalizadores de las funciones.

El cuarto supuesto plantea la acción humana como el hecho que se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás, formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia si mismo y hacia los demás.

⁴ Allemand S. G., Martín M. Aspectos Psicológicos en Diálisis y Transplante Renal. Nefrología Clínica; Ed. Luis Avendaño 1ra Ed. Madrid, Esp.1999 Pág.:649-655.

El quinto supuesto expresa que los grupos de seres humanos que poseen relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan carencias o impedimentos para realizar los aportes necesarios para sí mismos o hacia los demás.

Los individuos luchan por sus propios objetivos no por los objetivos que le marcan otros aunque sean terapéuticos. Ellos se comportan en función de sus sentimientos, no de sus conocimientos.³ El aprendizaje ha tenido lugar cuando se evidencia un cambio en alguna conducta. Habitualmente esto no ocurre solo como resultado de la adquisición de una información. Las acciones se ejecutan conjuntamente con los sentimientos, y estos no están influidos por la racionalidad. Existen dos tipos de sentimientos: los conocidos y los inconscientes. Cuando los individuos actúan basándose en los sentimientos conocidos, son libres y controlan su conducta. Cuando actúan impulsados por sentimientos inconscientes no eligen su respuesta y son los sentimientos los que los hacen actuar.

Trabajar es uno de los mejores instrumentos de que disponemos los seres humanos para realizarnos como personas y para manifestar operativamente nuestra necesidad y nuestra obligación de servir a los demás. Después vendrán la satisfacción que el empleo reporta, la creatividad del trabajo que se realiza, el salario que por él se percibe y que nos permite cubrir necesidades y gustos personales, motivos todos ellos lícitos y legítimos que acrecientan y engrandecen la realidad humana de lo que implica trabajar.

El trabajo es un valor, siempre y cuando esté al servicio de las personas; es decir, trabajamos para servir a los demás pero, al mismo tiempo, debe servirnos para enriquecer nuestra personalidad. El trabajo amplía el campo de autonomía personal, las relaciones, la capacidad adquisitiva, el sentimiento de identidad y de satisfacción consigo mismo.

El trabajo es uno de los aspectos más importantes en la vida de las personas. Es en el puesto de trabajo donde el individuo pasa gran parte del día y donde se desarrolla una parte fundamental de su vida de relación.

La actividad laboral se puede concebir como fuente de enriquecimiento personal, reforzamiento de la autoestima y estímulo para la superación y realización del individuo.

El ambiente laboral puede ser entendido como un microcosmos diferente del ambiente sociofamiliar.

Los cambios en el trabajo, bien sean de sentido positivo o de sentido negativo, conllevan una alteración que requiere un esfuerzo adaptativo por parte del individuo. Lógicamente dicho esfuerzo es mayor cuando los cambios producidos tienen connotación negativa (jubilación anticipada o no, ceses, traslados...). La inadaptación a la nueva situación puede determinar insatisfacción, inseguridad, merma de la autoestima e incluso cuadros ansiosos, depresivos.⁵

Se pueden comparar a la experiencia de pérdida y duelo, identificándose tres fases: una primera fase de shock o de impacto emocional, seguida a los pocos días de una fase de rechazo, confusión y posteriormente una fase de adaptación a la nueva situación que a veces no se logra.

Las situaciones de desempleo, traslados, degradación, cambios de trabajo... etc., pueden conllevar mayor estrés que la jubilación. Especial atención ha de prestarse a los individuos en paro laboral, los cuales muestran niveles superiores de malestar psíquico, mayor prevalencia de trastornos neuróticos (14%) fundamentalmente depresivos, frente a los empleados (6%), incremento de problemas psicósomáticos (ulcus, cefaleas, dermatitis, hipertensión arterial...).

Respecto a la presencia del equipo de salud existen varios estudios donde ejemplifican su importancia.

⁵ Cortajarena García, C., Ugarte Aróstegui, L., F. Chicharro Lezcano, F. FACTORES LIGADOS A LA ACTIVIDAD LABORAL, 1989 www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad

Los pacientes que reciben tratamiento hemodialítico necesitan frecuentemente establecer una estrecha relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento. De ahí la suma importancia de la participación del equipo de salud y su permanencia, lo que permite ayudar al paciente a adaptarse a su nueva forma de vida, favoreciendo así su rehabilitación integral gracias a la alianza terapéutica dinámica, logrando ayudar a afrontar las reacciones emocionales y psicológicas.

En investigaciones realizadas en Perú (1986) *"sobre la percepción por parte del paciente hemodializado, de la atención de Enfermería y la autoestima como favorecedora del equilibrio emotivo; se concluyó que si bien el paciente presentaba reacciones de negación, como mecanismo de defensa y forma de evadir los conflictos, rechazando en ocasiones el apoyo de Enfermería, la causa motivadora no se hallaba en el profesional enfermero; sino en la estimación de su progresivo deterioro físico, con una valoración negativa hacia si mismo y su futuro. En este caso la autoestima de los pacientes jugó un papel decisivo, volviéndoles hipersensibles, perseguidos, con tendencias a responsabilizar a otros de su estado."*⁶

Especificando las razones de la limitación, dada la imposibilidad de generalizar en razón del tipo de centro de hemodiálisis y sus características peculiares, como también el lugar geográfico y el momento histórico, además de los aspectos socio económicos.⁷

En el tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis intervienen diferentes profesionales capaces de abarcar la

⁶ Auccasi Rojas, Marcelino.; Percepción de la atención de enfermería de los pacientes sometidos a hemodiálisis periódica frente a sus reacciones emocionales - Hospital Nacional Guillermo Almenara Tesis Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima Perú – 1989

⁷ *Ibíd.*

complejidad de estas personas, ofreciendo una atención integral.

Es frecuente utilizar de forma indistinta los términos equipo multidisciplinar e interdisciplinar. No son sinónimos, son modelos de organización diferente. En el equipo multidisciplinar, intervienen distintos profesionales de forma circunstancial, pero no interaccionan entre ellos, más allá de una mera transmisión de información. Ejemplo: consulta de distintos especialistas sobre un paciente diabético (médico de cabecera, enfermera, dietista, endocrinólogo, oftalmólogo, neurólogo, etc.). En el equipo interdisciplinar interaccionan las diferentes disciplinas y profesionales, permitiendo que los límites entre ellos se desdibujen. No actúan como compartimentos estancos.

Todos los miembros del equipo tienen una opinión sobre un determinado problema, que debe ser oída y respetada, pero hay que reconocer que hay miembros en el equipo más capacitados para cada tipo de problema; por lo que debe prevalecer su criterio.

Por tanto los miembros de un equipo interdisciplinar se igualan en sus opiniones, pero se diferencian en sus criterios.

El paciente afectado de una patología crónica se deteriora emocionalmente, sobre todo aquel que padece insuficiencia renal crónica, en tratamientos de hemodiálisis, dónde se encuentra involucrado no solo él mismo, sino además todo su ámbito familiar y allegados.

A medida que avanza la tecnología en tratamientos sustitutivos queda garantizada la supervivencia de los enfermos y el interés de los profesionales de la salud se dirige a mejorar la calidad de vida de los mismos.

Existen factores que provocan alteraciones en la calidad del tratamiento, subsistiendo aún con los avances tecnológicos problemáticas habituales como la excesiva ganancia de peso interdialítico. Se considera una ganancia de peso interdialítico adecuada a un kilo por día, si se excediese de este peso (1 Kg/ día), el paciente corre el riesgo de complicaciones

hemodinámicas, que se relacionan con una tasa de ultrafiltración rápida, que generalmente concluirá en hipotensiones bruscas, siendo estas el inicio de posteriores complicaciones cardíacas. Las enfermedades cardiovasculares causan el 50% de las muertes, particularmente durante los primeros años de hemodiálisis. Siendo la mortalidad anual de un promedio del 20% durante el primer año, declinando en los años subsiguientes.⁸

Las complicaciones más frecuentes durante las secciones de hemodiálisis son; en orden decreciente de frecuencia: hipotensión de 20 a 30%, calambres de 5 a 20 %, náuseas y vómitos de 5 a 15%, cefaleas 5%, dolor torácico de 2 a 5%, dolor de espalda de 2 a 5%, prurito 5%, fiebre y escalofríos menor del 1%.

Ante un incremento mayor de peso de 1 k /día, la necesidad de extracción normal de 1 k/hs por sección se acentúa en igual tiempo de duración (4 hs.) de la misma. Para evitar llevar a cabo una ultrafiltración rápida, sería aconsejable que la ganancia de peso interdialítico fuera de 1 k/día o menos.

El mantenimiento del volumen sanguíneo durante la diálisis depende del rápido rellenado del compartimiento sanguíneo a partir de los fluidos de los espacios circundantes. Un descenso del volumen sanguíneo provocará una reducción del llenado cardíaco, el cual causará una disminución del gasto cardíaco y por último hipotensión.⁹

La hipotensión durante el curso de la hemodialisis es muy frecuente y refleja la cantidad de líquido extraído durante la sección en relación con el volumen plasmático.

La enfermedad y su tratamiento afectan todos los aspectos de la vida del paciente, el cual en general no logra asimilar totalmente las repercusiones de la hemodiálisis; la necesidad de ser instruido pasa inadvertida durante

⁸ Jamesonn M. – Wierrgmann T. Principios, usos y complicaciones de la Hemodiálisis. 1990 pág: 947

⁹ Daurgirdas J. – Todd S. Manual de Diálisis. Edición 2° Masson. 1996 Pag.: 143 a 144

largo tiempo. Por eso, para que la atención sea adecuada, es esencial que haya comunicación entre los profesionales que llevan a cabo el tratamiento.

La enfermedad crónica se define como un proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible.

Otra definición de enfermedad crónica sería trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo.

La enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de incapacitación.

Sin embargo en la mayoría de estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen autocuidado se puede tener una autonomía cotidiana plena. Estas personas pueden tener una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les considere, como enfermos.

El organismo humano almacena y distribuye energías que pueden ser vigorosas, sutiles, intensas, regulares o extremas. El consumo de energía recreativa es algo más que una mera descarga o liberación del exceso de vitalidad . En la actualidad hay una variedad de actividades, la radio, la tv, el cine, la lectura, los deportes e Internet.¹⁰

Las necesidades humanas son tanto las materiales básicas como el conjunto de necesidades no materiales tales como las de participación, creación, reflexión... y todas constituyen un sistema de modo que la satisfacción de unas y otras están mutuamente condicionadas. Todas estas necesidades se consideran necesidades objetivas; las

⁹ Whiteside, M., Funcionamiento de la familia como sistema. Pág.: 1-3

¹⁰ Ibid. Pág.: 1-3

necesidades subjetivas son el estado de carencia sentido por las personas. Esta diferencia entre necesidades objetivas y subjetivas permite decir que puede haber un estado de carencia o de necesidad no satisfecho, aún cuando las personas afectadas no sientan esta carencia.

Comenzar a escuchar lo que quiero y necesito y no sólo lo que debo, lo que viene de adentro mío y lo que viene del contexto, produce modificaciones en la persona.¹¹

La familia como sistema social universal: en todas las sociedades, el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.

La familia como macrocosmos social: en la familia se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo, etc.

La familia como sistema abierto: un sistema es un conjunto de partes o unidades que conforman un todo complejo y estructurado. La familia como agente socializador: la familia transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad, que el individuo asume como propios. La familia como grupo primario: en los primeros años de nuestra vida establecemos contacto e intensos lazos con un grupo reducido de personas, nuestra familia. Es una relación primaria sin la cual sería imposible sobrevivir. La pertenencia a dicho grupo viene determinada de manera involuntario, por el hecho de haber nacido en el seno de una familia u otra. La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.)¹²

Hay estados que muestran que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.

¹¹ Whiteside, M., Funcionamiento de la familia como sistema. Pág.: 1-3

¹² Ibid.: Pág.: 1-3

Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo. A esta persona se la denomina Persona de Apoyo Principal.¹³

El tiempo libre como calidad de vida, es fundamentalmente el resultado de una actitud. Y estas actitudes, como los conocimientos, los hábitos o las habilidades, se aprenden. La salud depende del cuidado que se dé el individuo a sí mismo y de la prevención y tratamiento de los problemas que pueden afectarla. Pero la salud depende de sistemas sociales de apoyo positivo y cambio o adaptación.

El tiempo libre como calidad de vida, es fundamentalmente el resultado de una actitud. Y estas actitudes, como los conocimientos, los hábitos o las habilidades, se aprenden.

La salud depende del cuidado que se dé el individuo a sí mismo y de la prevención y tratamiento de los problemas que pueden afectarla. Pero la salud depende de sistemas sociales de apoyo positivo y cambio o adaptación del medio que nos rodea.

Para ser saludable, una actividad física debe pasar por distintos controles y ser referenciada directamente con la salud.¹⁴

En la adolescencia el hombre busca la salud para tener éxito en el deporte, en la adultez y entre los adulto mayores el hombre busca el deporte para triunfar en la salud.

La salud mental es el estado resultante de un adecuado uso del tiempo libre en forma ociosa, llevada la idea de "ocio" a su expresión positiva.

Por lo general el adulto mayor dispone de mucho tiempo libre, el cual puede ser ocupado por un "ocio creativo", generador de crecimiento y equilibrio personal.

¹³ Witeside, M., Funcionamiento de la familia como sistema. Pág.: 1-3

¹⁴ *Ibíd.*: 1 - 3

La inmensa mayoría de las personas que han cumplido entre 65 y 70 años han dejado de lado el trabajo profesional para ocuparse de actividades que antes eran “complementarias” y ahora pasan a ser casi “fundamentales” en su vida. Propuestas en el ámbito de la actividad física y deportiva recreativa, adaptadas a todas las condiciones de edad, como práctica y hábitos saludables desde el punto de vista psíquico y corporal, tanto como lo social, favorecen la integración de muchas personas, aumentando su nivel de autoestima y valoración personal y generando nuevos estímulos para cubrir a veces largas etapas de la vida con una amplia referencia de calidad de vida.

La adquisición de actitudes es tan importante como la ejercitación de las habilidades.¹⁵

La posibilidad de suscitar intencionalmente cambios de actitudes en el adulto mayor se encuentra en el territorio del juego.

Existen actitudes que son perjudiciales para el desarrollo creativo: la rigidez; la crítica precoz; el conformismo; el aferrarse a normas, dogmas, procedimientos fijos; la desvalorización de lo desconocido o mal conocido; el sometimiento a la autoridad; el temor al cambio. La posibilidad de suscitar intencionalmente cambio de actitudes en los adultos mayores se encuentra en el territorio del juego, que permite suscitar la actitud lúdica y precisar sus puntos de arraigo en la existencia colectiva.¹⁶

El juego libera lo oculto y reorganiza la vida con formas infinitas. es lo espontáneo, es la presencia de la creación frente a la sociedad estructurada, es el ámbito de la libertad, la ruptura con nuestras propias cárceles, la posibilidad permanente de superar las mediocridades y frustraciones.

Revalorizando nuestro tiempo, liberando la energía interior en actitudes compartidas y convertidas en juego desde la comunicación en la magia del

¹⁵ Herías, Gayo José. Tiempo libre Para la Cultura. España (1989).Revista 60 y MAS. Nro. 54.

¹⁶ Ibid.

encuentro: jugar, acompañarse. El juego ofrece la posibilidad de entrar en relación real o imaginaria con el prójimo; significa enfrentamiento y colaboración. Es por esto que en el juego no existe la noción de derrota que existe en el deporte, donde la finalidad se encuentra fuera del mismo juego

El juego también plantea obstáculos, pone frente a posibilidades y limitaciones. El juego es una actitud existencial, una manera concreta de abordar la vida que se puede aplicar a todo, sin corresponder específicamente a nada.

El juego es una actitud frente a la vida que nos permite ser creativos. Esta actitud, es la que interesa preservar, acrecentar y/o rescatar en el adulto mayor. Será una actitud vital ante su tiempo, ante su vida, contribuyendo a mejorar la calidad de ésta.¹⁷

En los estudios o investigaciones de enfermería sobre hemodiálisis, se abordan aspectos relacionados a la calidad de vida, autoestima y autocuidados, hallando en estas investigaciones elementos significativos respecto al origen del estudio, influencias socio-económicas y modalidades terapéuticas.

En algunos estudios realizados en Canadá y Estados Unidos en los años 1986 y 1993 respectivamente se señala la relación entre el incumplimiento de la terapia y la edad de los pacientes, adultos jóvenes (18-34 años).¹⁸

En contraposición se halla otro estudio llevado a cabo en 1994 en Cali, Colombia donde los grupos de 35-50 años y 51-65 años presentaban un mayor incumplimiento del régimen terapéutico, donde el grupo investigador hace hincapié en las notables diferencias de tipo económico, laboral y familiar que el adulto maduro enfrenta en el medio colombiano, que puede interferir con su propio cuidado, conduciéndolo al desinterés y la

¹⁷ Herías, Gayo José. Tiempo libre Para la Cultura. España (1989).Revista 60 y MAS. Nro. 54.

¹⁸ Kevin E, Sletten C, Carmack S, et al. Predicting non compliance to fluid restrictions in hemodialysis patients. Transplante y diálisis.1993, 22: 614-20.

desmotivación por el seguimiento de las indicaciones, resaltando la necesidad de apoyo social y familiar para el autocuidado en estos pacientes. En dicho estudio se supuso que si había un conocimiento y comprensión de los requisitos del manejo terapéutico y de la enfermedad, el cumplimiento de las indicaciones sería mayor, pero no se encontró una relación importante al respecto, y coincidió con los resultados de otros estudios realizados en Estados Unidos (1989) y Brasil (1990).

Siendo probable la influencia de la motivación y la concientización del paciente sobre la importancia del tratamiento, estimando tratarlo en otra investigación futura.¹⁹

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el tratamiento de hemodiálisis, es la percepción por parte del paciente de la influencia del ambiente terapéutico, existiendo ejemplos claros de la influencia del ambiente hospitalario en pacientes con patología crónica. Si bien por mucho tiempo se ha ignorado el efecto del ambiente en el comportamiento humano, aún cuando es un tema que ha sido enfatizado por los psicólogos ambientalistas. En la actualidad son muchos los estudios que se realizan en los hospitales para relacionar los efectos del ambiente en la recuperación de pacientes. (Fiset) señala dos estudios, uno hecho en Pensylvania donde se demuestra que la vista desde la ventana de los cuartos de hospitalización influye en la recuperación de pacientes hospitalizados por cirugía, y otro en Canadá en un hospital remodelado y ampliado donde las enfermeras reportaron que los pacientes ubicados en el edificio nuevo, que contiene patios internos espaciosos y con tratamiento paisajístico, estaban usando 40% menos cantidad de analgésicos y píldoras para dormir, y se estaban

¹⁹ Tobo, N. Martínez, G. Mosquera, M. Peña, G. Paz, J. Cumplimiento del régimen terapéutico I en hemodiálisis. Colombia Medica, p. 141-145.

recuperando mas rápidamente que los pacientes ubicados en el viejo hospital. ²⁰

Muchos médicos reconocen que existe mucho de arte en la Medicina, la fe y la confianza depositada en el personal y en la Institución es considerada como un factor de curación. Los arquitectos deben sostener ese potencial de auto-sanación del paciente a través de la influencia de los ambientes que diseñan.²¹

A través de la arquitectura se puede influir en aliviar las ansiedades y mediar en el temor ante el dolor y la muerte. Se debe combinar el arte de diseñar con el arte de curar para formar una sinergia.²²

Fiset sugiere algunas recomendaciones para el diseño, tal como la jerarquización en la red de circulaciones. Este autor señala que los hospitales deben tener una trama ordenada de avenidas, a lo largo de las cuales se organicen los diferentes departamentos con sus propias calles internas. También enfatiza que debemos diseñar los hospitales de hoy con esa nueva visión de ambientes curativos que respondan a las necesidades psicológicas y emocionales de los usuarios, ya sean pacientes, familiares de los pacientes, amigos visitantes o empleados. ²³

Otros estudios, pretenden medir los efectos del arte en la mitigación del dolor en pacientes que son sometidos a punciones intravenosas. Los investigadores tratan de demostrar que los pacientes en esta circunstancia en una habitación rodeados con obras de arte responderán con una

²⁰ Cedrés de Bello, Sonia: Efectos Terapéuticos del Diseño en los Establecimientos de Salud, Revista de la Facultad de Medicina; Caracas ene. 2000

²¹ *Ibíd.*

²² Cedrés de Bello, Sonia: Efectos Terapéuticos del Diseño en los Establecimientos de Salud, Revista de la Facultad de Medicina; Caracas ene. 2000

²³ *Ibíd.*

disminución del estrés, medidos a través de la baja presión sanguínea, bajos niveles de salivación, bajo ritmo de las pulsaciones, y la manifestación de menos dolor y ansiedad que en el grupo de pacientes situados en un cuarto sin obras de arte. Este estudio realizado en la Universidad de Duke, por tres departamentos, el de cultura, Instituto del Dolor y farmacología, mide los efectos del uso de obras de arte, en la disminución de la percepción del dolor.²⁴

Otros estudios señalan al referirse al diseño de las Unidades de Cuidados Intensivos, los aspectos negativos provocados por la falta de privacidad en esas áreas, cuando el paciente hospitalizado está consciente.

Señala que la tradicional disposición de estas unidades en ambientes únicos, con las camas de hospitalización colocadas en forma de "espina de pescado" o con separaciones por medio de mamparas móviles, produce la visión de otros pacientes, cuya vida puede estar mas comprometida que la suya, los diversos procedimientos diagnósticos o terapéuticos y hasta eventuales maniobras de resucitación.²⁵

La percepción de ruidos y sonidos que son producidos por aparatos e instrumentos, por otros pacientes y el personal asistiéndolos, constituyen una agresión externa. También la excesiva iluminación ambiental, suele conspirar con el confort, de igual modo que temperaturas y condiciones de humedad inadecuadas.²⁶

En hospitales venezolanos se ha reportado el caso de pacientes oncológicos y pacientes terminales, que se encuentran sumidos en una gran soledad y abandono, manifestado en la falta de atención, contacto físico y

²⁴ Ibid.

²⁵ Cedrés de Bello, Sonia: Efectos Terapéuticos del Diseño en los Establecimientos de Salud, Revista de la Facultad de Medicina; Caracas ene. 2000

²⁶ Ibid.

visitas; además esta situación es agravada por la agresión del espacio físico, como se puede observar en las áreas de Radioterapia, generalmente ubicadas en sótanos desprovistos de visuales, con poca iluminación, en las áreas de esperas concurren factores que colaboran en el mismo sentido a aumentar la depresión y soledad, muy lejos de tratar al paciente como persona considerando su estado anímico y físico, sus valores y su dignidad. Una de las acusaciones más frecuentes en relación con el hospital se trata de su concepción moderna como "maquina para curar".

En este contexto la individualidad del paciente se encuentra reducida a un número, una entidad abstracta privada de vida, un "objeto de cura", en el cual el desinterés por la humanidad sufrida del paciente le deja el puesto al interés médico-científico por el órgano enfermo. Al proyectista compete otra clase de problema, ligado a la definición del ambiente físico de labores del personal y de recuperación para el paciente. Además de concebir una estructura muy funcional, para evitar que los usuarios pasen la mayor parte del tiempo caminando de un lado a otro del hospital, la humanización contempla la creación de ambientes y de articulaciones espaciales que faciliten la comunicación entre los pacientes, con el personal y los visitantes, y también exige una preocupación por las características físicas de los espacios.²⁷

Hoy día poseemos el instrumento cognoscitivo para proyectar el ambiente del hombre, no en términos abstractos pero partiendo de la propia necesidad, de sus valores, y de su situación existencial. Debemos seguir esta aproximación para la construcción del hospital, como lo hace la industria, al fabricar sus productos sobre la base de las necesidades y preferencias de los consumidores.²⁸

²⁷ Cedrés de Bello, Sonia: Efectos Terapéuticos del Diseño en los Establecimientos de Salud, Revista de la Facultad de Medicina; Caracas ene. 2000

²⁸ - Ibid.

Para lograr los resultados a los que se aspira, los establecimientos de salud deben ser objeto de profundos cambios tanto en el orden conceptual, como en su organización y funcionamiento. Para ello se requiere un esfuerzo sistemático de análisis y revisión en cuanto a prioridades y formas de operación. Por lo tanto la infraestructura es un aspecto que debe programarse para alcanzar un fin, el de mejorar la calidad de atención de los pacientes.²⁹

El término humanización ha sido abusado en el ámbito de la arquitectura sanitaria, hasta cierto punto de darle una aproximación superficial al problema. El cuidado del mobiliario interno, el aspecto cromático, el equipamiento de las habitaciones con televisión y teléfono, son de gran importancia pero no suficiente para mejorar el espacio donde habita el hombre enfermo, representando soluciones cosméticas. Se debe pensar en la recalificación del espacio y por consiguiente de las funciones que en ellos se desarrollan, en un equilibrio armónico entre espacios privados y espacios que favorezcan y privilegien una vida de relaciones espontáneas.³⁰

La persona con su percepción, sus necesidades y su reflexión, influye y construye el ambiente, pero a su vez el ambiente es un principio activo que influye en las personas condicionándolas en su comportamiento, por lo que en el diseño espacial de una estructura hospitalaria una de las principales finalidades es la eliminación del sentimiento de miedo y separación de la vida diaria.³¹

En el Paimio Tuberculosis Sanatorium, de Finlandia, se llevaron a cabo varios experimentos; 1) la relación entre el individuo y su habitación; 2) la

²⁹ Cedrés de Bello, Sonia: Efectos Terapéuticos del Diseño en los Establecimientos de Salud, Revista de la Facultad de Medicina; Caracas ene. 2000

³⁰ La humanización de la arquitectura. Publicado en "The Technology Review", noviembre de 1940, Págs. 14-15.)

³¹ Ibid., p.14-15

protección del individuo de grandes grupos de personas, y de la presión de la colectividad. El estudio de la relación entre la persona y su alojamiento, abarcaba la utilización de habitaciones especiales, y en él se analizaba la forma de la habitación, los colores, la luz natural y artificial, sistemas de calefacción, ruidos, etc. El primer experimento se realizó con una persona en la condición más débil posible, una paciente en cama. Uno de los resultados especiales descubiertos consistió en la necesidad de cambiar los colores de la habitación.³²

En muchos otros sentidos, el experimento demostró que la habitación debía tener una forma diferente a las habitaciones ordinarias, puesto que la habitación ordinaria esta concebida para una persona de pie; una habitación para enfermos es una habitación para personas en estado horizontal, y los colores, iluminación, calefacción, deben tener en cuenta la mayor comodidad para un mejor restablecimiento, o estadía en el centro de salud.

La importancia de considerar el emplazamiento de las puertas y ventanas. Para evitar los ruidos, sistemas especiales y resoluciones en cuanto a las formas de calefacción, como elementos que permitan respetar la intimidad, sin que por ello se sienta el paciente aislado o abandonado.

El ambiente terapéutico está influido por la combinación de fenómenos técnicos, físicos, psicológicos y solo así en una visión integradora será efectivo.³³

Para evaluar las condiciones del paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis emplearemos como instrumento la hoja de valoración de enfermería según los patrones funcionales de M.

³² La humanización de la arquitectura. Publicado en "The Technology Review", noviembre de 1940, Págs. 14-15.)

³³ *Ibíd.* P. 14-15

Gordon, obteniendo una visión completa sobre el funcionamiento global del paciente.

Percepción de la salud – atención de la salud

Nutricional – metabólico

Eliminación

Actividad - ejercicio

Sueño – reposo

Cognitivo – perceptual

Auto – percepción

Roles – relaciones

Sexualidad – reproductivo

Afrontar – tolerancia al estrés

Valores – creencias

Este instrumento no solo explora la capacidad del paciente de mantener por sí mismo acciones de autocuidado , si no que también nos aporta información sobre la percepción del paciente, el soporte familiar y social, la actitud ante la enfermedad del paciente y de la familia, y los valores familiares, aspectos que influyen de forma importante en el cumplimiento terapéutico.

Hipótesis

Las respuestas de autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados están en relación con la edad y el sexo.

Existe relación entre la actividad laboral y recreativa, y la respuesta de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados.

Existe relación entre la percepción de la presencia del equipo de salud y la respuesta de autocuidado en paciente con tratamiento de hemodiálisis.

Existe relación entre la percepción del ambiente institucional por parte del paciente hemodializado y la respuesta de autocuidados positiva.

La percepción por parte del paciente, del acompañamiento de sus allegados; esta relacionada con la respuesta positiva de autocuidados.

Método

Dorotea Orem, fundamenta su teoría en el concepto de autocuidado, al cual considera como acción propia del individuo, que cuando la realiza adecuadamente permite el mantenimiento de la integridad estructural, el desarrollo y su normal funcionamiento. Poniéndose en juego múltiples variables en la adquisición de autocuidados.

En esta Investigación, existen algunas variables que ofrecen la posibilidad de realizar un estudio comparativo, para determinar o refutar la hipótesis formulada.

Tipo de investigación

Observacional Correlacional

Este estudio seleccionado tiene como objetivo la observación de factores que podrían ser determinantes del logro de autocuidados en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en dos centros nefrológicos de Mar del Plata. El diseño se refiere a una situación sincrónica, siendo observada retrospectivamente.

La desventaja de este tipo de diseño metodológico, es que se trabaja con grupos existentes, y resulta débil para poner en descubierto las relaciones causales. La dificultad para interpretar los hallazgos de las investigaciones correlacionales surge en gran parte del hecho que en la vida real los comportamientos, estados, actitudes y características se interrelacionan (correlacionan) de maneras complejas.

Las ventajas del estudio Correlacional es que constituye un medio eficiente y efectivo para obtener una gran cantidad de datos acerca de un área problema. Esta investigación resulta con frecuencia realista para la solución de diversos problemas prácticos.

Universo

Totalidad de los pacientes de ambos centros nefrológicos de Mar del Plata.

Instrumento de recolección de datos y técnicas:

Se realizarán entrevistas y mediante cuestionarios a contestar se obtendrán datos cualitativos.

Técnica documental: se obtendrán de las historias clínicas y los registros diarios.

Operacionalización de Variables

Definiciones

Autocuidados

Variable dependiente

Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar.

La respuesta de autocuidados se medirá en relación a la ganancia de peso seco interdialítico, considerando como respuesta positiva la ganancia menor de tres Kg., entre sesión.

Siendo una respuesta negativa del autocuidado la ganancia de peso mayor de tres Kg., entre sesión de hemodiálisis.

Ganancia de Peso Interdialítico	< 3 Kg.	>3Kg.
AUTOCUIDADO	Respuesta +	Respuesta -

Definición

Describe los patrones de consumo de alimentos líquidos relativos a las necesidades metabólicas, y los patrones indicadores de provisiones restringidas de nutrientes. Incluye los patrones del individuo de alimentos y líquidos, las horas de comidas diarias los tipos y cantidad de alimentos y líquido consumidos, las preferencias particulares de alimentos y los usos de suplementos dietéticos o vitamínicos se incluyen las referencias de cualquier lesión de piel y la capacidad general de cicatrización. Se incluyen la condición de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas, y dientes y medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

Otros parámetros de medición a tener en cuenta en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, son: Tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

Como parámetro más significativo de autocuidados tomaremos la TA, al comienzo de la sesión.

Los niveles de presión arterial superiores a 140/90 mm Hg, con frecuencia cardíaca superior a 90 por minuto y aumento de peso mayor de 3 Kg. entre una diálisis y otra, se consideraron como indicadores del incumplimiento del régimen terapéutico.

Registros de laboratorio: sodio, fósforo, potasio, calcio, urea, creatinina, bicarbonato, Parathormona, hematocrito, ferritina.

Los elementos o sustancias más relevantes como indicio de una conducta de autocuidado a medir serán: Na, K, P, urea.

Variable categórica sexo (dicotómica).

Sexo	
femenino	Masculino

Variable ordinal edad

Se medirá por intervalos

25 a 44

45 a 64

65 a 84

Actividad laboral y recreativa

Variable independiente

Definiciones operacionales

Actividad Recreativa es un fenómeno relacionado con la Actividad de la Vida Diaria, cuyas características específicas son: conjunto de acciones de estímulo personal por su interés o por su compromiso en actividades de recreación o de descanso , se anexan también las actividades laborales que a diferencia de las anteriores, demandan un esfuerzo físico y mental en un tiempo estipulado a cambio de una remuneración.

Actividad Laboral o recreativa.	Si	No
---------------------------------	----	----

Percepción del Equipo de salud

Variable independiente

Definición de Percepción: es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar la información proveniente de su entorno.

El equipo debe estar formado por todas aquellos profesionales que representen la totalidad de la persona.

En la practica está formado por: Equipo básico: médico, enfermera , psicólogo y nutricionista.

Presencia durante la sesión : Acto de un grupo de profesionales y auxiliares de la salud de comparecer ante otros (pacientes y familiares) para el cumplimiento de sus funciones durante el tiempo estipulado (sesión de hemodiálisis).

Se operacionalizará la variable a través de una encuesta donde se valorará la percepción del paciente respecto a la presencia del equipo de salud, en ambos centros nefrológicos de Mar del Plata, en el año 2004.

Percibe el Paciente la Presencia del Equipo de Salud	SI	NO
Enfermero/a		
Psicólogo		
Nutricionista		
Médico		

Percepción del ambiente terapéutico

Variable independiente

Definición

La persona con su percepción, sus necesidades y su reflexión, influye y construye el ambiente, pero a su vez el ambiente es un principio activo que influye en las personas condicionándolas en su comportamiento, por lo que en el diseño espacial de una estructura hospitalaria una de las principales finalidades es la eliminación del sentimiento de miedo y separación de la vida diaria.

Ambiente	SI	NO
Percepción Agradable		

Percepción de acompañamiento de allegados

Dentro de los sistemas de apoyo naturales, se considera allegados a los integrantes de la familia, los amigos, compañeros de trabajo, de estudio, vecinos y toda persona que el paciente lo perciba como allegado.

Allegados	SI	NO
Percepción del Acompañamiento de Allegados		

Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica es aquella situación patológica donde existe una falla de las funciones renales, con deterioro de la depuración y alteraciones endocrinas metabólicas.

Hemodiálisis

Es el proceso por el cual se realiza la circulación de la sangre a través de filtros especiales; la sangre es dializada o filtrada pasando por una membrana semipermeable junto con soluciones que ayudan a eliminar las toxinas, en los que interviene fenómenos de ultrafiltración, ósmosis y difusión.

Peso interdialítico

Entre una sesión de diálisis y otra no debe tener el paciente un sobrepeso superior a 1,5 a 3 Kg. Esto le asegurará un mayor confort durante la diálisis, así como protegerá al corazón de la sobrecarga de líquidos.

Conclusiones

En el presente trabajo se compararon las respuestas de autocuidados en dos Centros Nefrológicos de Mar del Plata, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2004, siendo la muestra constituida por 104 pacientes de ambos sexos, con el objetivo de identificar los efectos de las variables estudiadas para validar o refutar las hipótesis planteadas.

Poder conocer las relaciones existentes entre los factores: actividad laboral y recreativa, percepción del equipo de salud, la percepción del ambiente y la percepción del acompañamiento de los allegados; como elementos influyentes para la adopción de respuestas de autocuidados, nos permitirá a futuro accionar mecanismos favorecedores de estos factores para elevar la calidad de vida del paciente. Considerando que el sexo y la edad pueden ser influyente.

De un total de 104 pacientes, presentan conductas de autocuidados 63 pacientes (60,5%), de los cuales 36 pacientes pertenecen al sexo masculino (57%) y 27 al sexo femenino (43%).

Se pudo observar que los pacientes con respuesta de autocuidados del Centro Nefrológico "A" pertenecen mayoritariamente al intervalo comprendido entre los 65 a los 84 años (15 pacientes; 53,5%), predominando los pacientes de sexo masculino, en número de 17 (61%). A diferencia del Centro Nefrológico "B" donde presentan respuesta de autocuidado positiva los pertenecientes al intervalo comprendido entre los 45 a los 64 años siendo menor la diferencia existente en número entre los pacientes de sexo femenino (45%) y masculino (54%).

La hipótesis planteada "existe relación entre la respuesta de autocuidados y la edad y el sexo" es probada con los datos que anteceden, donde la edad de pacientes con respuesta de autocuidados corresponde a intervalos entre 45 y 64 años y 65 a 84 años y el sexo de los pacientes predominante es el masculino en ambos Centros Nefrológicos.

Las respuestas de autocuidado relacionada con la actividad laboral y recreativa observada en el Centro Nefrológico "A" es de 19 pacientes (67,8 %) siendo actividad recreativa principalmente, esto se corresponde a la edad del grupo, de mayor edad (intervalo 65 a 84 años) en número de 15 pacientes (79%). Los pacientes del Centro Nefrológico "B", presentan actividad laboral y recreativa en número de 28 , representando un 80 %, correspondiéndose a la actividad laboral principalmente, ya que en este Centro Nefrológico predominan los pacientes en edad productiva; estando comprendidas en el intervalo que se extiende entre los 45 a los 64 años en número de 18 pacientes (64%).

Los datos obtenidos respecto a la actividad laboral y recreativa nos permiten corroborar en gran parte la relación existente entre ésta y la respuesta de autocuidados planteada en la hipótesis.

Para analizar en profundidad la influencia de este factor, sería imprescindible realizar la discriminación entre la actividad laboral como una variable y actividad recreativa como otra variable, quedando pendiente para una nueva investigación.

La percepción de la presencia del equipo de salud en el Centro Nefrológico "A", por parte de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis es del 63% mientras que la percepción de la presencia del equipo de salud en el Centro Nefrológico "B" es del 26% , siendo percibida la presencia en ambos Centros Nefrológicos el/ la enfermero/ a en un 100%, en relación a los otros integrantes del equipo de salud.

Los resultados obtenidos en cuanto a la percepción del equipo de salud por parte de los pacientes; en ambos Centros Nefrológicos y la relación con la respuesta de autocuidados, refuta la hipótesis planteada.

La percepción positiva del ambiente físico por parte de los pacientes hemodializados según el análisis de los datos; difiere en un 1%, entre el Centro Nefrológico "A", (61%) y el (60%) en el Centro

Nefrológico “B” arrojando pruebas para la relación de esta variable con la respuesta de Autocuidados, validando la hipótesis planteada.

La respuesta de autocuidados ante la percepción del acompañamiento de allegados en el Centro Nefrológico “A” se eleva a un (75%), y la percepción del acompañamiento de los allegados en el Centro Nefrológico “B” es de un (51%) ; muestra que ante el aumento de la percepción del acompañamiento de los allegados por parte de los pacientes del Centro Nefrológico “A” no se corresponde con un aumento de la respuesta de autocuidado ya que el Centro Nefrológico “B” con menor porcentaje presenta mayor respuesta de autocuidados. Observándose claramente en el gráfico N° 3. Lo que demuestra la invalidez de la hipótesis planteada.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL CONSULTADA

Bibliografía

Alvarez A. Poster XI Congreso Argentino de Nefrología. Mendoza 1998

ANDEM. Agencia Nacional para el desarrollo de la evaluación médica. Paris, Francia. Recomendaciones para una práctica clínica. Indicaciones de la depuración extra renal en IRCT. Septiembre 1996.

Ander – Egg, E. Métodos y Técnicas de Investigación Social III; Cómo Organizar el Trabajo de Investigación, Grupo Editorial Lumen, Humanitas. Buenos Aires – México. 2000. Capitulo 3 Pág.: 83 a 97.

Auccasi Rojas, Marcelino.; Percepcion de la atencion de enfermería de los pacientes sometidos a hemodiálisis periódica frente a sus reacciones emocionales - hospital nacional Guillermo Almenara Tesis Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima Perú – 1989

Baquero, B.; Ion, M.; Martínéz, F.; Ureña, T.; Parra, S.; El cuidado desde una perspectiva psicosocial. 2001. www.uach.mx/difusion/.

Bueno D.- Inchausti E. ¿Tendría que existir el consejo del estudio psicológico del paciente con IR ? Diciembre 1999 Pág.:23-24.

Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración del funcionamiento renal y urinario. Cap. 41. Pág.: 1166.

Casamiquela J.- Fortuny Ventura C. Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia Renal, Cap.: 14 Complicaciones durante la sesión de Hemodiálisis. Pág.: 199 a 201.

Cedrés de Bello, Sonia: Efectos Terapeúticos del Diseño en los Establecimientos de Salud* Revista de la Facultad de Medicina; Caracas ene. 2000

Daugirdas J.- Todd S. Manual de Diálisis. 1996 Pág.: 143 a 144. 2da Edición. Masson.

Herias Gayo, J. Tiempo Libre Para La Cultura. España (1989). Revista 60 Y MAS Nro. 47.

Herert L.- Mandal A. Clínicas Médicas de Norteamérica. Nefrología. Jameson M. – Wiergmann T. Principios, usos y complicaciones de la hemodiálisis. 1990 Pág.: 959 a 967 y 971 a 974.

Indication Nutritionnelle – Conseils diététiques pour les patients dialysés. Consejos dietéticos para el paciente dializado.

Información para el paciente dializado. Publications. www.rein.ca/hem-f.htm

Gessel, A. El adolescente.ed paidos, bs as, 1960,pag 176.

Kerouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F.; El Pensamiento Enfermero. Barcelona. Masson S. A. 1996.

La humanización de la arquitectura. Publicado en "The Technology Review", noviembre de 1940, Págs. 14-15.)

Leddy, Susan; Pepper, Mae J. Bases conceptuales de la enfermería profesional, Washington Square, Filadelfia, Pensilvania, J. B. Lippincott Company, 1989, Pág.: 165-167.

Marriner-Tomey, Ann, Modelos y teorías en Enfermería, 3° edición, España, Mosby / Doyma libros, 1994, Cap: 14, Pág.: 181 a 198.

Martorelli A, La medicina "Medico" en Hemodiálisis. (Licenciada en Psicología) UBA. Rev. Nefrol. Diál. y Transpl. 1999 Julio N°48 Pág.: 27.

Olivares S.- Soto D. Zacarías I. Nutrición Prevención de riesgos y tratamiento dietético. Trat. diet. en el pte. Hemodializado. Cap. IV Pág.: 51-53.

Sabino, Carlos El Proceso de Investigación. www.ufm.edu. Cap.: 5, 6, 7, 8.

Sancho, C. Blasco, M. Martinez Mir, R. Palmero, F. Análisis de la Motivación para el Estudio en Adultos Mayores. Revista electrónica de Motivación y Emoción. Volumen 5, Número 10.

Tobo, N. Martínez, G. Mosquera, M. Peña, G. Paz, J. Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación con las características biológicas y sociales del individuo con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Colombia Medica, 1995;N°26 Pág.:141-145.

Torney, A. M.; Raille, A.; Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid. 1999 Editorial Harcourt, S.A. España 2000. Pág.: 336, 337.

Vinokur E. – Bueno D. Aspectos Psicológicos del Paciente Renal. (Instituto de Urología y Nefrología) San Salvador de Jujuy, Argentina. Rev. Nefrol. Diál. Y Transpl. 2002 Marzo/Junio. N° 56 Pág.: 11-14

Zukierman D.; Sagardov J. Insuficiencia Renal Aguda tratada con Hemodiálisis. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina. Rev. Nefrol. Diál. Y Transpl. N° 39, Diciembre 1995, Pág.: 9 – 19.

www.Sfdial.org/

National Kidney Foundation

www.Renal.com.ar/abstracts/

www.renal.org.ar/revista/56/5611.htm

www.diariomedico.com/nefrología/

www.uninet.edu

www.niddk.nih.gov/health/kidney/pubs/esrdspan/

www.invivi.net

www.sante.ujf-glenoble.fr

www.renal.org.ar/revista/48/4827.htm

ANEXO

Encuesta

Centro Nefrológico A o B

Encuesta para medir la actividad laboral y recreativa

Posee algún tipo de actividad o recreación ? De tenerla identifique con una cruz la que corresponda.

laboral y recreativa

nada

Encuesta para medir la variable Percepción del equipo de salud en la sesión de hemodiálisis, discriminado en Enfermero, Medico, Nutricionista y Psicólogo.

Percibe la presencia del Enfermero /a durante la sesión de hemodiálisis?
(marque con una cruz)

SI

NO

Percibe la presencia del Medico /a durante la sesión de hemodiálisis?
(marque con una cruz)

SI

NO

Percibe la presencia del Nutricionista durante la sesión de hemodiálisis?
(marque con una cruz)

SI

NO

Percibe la presencia del Psicólogo durante la sesión de hemodiálisis?
(marque con una cruz)

SI

NO

Encuesta para medir la variable Percepción positiva del ambiente físico o sala del Centro Nefrológico donde se realiza el tratamiento de hemodiálisis.

**El ambiente o sala donde Ud. realiza el tratamiento de hemodiálisis le resulta de su agrado?
(marque con una cruz)**

SI

NO

Encuesta para medir la variable Percepción positiva del acompañamiento de sus allegados.

**Percibe el acompañamiento de sus allegados?
(marque con una cruz)**

SI

NO

Gráficos de Autocuidados

Gráfico N° 1

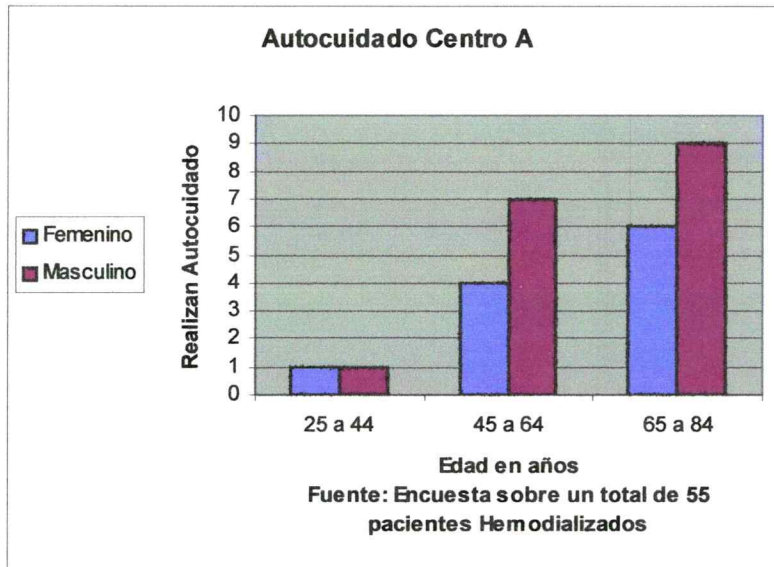


Grafico N° 2

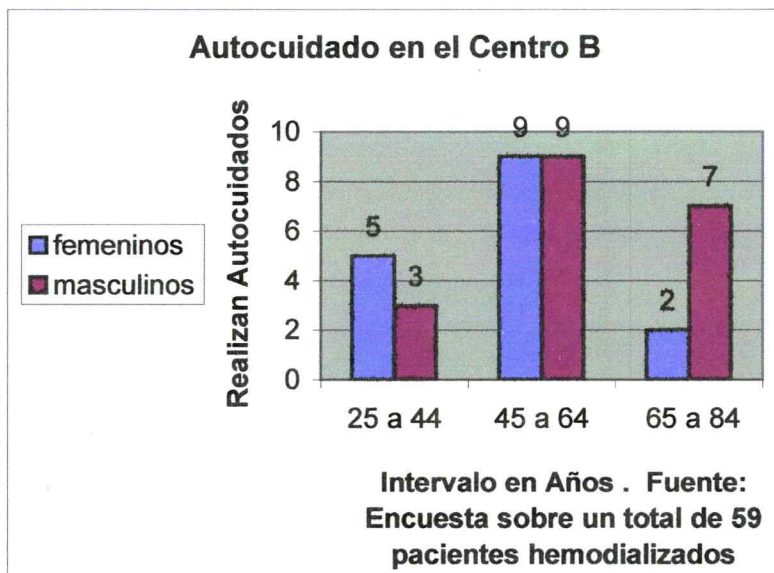


Gráfico N° 3

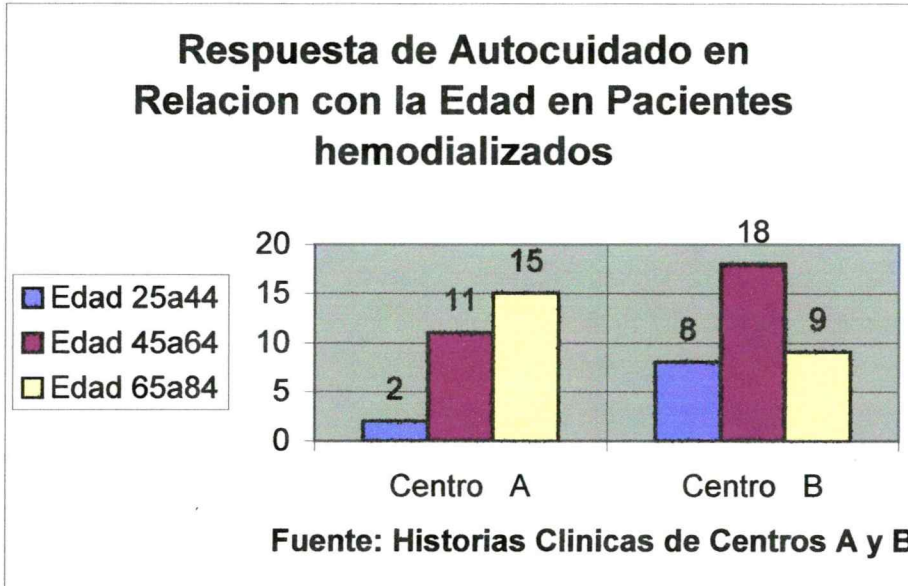


Gráfico N° 4

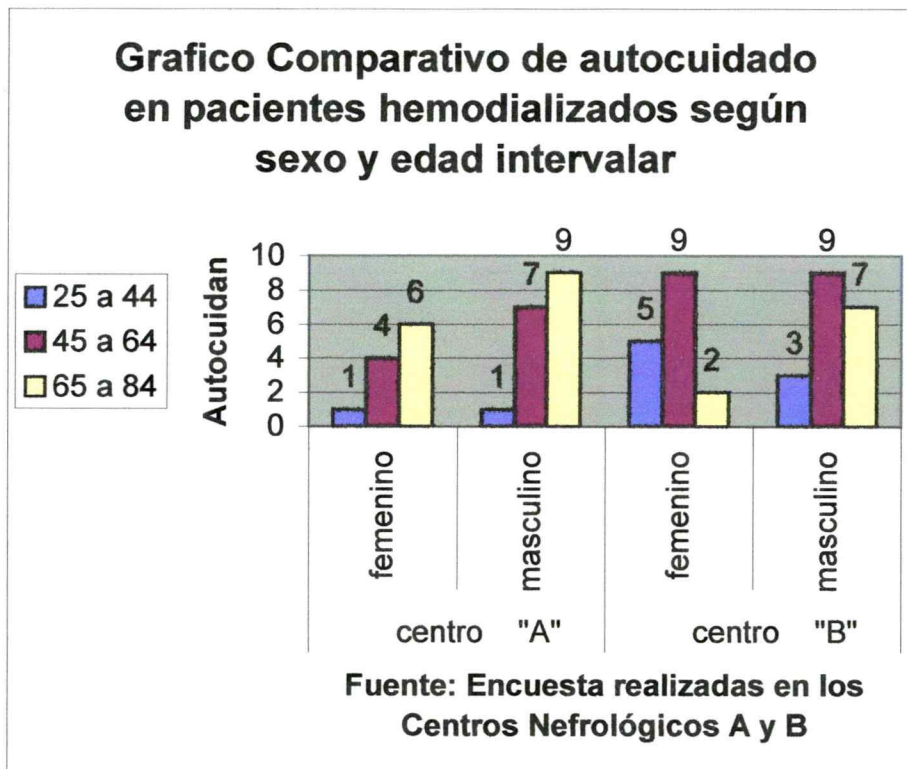


Grafico N° 5

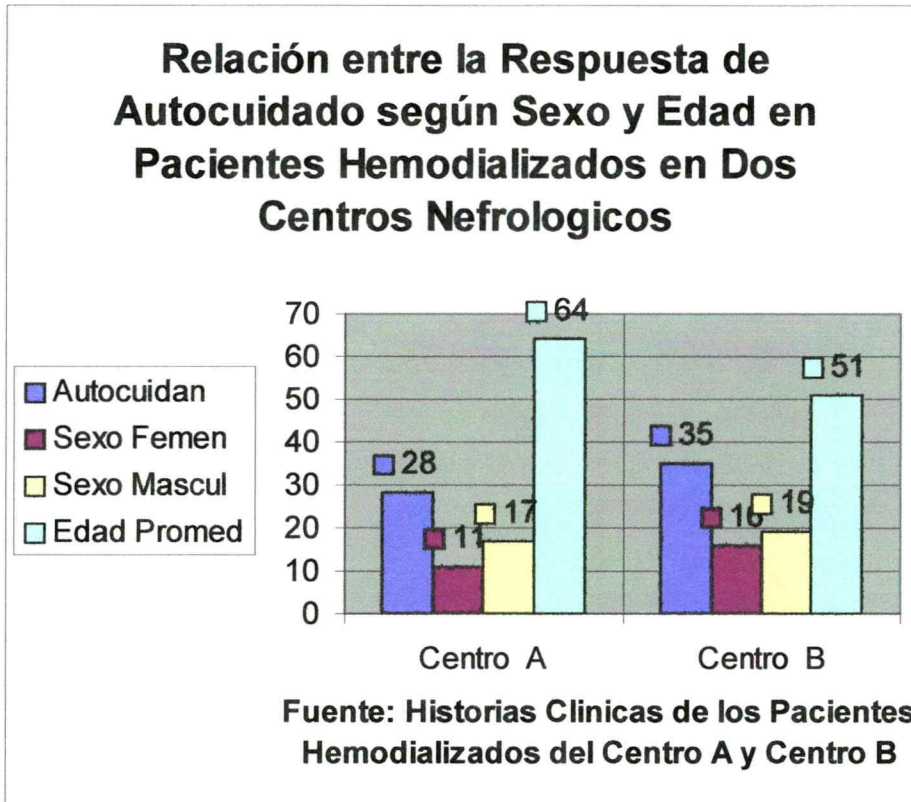


Gráfico N° 6

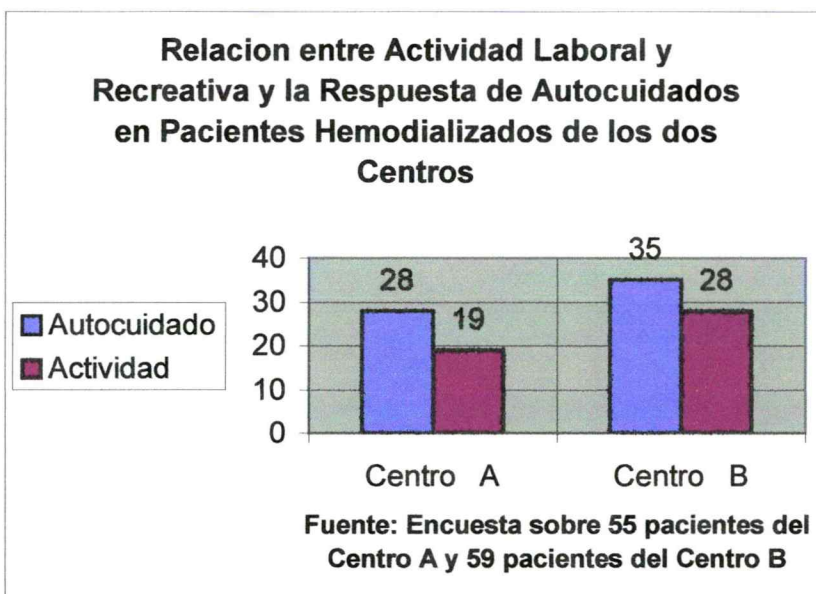


Gráfico N° 7

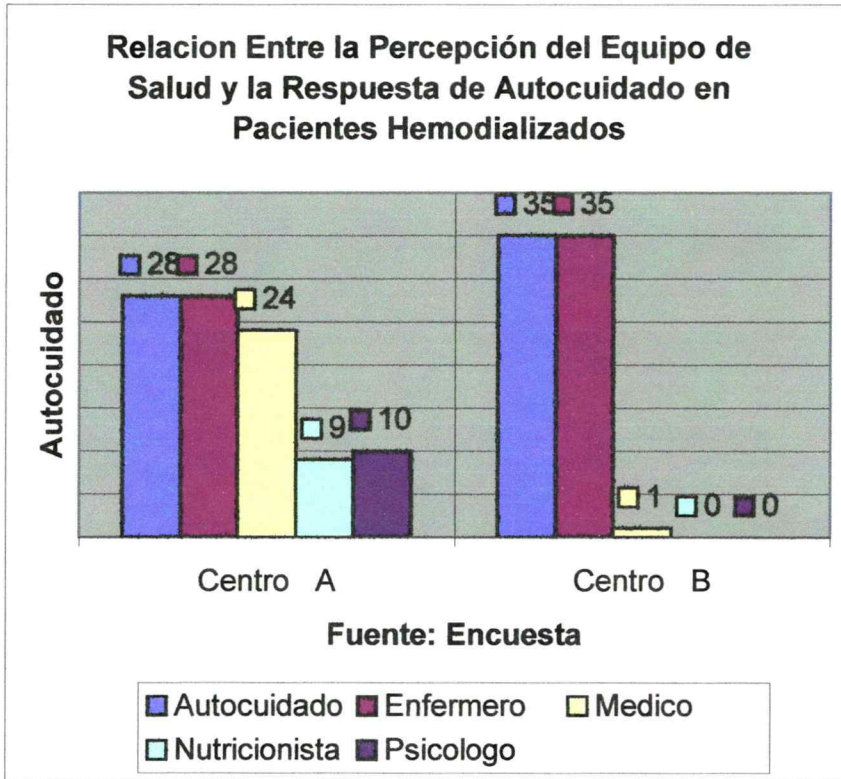


Gráfico N° 8

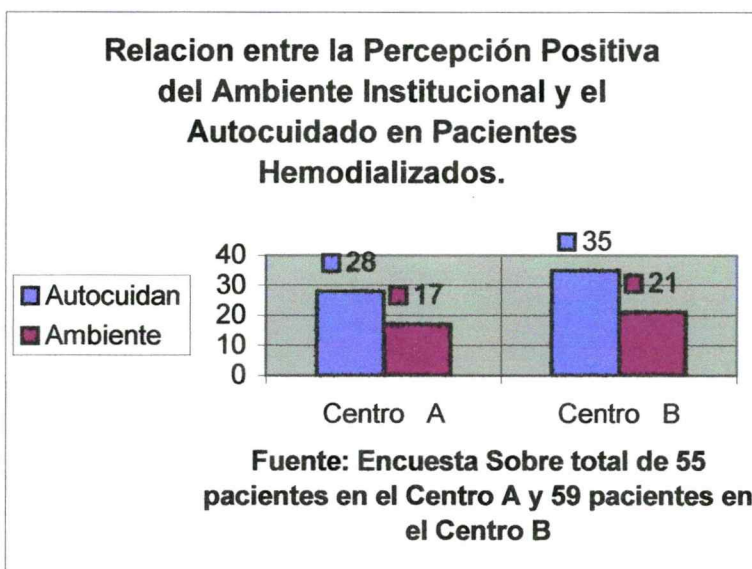


Gráfico N° 9

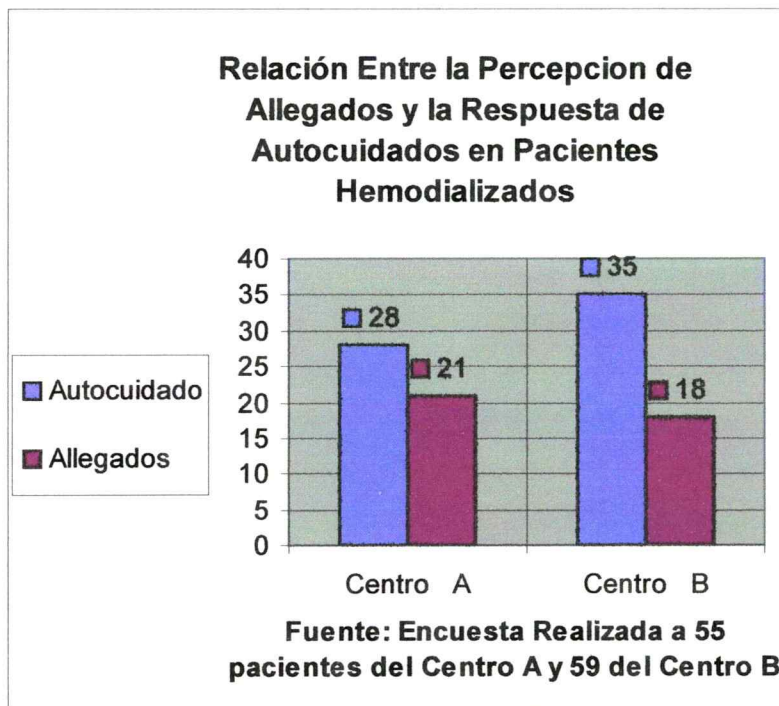


Gráfico N° 10

