

La evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal

Ana Julia Carrillo Algarra, Nathaly Duque Salazar, Kimberly Julieth Nieto Parra

Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá. Colombia

Resumen

Introducción: La atención de enfermería como relación entre un sujeto de cuidado y un profesional con capacidad para hacerlo requiere que éste último comprenda las vivencias que la enfermedad y los tratamientos generan en la persona.

Objetivo: Establecer interrelación entre las evidencias cualitativas disponibles en la literatura científica cualitativa publicada entre 1997-2014 respecto al cuidado de enfermería a pacientes en Diálisis Peritoneal con las taxonomías enfermeras.

Material y Métodos: Estudio cualitativo en el cuál, previa autorización del comité de ética e investigación, se realizó revisión sistemática de estudios cualitativos en tres etapas: 1. Búsqueda en las bases de datos: PubMed, Embase, CUIDEN, CINAHL, Dialnet, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud y Web of Science. 2. Evaluación de calidad metodológica por pares independientes utilizando el Critical Appraisal Skills Programme, en español; 3. Síntesis de evidencias cualitativas, que se interrelacionaron con las taxonomías Nursing Diagnoses: definitions and classification, y Nursing Intervention Classification.

Resultados: Se incluyeron 19 estudios que permitieron, desde la voz de los sujetos de investigación reportadas por los autores y homologadas con las características definitorias, formular diagnósticos y determinar intervenciones de enfermería enmarcadas en los 13 dominios establecidos por la Nursing Diagnoses: definitions and classification. Algunos resultados y conclusiones en

sí mismos son evidencias cualitativas del cuidado que requieren las personas en diálisis peritoneal.

Discusión y conclusiones: La diálisis peritoneal interfiere en todos los dominios, afectando al sujeto, su familia y su entorno. En general requiere de educación y apoyo permanente para lograr adherencia.

PALABRAS CLAVE

- TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL
- DIÁLISIS PERITONEAL
- RECOMENDACIONES CLÍNICAS
- ENFERMERÍA



The qualitative evidence and the care of patients in Peritoneal dialysis

Abstract

Introduction: Nursing care as a relationship between a subject of care and professional ability to do so requires that the latter understand the experiences that the disease and the treatments generate in the person.

Objective: To establish the qualitative relationship between the qualitative evidence available in scientific literature published between 1997-2014, related to nursing care in patients with peritoneal dialysis nurses taxonomies.

Material and methods: Qualitative study in which with prior authorization from the ethics and research committees, systematic review of qualitative studies was conducted in three stages: 1. Search databases: PubMed, Embase, CUIDEN, CINAHL, Dialnet, Scielo Virtual Library Health and Web of Science. 2. Assessment of methodological quality conducted by independent peers using the Critical Appraisal Skills Programme, in Spanish; 3. Summary of qualitative evidence, which is interrelated with the taxonomies Nursing Diagnoses: Definitions and classification, and Nursing Intervention Classification.

Correspondencia:

Ana Julia Carrillo Algara
Fundación Universitaria de ciencias de la salud
Hospital de San José
Carrera 19, nº 8ª-32. Bogotá D.C. Colombia
E-mail: ajcarrillo@fucsalud.edu.co

Results: The research paper is based on 19 studies that, using the voice of research subjects reported by the authors and approved with the defining characteristics, allowed the formulation of diagnoses and the determination of the necessary nursing interventions framed in the 13 domains established by the Nursing Diagnoses: definitions and classification. Some of the results and conclusions themselves are qualitative evidence of the care required by people on peritoneal dialysis.

Discussion and conclusions: Peritoneal dialysis interferes in all domains, which goes beyond the subject, affecting their family and environment. Generally it requires lifelong support to achieve adhesion.

KEYWORDS

- RENAL REPLACEMENT THERAPY
- PD
- CLINICAL RECOMMENDATIONS
- NURSING

Introducción

El cuidado de enfermería requiere comprender la vivencia del paciente, como un eje fundamental para la interpretación del proceso salud-enfermedad¹, lo cual hace relevante la investigación cualitativa, como estrategia que reconoce la vida de los actores sociales y permite a los profesionales de enfermería direccionar sus intervenciones en torno a las evidencias resultantes de este tipo de investigación; aspecto importante en el cuidado de pacientes en diálisis peritoneal (DP), tratamiento de sustitución renal eficaz que prolonga la vida, pero que requiere condiciones especiales como la adherencia al mismo.

Con base en lo anterior se genera el interés por conocer que evidencias reporta la investigación cualitativa para el cuidado de los pacientes en diálisis peritoneal, y como se interrelaciona con las taxonomías propias de enfermería, de manera que se puedan identificar los diagnósticos e intervenciones que permitan cuidarlos en forma integral.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión sistemática enmarcada en los parámetros de la investigación cualitativa, siguiendo una estrategia metodológica de tres etapas:

1. Búsqueda en bases de datos:

La búsqueda se realizó en PubMed, Embase, CUIDEN, CINAHL, Dialnet, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud y Web of Science. Las ecuaciones de búsqueda se construyeron a partir de las siguientes palabras clave: Investigación cualitativa, terapia de reemplazo renal, Diálisis Peritoneal, recomendaciones clínicas y enfermería; las cuales se adecuaron a los términos Medical Subject Headings (MESH), Descriptores de la Salud (DECs) y tesaurus de CUIDEN, lo que permitió emplearlos en inglés, portugués y español con el operador booleano AND.

Se incluyeron estudios cualitativos primarios y secundarios con enfoque descriptivo e interpretativo publicados entre 1997 y 2014, cuyo propósito se enfocara al fenómeno de estudio. Se siguió el sistema de clasificación establecido por Amezcua y Gálvez².

2. Evaluación de calidad metodológica por pares independientes:

Se seleccionaron por título 242 artículos, y por resumen y texto completo 69 a los cuales se les realizó evaluación con la escala de valoración CASPe, para artículos de investigación primaria³, la cual fue aplicada en forma individual por dos expertas en investigación cualitativa que no tuvieron contacto entre sí, ni conocieron la calificación emitida por el otro evaluador. Se incluyeron 19 artículos que alcanzaron un promedio de calificación igual o superior a 7 puntos de 10.

3. Análisis de resultados:

Los hallazgos se organizaron en temáticas inicialmente seleccionadas en forma individual por cada investigador y posteriormente analizadas por las tres investigadoras en conjunto, para acercarse lo mejor posible a lo expresado por los sujetos de investigación de acuerdo con lo descrito por el autor del documento, en caso de duda se procedió a revisar el original en forma simultánea. Una vez verificados los temas se organizaron las evidencias de acuerdo con los dominios establecidos por la Nursing Diagnosis: Definition and classification (NANDA)⁴ con el objeto de establecer la interrelación con las taxonomías de enfermería.

Resultados

La mayoría de estudios incluidos fueron de tipo descriptivo, desarrollados en Brasil, principalmente por enfermeras y publicados en el año 2010; la técnica más utilizada para obtener información fue la entrevista semiestructurada.

Con base en los relatos de los sujetos, tomados de los diferentes artículos seleccionados, de acuerdo con los dominios de la NANDA se organizaron los siguientes resultados:

Dominio 1: Promoción y Prevención

El equipo de salud reportó que el tiempo disponible para entrenar los pacientes es corto⁵, en concordancia algunos pacientes describieron el inicio de la DP como un tiempo de expectativa y temor a lo desconocido. Sin embargo, con el paso del tiempo, aumenta la calidad de la educación y se asume la terapia como única posibilidad de vida, por ello es importante la claridad y confianza demostradas por el personal de salud durante las sesiones de instrucción para no generar un efecto contrario.

"Pensé no voy a mejorar porque lo estoy haciendo mal y el médico me llamó la atención, no estaba tomándome la situación en serio".

La enfermera me habló... mostrando en el libro... ¿Qué podría pasar...? Así como lo dijo... pensé, que no era gran cosa.

"Mentalmente él está en otro lugar por completo, lo que significa que no me dará respuestas bien pensadas a mis preguntas."

Otra necesidad fue generar conciencia de la enfermedad y la forma de reestructurar su vida, para ello los pacientes requieren gran cantidad de información antes de iniciar el procedimiento en casa⁹, lo cual demanda educación sistemática para superar el déficit de conocimiento, aceptar la DP y facilitar las decisiones respecto al cambio de vida de paciente y cuidador⁹⁻¹¹, porque las modificaciones son progresivas y lentas pero requieren apoyo de los profesionales de la salud⁹, pero en general, perciben mayor sintonía con sus necesidades y el contexto en el que viven por parte de las enfermeras, porque con ellas el contacto es más prolongado e incluye visitas domiciliarias¹².

"Fue fundamental el cuidado del equipo de salud, disminuyeron mi angustia, resolvieron mis dudas, me calmaron .

"Si me hubieran dado esa información al principio, me habría encaminado a la DP con los ojos bien abiertos".

"Lo realmente importante para mí es la visita de la enfermera, su venida a mi casa para ver cómo estoy, si tengo preguntas, si el equipo funciona, esto hace la diferencia".

Asimismo, las reuniones con otros pacientes son positivas, son espacios para exponer sus sentimientos, resolver dudas, manifestar el temor a la dependencia, a ser una carga para el cuidador, al autocuidado en casa, y la renuencia a "medicalizar" el hogar, que son barreras potencialmente modificables con una preparación pre-diálisis oportuna y eficaz del paciente y su familia¹¹. Es importante que toda la información pueda ser consultada por pacientes y cuidadores cuando lo requieran, ellos expresan:

"Sepa usted qué hablar con una persona que haya pasado por eso... me ayudó mucho."

"Es importante: que me entreguen escrito lo relacionado con los analgésicos."

"Me mantengo al día con los temas de salud de los riñones gracias a los boletines y a los foros que me invitan."

Cuando el paciente con ayuda del equipo de salud comprende el significado de su enfermedad, acepta la DP y asimila los riesgos, algunos afirman:

"Lo veo de forma más natural. Es algo que necesito, así que lo hago sin quejarme."

"Debo dejar de fumar y beber alcohol."

"Debo reducir la ingesta de sal y líquidos porque pueden agravar mi cuadro clínico, debo comer frutas y verduras en porciones fraccionadas".

"Sigo las instrucciones del médico para tomar el medicamento."

"Como estrategia de autocuidado, camino, evito la cafeína, el alcohol y la ingesta de líquidos."

Después de la crisis inicial, el paciente valoró la información del equipo de salud porque se dio cuenta que le facilitaba cambiar el estilo de vida, aceptar restricciones en alimentos y líquidos, adaptarse a la vida social, cambios corporales y en su hogar⁵. En éste momento la educación reduce la ansiedad y permite visualizar diferentes opciones⁶:

"Al principio no sabía nada...pensé quitarme la vida y ahora [...] prácticamente normal, que me informaran me ayudó mucho."

"No sabía absolutamente nada acerca de la diálisis... No me explicaron que se puede vivir con diálisis por años. No me hablaron acerca de las emociones que van, junto con esto."

"Inicialmente pensé que no iba a necesitar nadie que me enseñe... bastaría con todo lo escrito, [...] Pero vi que era esencial que una persona me orientara."

Sin embargo puede encontrarse incumplimiento deliberado de pacientes no dispuestos a cambiar, y que no prestaban mucha atención porque planteaban:

"Usted puede saber exactamente lo que puede hacer por ensayo y error."

"No podía arriesgarme a ofender a los demás por no hacer cosas normales como tomar té o café."

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico⁴.

Intervenciones: Educación en salud, en procedimientos, tratamiento y apoyo constante del profesional hacia el paciente y su familia.

Dominio 2: Nutrición

Un cambio importante en los pacientes en DP se relacionó con la alimentación, debían consumir dieta equilibrada, verduras, frutas, poca sal, poca carne y restringir los líquidos para el éxito de tratamiento, además la IRC altera el apetito y la nueva forma de preparar la comida y administrar los medicamentos era extremadamente difícil, a menudo sentían que no eran adecuadamente educados por el hospital para este estilo de vida tan estricto:

"No tengo apetito, así que ¿dónde voy a sacar el fuerza?"

"Consumo comida sin sal, pan, galleta, como los alimentos secos."

"Si me quiero morir, sólo tengo que comer chocolate. El potasio es tan alto que tendría un ataque al corazón"

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos⁴.

Intervenciones: educación, manejo del equilibrio y control de líquidos.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Los cambios en la eliminación y los síntomas colaterales llevaron al paciente a consultar.

"Busqué ayuda médica porque sentía incomodidad, mareos, fatiga, debilidad general y tenía orina espumosa, e inflamación."

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria⁴.

Intervenciones: Educación sobre signos de alarma y atención oportuna.

Dominio 4: Actividad/reposo

La insuficiencia renal crónica (IRC) genera problemas de absorción de calcio y vitamina D, por tanto les aconsejaron realizar ejercicio diario moderado para contrarrestar los efectos sobre la densidad del hueso y mantener el índice de masa corporal¹², además tuvieron sensación de cansancio permanente, pero cuando percibieron la eficacia de la DP, los pacientes se adhirieron al tratamiento y lucharon contra los efectos nocivos de la diálisis. Los participantes revelaron su intención de hacerse cargo de su cuidado, a pesar de la angustia que implicaba la responsabilidad del manejo correcto de los equipos y del mantenimiento de la higiene, algunos manifestaron:

"Estoy cansado después de muchas horas dedicadas a la DP, las máquinas y equipos, ocupan mi tiempo de ocio"

"Me siento mejor cuando tomo micro-descansos"

La DP en algunos casos redujo el cansancio, pero simultáneamente consumió energía, con respecto al sueño, con frecuencia hubo vigilia nocturna y siestas durante el día, comportamiento difícil de modificar porque las siestas son una manera de pasar el día, este comportamiento afectó la energía, creatividad y concentración:

"Cada tarea requiere más tiempo porque estoy cansado y somnoliento, dormir es una forma de escapar"

El inicio del tratamiento fue descrito como punto de inflexión, implicó mayor necesidad de recuperar la fuerza y continuar las actividades normales, pero el cansancio interfirió la iniciativa y el autocuidado se percibió como una sobrecarga por la obligación de dializarse, algunos pacientes comentaron que descansaron más con la DP automatizada, pero otros encontraron que el catéter se obstruía durante el sueño, encendía las alarmas y los despertaba.

"Pienso hacer ejercicio, pero... no puedo ni caminar... ¿cómo podría hacerlo?"

"Puedo dormir bien. Pero a veces tengo preocupaciones y no puedo hacerlo."

La motivación y sensibilización de la persona en DP para el autocuidado dependió de la aproximación y la intervención continua del personal de salud, sobre todo de enfermería, si se tiene en cuenta que la IRC usualmente se asocia con más de una enfermedad crónica y es prioritario tomar medidas para evitar complicaciones. Un aspecto importante en el cuidado de estos pacientes es medir diariamente peso, presión arterial y observar presencia de efectos secundarios de los medicamentos y la diálisis.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del patrón del sueño⁴.

Intervenciones: Educación en el manejo de la energía, higiene del sueño, aumento del afrontamiento.

Dominio 5: Percepción/cognición

Las personas en DP manifestaron sentirse inmersos en un universo extraño y aterrador y reconocieron el apoyo de la familia y del equipo de salud como esencial para adaptarse y volver a tomar decisiones, algunos comentaron:

"Para mí es fácil porque tengo una hija auxiliar de enfermería y ella ayuda".

"Incluso cuando me hacen reprimendas por falta de adherencia, me siento bien aceptado y cuidado."

"Puedo consultar dudas y participar en las decisiones."

Martin-McDonald K. concluyó que la DP implicó una serie de contradicciones en los pacientes: libertad-restricciones, ser normal-ser diferente, esperanza-desesperación, y soporte-abandono, con base en afirmaciones como:

"El control de mi vida está en mis manos, es tan simple y natural como lo que como o bebo."

La diálisis no es natural para el cuerpo... es una carga para los órganos he cambiado mentalmente... todo es más pesado ahora..."

"[También aprendí] que si fijas el tubo hacia abajo, hacia la ingle... y tienes una cinta en lugar de dos, se activa la alarma mucho menos".

"El personal de salud interpreta subjetivamente mi dolor, lo que interfiere la comunicación".

"Las enfermeras, me visitan en la casa y me apoyan en el hospital sus sentimientos son genuinos, eso facilita la relación".

El significado de la DP como única forma de supervivencia llevó al paciente a pensar que renunciar al tratamiento es similar a suicidarse, por tanto la decisión de hacerlo implicaba: temor a que el personal de salud no los cuidara, cargas morales y éticas severas y conflicto personal porque simultáneamente no quería convertirse en una carga para su familia, fenómeno reportado con mayor énfasis en un grupo de pacientes mayores de 77 años, quienes a pesar de percibir la diálisis como soporte de vida sintieron que someterse a ella generaba desperdicio de recursos y afectaba negativamente su calidad de vida, por ello consideraron la posibilidad de no iniciarla debido a su edad y limitada capacidad física, además veían la muerte como algo natural.

"Una vez que abandoné el hospital nadie me cuidaba".

"La DP me marca como una persona que ya no puede hacer casi nada, como si tuviera una discapacidad."

Todo lo anterior generaba sentimientos de soledad y aislamiento, sin embargo los participantes se sintieron confirmados como personas cuando se les mostró respeto, por tanto, el apoyo emocional del equipo de salud hace la diferencia entre los sentimientos negativos y positivos del paciente frente a la DP.

"La actitud de los profesionales aumentó mi confianza y la aceptación de la DP."

"Es muy importante hablar sobre el tratamiento... Aprendí a verlo como un proceso simple, usted se despierta, no hace nada el resto del día... ni en la noche [...] el hecho de que él [el médico] simplifique el proceso, aumenta la aceptación."

"Quiero disfrutar cada segundo de mi vida, no me creo enfermo pero la enfermedad está ahí, y no puedo hacer nada."

La mayoría de los pacientes sintieron que la educación era determinante en la elección de la modalidad de tratamiento, otros factores clave fueron la percepción sobre la efectividad de la terapia en casa frente a la realizada en las unidades renales, la autonomía del paciente, y los beneficios de la diálisis en el hogar, el concepto del médico tratante, pero lo más importante es que cuando el paciente vive el método y se da cuenta que la diálisis es necesaria para conservar la vida, la acepta^{5,18}, pero tienen claro que interfiere con su proyecto de vida y por tanto genera sentimientos de miedo y ansiedad que algunas veces se incrementan por la forma de comunicación utilizada por los profesionales de salud²⁰.

"Le pregunté al médico y me dijo que la diálisis es la única oportunidad porque la enfermedad es incurable y mis hijos son todavía tan jóvenes... estoy asustado y lleno de incertidumbre".

"El tono autoritario del Doctor me hizo sentir la indicación de la diálisis como un ultimátum...usted lo que tiene que hacer, porque si no se va a morir... Sólo accedí a hacer las cosas así porque conocí Dr. J. y me dio seguridad con su modo de hablar".

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la percepción sensorial⁴.

Intervenciones: Potenciación de la imagen corporal.

Dominio 6: Autopercepción

Este dominio se interfirió cuando las personas experimentaron cambios en el propio cuerpo, se evidenció por expresiones como estar "atado" a la máquina o ser "esclavo de la máquina", y a pesar de considerar la diálisis como única opción para sobrevivir, resultó doloroso y agresivo porque limitó drásticamente sus

actividades y la vida social por tanto a pesar de las demás comorbilidades, muchos conservaron la esperanza de recobrar su libertad. En esos momentos era importante que lo reconocieran como persona¹⁹, ellos manifestaron:

"Todos me llaman por mi nombre, todos me conocen. Me siento como en casa".

Las personas jóvenes esperaban un trasplante: soñaban con un futuro, libres de catéteres, bolsas y máquina de DP, para ellos, la pérdida de órganos vitales y disminución de las capacidades físicas, tenían como efecto adicional: la pérdida de la integridad del cuerpo y describieron la DP como algo "horrible" porque en general comparaban la nueva realidad con la de antes de la enfermedad, cuando estaban llenos libertad, por tanto la diálisis significó, un nuevo mundo colmado de restricciones, fueron vinculados a objetos y equipos; le insertaron un tubo en el abdomen y debían introducir líquido en su cuerpo por horas; hubo cambios en el peso y forma del cuerpo, la presencia de dolor y cansancio fueron constantes, su sueño es recuperar la autonomía y continuar su vida normal a pesar de que algunos sienten que los tratan como pacientes preferentes, y la enfermedad ha hecho que sus familiares los reconozcan como personas:

"No todo es negativo, estar enfermo me hace visible para los demás me ha permitido mostrar lo fuerte que soy, he estado más firme desde que estoy en diálisis..."

"No me siento diferente porque no pueden ver mi catéter".

"Aprender a caminar a moverme con una cosa colgando en mi cuerpo, y listo".

Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la imagen corporal⁴.

Intervenciones: Potenciación de la autoestima, el autoconcepto, la imagen corporal, aumento del afrontamiento y educación sanitaria.

Dominio 7: Rol relaciones

Una vez iniciaron DP los pacientes dependieron de su autocuidado y de la ayuda de familiares y profesionales de la salud, la enfermedad se convirtió en el centro de su vida y eje de la existencia, deben dejar atrás muchas cosas importantes, modificar la casa, el trabajo, las actividades sociales que se ven interferidas porque deben estar en casa para realizar la diálisis pero lo más difícil es la modificación en la relación con sus seres queridos. Algunos pacientes especialmente mujeres manifestaron angustia por el tiempo de conexión a la máquina porque lo restan

a otras obligaciones y responsabilidades, otro factor de preocupación fue que el estigma social de la DP puede afectar la relación con el entorno social o laboral y perjudicar la vida personal y familiar del paciente y los cuidadores. Lo anterior se incrementaba si percibían despreocupación por parte del personal sanitario, porque en ausencia de apoyo, los participantes experimentaban abandono y rechazo que les hizo difícil adaptarse a la DP¹³.

"Me di cuenta de la importancia de que los médicos y enfermeras me den apoyo continuo porque los nuevos hábitos giran en torno a la enfermedad y el tratamiento, la vida social se hace difícil, el tiempo y el espacio son absorbidos por la DP".

"Me dicen que no puedo dejar la diálisis, pero tengo que hacerme cargo de mi vida,"

"Creo que el sistema de atención en el hogar se basa en el trabajo invisible de miembros de la familia...pero no quiero que mis hijos vean que estoy en diálisis."

"Mi familia es una ayuda enorme,...quitó un peso de mis hombros,...". "Siento gratitud por la ayuda de mi esposa, pero sufro porque soy una carga para ella".

La sensación de soledad fue más evidente cuando la familia se reintegró a sus actividades, además sintieron que sus amigos se alejaron o ellos mismos los evitaron e imaginaron causas que en algunas ocasiones incrementaron la tristeza.

"Ellos están asustados yo podría querer su riñón".

"Mi familia evita visitarme ellos dicen que "Me encuentro muy distante y antipático".

El aislamiento era tan difícil que los participantes eran felices con el control y las visitas domiciliarias, porque les permitían interactuar con otras personas, en éstas circunstancias el equipo de salud se convierte en una extensión de la familia por el compromiso y la atención requerida en el inicio del método que no solo genera angustia, sino duda, incertidumbre y vergüenza⁷.

"Al principio no estaba pensando con claridad, no había comenzado el tratamiento y el médico me dijo que un grupo de personas vendría a mi casa para llevar el equipo y me ayudaría, ellos vinieron y toda mi familia estaba aquí." "Dependo para siempre de mi autocuidado, y la ayuda de mi familia y los profesionales de salud."

"Creo que no soy buena compañía, y eso me desgasta".

"Fue fundamental el cuidado del equipo de salud, disminuyeron mi angustia, resolvieron mis dudas, me calmaron".

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la interacción social.

Intervenciones: Integración familiar y social, aumento del afrontamiento y educación sanitaria⁴.

Dominio 8: Sexualidad

La presencia del catéter es una amenaza en la relaciones de pareja porque impide a los pacientes ejercer su sexualidad por miedo, vergüenza o inseguridad⁵.

"Yo pensé: "¡Ah, Mi marido no me va a querer más".

Diagnóstico de enfermería: Patrón sexual inefectivo⁴.

Intervenciones: Educación en salud, aumento de la autoestima, la imagen corporal y el afrontamiento.

Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia la estrés

El inicio de la DP genera en los pacientes sentimientos de dolor, tensión, ansiedad, incertidumbre, incapacidad, preocupación, depresión, falta de energía, angustia, dependencia y déficit de autonomía, así como cambios drásticos en la forma de vida, pensamientos y proyectos a futuro^{4,7,9,11}. La enfermera debe aclarar con sutileza, calidez y cuidado que la IRC no tiene cura, es progresiva e irreversible⁶. Los adultos mayores se resignan más fácilmente ante lo inevitable, pero en los jóvenes causa más sufrimiento, es más difícil de asimilar⁸. Los mecanismos de afrontamiento se generan con el tiempo, cuando la DP se convierte en parte de su vida¹³.

Los pacientes sintieron inseguridad, intranquilidad, molestia, miedo, angustia, y frustración, especialmente durante los primeros días de la DP, ya que su realización requirió gran responsabilidad y fue inesperada¹⁸, en ese momento el equipo interdisciplinar jugó un papel fundamental en la generación de estrategias de afrontamiento, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y enseñar a combatir la monotonía con actividades de ocio como ejercicio, escuchar música, leer y jugar.

"Me generó estrés dejar de hacer las tareas del hogar".

"Siento temor al futuro, a vivir sin riñones y a la muerte".

"Veo la muerte como alivio al dolor y sufrimiento, es un proceso natural".

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el afrontamiento individual⁴.

Intervenciones: Aumento del afrontamiento, fortalecimiento de los roles familiares y sociales.

Dominio 10: Principios vitales

Algunos participantes asumieron la IRC como karma, castigo divino^{6,8,21}, muchos referían la necesidad del apoyo de Dios. La oración se convirtió en apoyo fundamental para el paciente y la familia con DP, proporcionando esperanza. Las creencias en Dios y la religión fueron básicas en la decisión de continuar el tratamiento. Las visitas de las autoridades religiosas al hospital contribuyen en el cuidado holístico e integral que el paciente quería recibir en todo momento.

"Yo disfrutaba la visita del pastor".

"Ir a la iglesia todos los domingos me motivó, hasta que no pude hacerlo más".

"El éxito de mi tratamiento ha sido una bendición de Dios".

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el bienestar espiritual⁴.

Intervenciones: Apoyo espiritual, facilitar el crecimiento espiritual dependiendo necesidades de cada individuo.

Dominio 11: Seguridad Protección

El riesgo de infección es elevado por ser la DP un tratamiento invasivo, por tanto las malas condiciones higiénicas son un factor incidente, lo anterior hizo necesarias condiciones de asepsia y antisepsia; adicionalmente, existen otras precauciones para prevenirla, como evitar el estreñimiento y no convivir con animales¹². Otra actividad que requirió precauciones especiales fue la administración segura de analgésicos, ya que en las personas con IRC, el proceso de eliminación de los medicamentos se retarda, lo cual puede ser un riesgo para la vida del paciente²⁰.

"Sigo las recomendaciones de la enfermera sobre administración segura de medicamentos".

"Como muchas frutas y vegetales para evitar el estreñimiento, y no tomo medicamentos que no estén formulados".

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección⁴.

Intervenciones: Educación sobre: asepsia y antisepsia, cuidados con el catéter, condiciones higiénicas para la DP.

Dominio 12: Confort

La DP genera sentimientos de independencia en los pacientes que han estado previamente en hemodiálisis, pero de dependencia en quienes se convierte

en su primera terapia de sustitución renal porque para realizarla es necesario hacer una reestructuración del hogar, convirtiéndose en factor de disconfort para el paciente y su familia, además el cansancio físico y mental se convierten en eje central de la vida.

"Me molesta la presencia de vómito y la administración de inyecciones".

"Me siento muy cansada, me limita las actividades sociales, no puedo dormir, me despierto en la noche por los calambres".

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el confort⁴.

Intervenciones: Manejo del entorno, del autocuidado, brindar apoyo emocional, educación en salud, aumentar el afrontamiento.

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

La IRC y la DP generaron fuerte impacto en la vida de los pacientes, especialmente en las personas jóvenes, siendo más difícil de asimilar.

"Mi enfermedad me aisló del mundo".

"Para mi buscar una relación amorosa es un mecanismo de negociación".

Diagnóstico de enfermería: Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo⁴.

Intervenciones: Aumentar el afrontamiento, el autocuidado, y el apoyo espiritual, dar educación sanitaria.

Discusión y conclusiones:

Según las evidencias obtenidas de la literatura científica revisada los pacientes en Diálisis peritoneal tienen interferidos los trece dominios establecidos en la NANDA. Los estudios reportan necesidades descritas por los pacientes que se convierten en características definitorias de diferentes diagnósticos y además recomendaciones de cuidado. Los dominios en los cuales se encontraron mayores requerimientos de cuidado fueron:

Promoción y prevención por la necesidad de reeducar al paciente y su familia en los estilos de vida y simultáneamente entrenarlos en un procedimiento invasivo totalmente desconocido para ellos al cual se deben adherir en su totalidad.

Actividad y reposo, porque además de los aspectos fisiopatológicos de la IRC que genera sensación de can-

sancio el paciente tiene que convivir con las alteraciones que genera el procedimiento en sí mismo lo cual altera su sueño y descanso

Percepción / cognición, teniendo en cuenta que el significado de la DP como una forma de supervivencia genera contradicción en los sentimientos del paciente y la familia quienes requieren del apoyo del equipo de salud principalmente de enfermería para adaptarse.

Autopercepción, la cual se modifica de acuerdo con la edad siendo más drástica en las personas jóvenes, por los cambios en su cuerpo y emociones; los pacientes y familiares reconocen que se atenúan cuando son reconocidos como personas por parte del equipo de salud.

Rol, relaciones, teniendo en cuenta que la adherencia a la DP conlleva a cambios en el estilo de vida, el manejo del ocio, los cambios corporales que llevan al aislamiento, todo ello sumado al tiempo que dedican a la realización del procedimiento convierten la situación en algo tan difícil que algunos pacientes llegan a sentirse felices con el control regular y las visitas domiciliarias, porque les permite interactuar con otras personas que terminan convirtiéndose en apoyo para afrontar la enfermedad, por tanto es importante que la comunicación de los profesionales sea clara, objetiva y abierta, a tal grado que el equipo de salud se convierte para algunos pacientes en una extensión de la familia.

Afrontamiento y tolerancia al estrés, puesto que los pacientes sienten inseguridad, intranquilidad, molestia, miedo, angustia, y frustración, especialmente durante los primeros días de la DP cuya realización requiere gran responsabilidad y es una situación inesperada.

El Confort se altera en el paciente y familia que deben adaptar su hogar para la realización del procedimiento, lo cual implica modificar espacios y costumbres.

Desde el punto de vista de lo biológico el dominio con mayor interferencia, es decir que tiene un daño irreparable es el de eliminación, sin embargo únicamente hay una referencia al respecto, una explicación es que precisamente la función de la DP es solucionarlo.

Las intervenciones que la literatura reportada como de mayor efectividad fueron a la educación en forma individual, la visita domiciliaria, la comunicación directa con el equipo de salud y el fortalecimiento del apoyo familiar.

Para el cuidado de enfermería son relevantes los resultados de la investigación cualitativa, este trabajo permitió evidenciar las experiencias, vivencias y necesidades de los pacientes en DP, al igual que las estrategias de afrontamiento que las personas asumieron para convivir con la IRC, permitiendo interrelacionar las taxonomías NANDA y NIC, para formular diagnósticos e identificar intervenciones que fortalezcan las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales del ser humano.

Es de resaltar que enfermería siempre está cerca del paciente y la familia por tanto tiene un papel importante en la capacitación y adherencia de los pacientes a la diálisis peritoneal.

Recibido: 20 enero 16
Revisado: 02 febrero 16
Modificado: 22 febrero 16
Aceptado: 01 marzo 16

Bibliografía

1. Cánovas Tomas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [Tesis Doctoral] España: Murcia; 2008.
2. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76 (5):423-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005
3. Cano A, González G, Cabello J. CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
4. ELSEVIER. NNNConsult [sede web]. España: Herdman T.H. (ED); 2012. [acceso 09 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
5. Araujo M, de Souza G, Pereira E, Bucovic E. Patients' experiences of peritoneal dialysis at home: a phenomenological approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20 (1): 68-75. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100010
6. Prieto M, Escudero M, Suess A, March J, Ruiz A, Danet A. Análisis de calidad percibida y expectativas de pacientes en el proceso asistencial de diálisis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2011;34 (1):21-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000100003&script=sci_arttext
7. Kaezer dos Santos F, Valente Valadares G. Conhecendo o mundo do ser que enfrenta a diálise peritoneal: nexos simbólicos presentes no cotidiano. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19 (3): 473-8. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a23.pdf>
8. Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *J Clin Nurs*. 2012;21 (5-6): 897-904. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22081948>
9. McCarthy A, Shaban R, Boys J, Winch S. Compliance, normality, and the patient on peritoneal dialysis. *Nephrol Nurs J*. 2010;37 (3): 243-50. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f0e5015b-67de-4c25-8c52-c990a108462e%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4112>
10. Yngman-Uhlin P, Friedrichsen M, Gustavsson M, Fernström A, Edéll-Gustafsson U. Circling Around in Tiredness: Perspectives Of Patients on Peritoneal Dialysis. *Nephrol Nurs J*. 2010;37 (4): 407-13. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ddc7b532-cd8a-45fa-b75e-7b10c2acdbe1%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4112>
11. Manias E, Williams A. Communication between patients with chronic kidney disease and nurses about managing pain in the acute hospital setting. *J Clin Nurs*. 2007;16 (11C): 358-67. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931328>

12. Beanlands H, Horsburgh M, Fox S, Howe A, Locking-Cusolito H, Pare K, et al. Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. *Nephrol Nurs J.* 2005;32 (6): 621-631. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16425810>
13. Sadala M, Guimarães Miranda M, Lorençon M, de Campos Pereira E. Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. *J Ren Cuidado.* 2010; 36 (1): 34-40. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f4b45903-be64-4a36-9550-50199ee0f218%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4112>
14. Calderan C, Pereira A, Vestena J, Schwartz E, Guerreiro D. Self-care practices for peoples with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, Cuidado e Fundamental Online.* 2013;5 (1): 3394-3402. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5090874>
15. Lin C, Chen M, Hsieh H, Chang S. Illness Representations and Coping Processes of Taiwanese Patients With Early-Stage Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing Research.* 2013;21n(2): 120-128. Disponible en: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.16.0b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00134372-201306000-00007&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>
16. Clarkson K, Robinson K. Life on dialysis: a lived experience. *Nephrol Nurs J.* 2010;37 (1): 29-35. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=2bc61908-226b-458a-8de5-360b8991f93d%40sessionmgr4005&crlhashurl=login.aspx%253fdirect%253dtrue%2526scope%253dsite%2526db%253dc8h%2526AN%253d2010579829%2526msid%253d=427800742&hid=4112&vid=0&data=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=2010579829&db=c8h>
17. Santos F, Valadares G. Vivendo entre o pesadelo e o despertar: o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal. *Esc Anna Nery.* 2011;15(1):39-46. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100006
18. Martin-McDonald K. Being dialysis-dependent: a qualitative perspective. *Collegian.* 2003;10 (2): 29-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15470987>
19. Ashby M, Op't Hoog C, Kellehear A, Kerr PG, Brooks D, Nicholls K, et al. Renal dialysis abatement: lessons from a social study. *Palliat Med.* 2005;19 (5): 389-96. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ce543c0-ccf6-4d23-a359-92b2721a5575%40sessionmgr13&vid=1&hid=109>
20. Fontes de Carvalho M, Cândido Moreira M, Moraes Nunes C. Estágios do pesar nos discursos de jovens em tratamento renal substitutivo. *Revistas Enfermagem Uerj.* 2012;20 (2): 203-208. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a11.pdf>
21. Osterlund K, Mendelssohn D, Clase C, Guyatt G, Nesrallah G. Identification of Facilitators and Barriers to Home Dialysis Selection by Canadian Adults with ESRD. *Dial Semin.* 2014;27 (2): 160-172. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24528280>
22. Elliott B, Gessert C, Larson P, Russ T. Religious beliefs and practices in end-stage renal disease: implications for clinicians. *J Dolor Symptom Manage.* 2012;44(3):400-409. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22762965>