

11226
20/9



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"REPERCUSIONES EN LA DINAMICA
FAMILIAR EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL"

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. Julio Alvarez Samble

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



IMSS

Puebla, Pue.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1984-1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION:

Durante la práctica médica hemos observado que cuando uno de los miembros de la familia -especialmente alguno de los padres- se encuentra limitado en sus funciones, tanto físicas como mentales, existe alteración en el núcleo familiar desde el punto de vista psíquico, biológico y social, lo cual nos ha motivado a investigar como se están desarrollando las funciones familiares y así tener un conocimiento preciso que nos permita establecer una relación Médico-paciente adecuada en el trato con familias con este tipo de problemas.

La recuperación de la salud, que es el objeto de la medicina curativa clásica, no llega en muchos casos a la meta final de la reincorporación de la persona "curada" a la actividad productiva, ni a la reincorporación a la sociedad, a la que todo individuo tiene no solamente derecho sino necesidad biológica de pertenecer.¹

Esta es la situación que se presenta en el caso de los pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal Crónica que es un procedimiento paliativo -que implica por sí misma un riesgo elevado de complicaciones- que produce cambios emocionales y psicosociales con la subsecuente disfunción familiar.

Inicialmente, el único tratamiento disponible para la Insuficiencia Renal Crónica eran medidas conservadoras tales como envolver al paciente con mantas, sangrar al paciente y reemplazar el volumen perdido con una transfusión o colocarlo en una estricta dieta sin sodio. Por lo general éstos tratamientos fracasaban y el diagnóstico de Insuficiencia Renal significaba su muerte.²

En 1963 Boen y Scribner desarrollaron la técnica de punción-conocida como "método de paracentesis intermitente" y su primer paciente fué una mujer que no tuvo lugar en el programa de hemodíalisis. El aspecto más satisfactorio es que ésta mujer todavía vive gracias a un trasplante de riñón. La Diálisis Peritoneal no solo le salvó la vida sino que también le permitió recibir un ---

transplante al darle tiempo para tal efecto.³

Tradicionalmente el Médico está obligado a seguir las directrices de Hipócrates, el Médico "ordenará el régimen según su mejor juicio y habilidad y hará lo que considere más beneficioso para su paciente". Hipócrates ni siquiera consideró la posibilidad de no tratar al enfermo⁴, lo que motiva la conducta primaria en todo paciente con Insuficiencia Renal Crónica condenado a muerte.

Actualmente, la Diálisis Peritoneal es un procedimiento que - en nuestro medio, habitualmente se realiza en forma intrahospitalaria y un pequeño porcentaje de pacientes lo lleva a cabo en su domicilio, con la ayuda de algún familiar preparado para tal fin (- programa de Diálisis Peritoneal continua ambulatoria -DPAC-), sin embargo las complicaciones -especialmente la peritonitis- se presentan con elevada frecuencia en éstos pacientes. Quizá su problema mayor sean defectos de la técnica y los que obviamente representa el cateter como "cuerpo extraño" en cavidad; además los altos costos y especialmente los cambios emocionales y psicosociales en el paciente. Respecto al nivel actual, el 87% de los pacientes sometidos a éste tratamiento logran sobrevivir 1 año; el 77% sobreviven 2 años y el 67% por 3 años,^{4,5,6} dependiendo de la enfermedad que condicionó la Insuficiencia Renal y las complicaciones que se presenten.

Un problema importante es el impacto emocional producido por tener que dedicar tanto tiempo a un programa en el que el ser humano depende por completo de éste procedimiento para sobrevivir. Algunos pacientes están satisfechos por que "se sienten mejor" -aceptable calidad de vida-, algunos hasta pueden trabajar y resultan útiles, otros en cambio sufren depresión (la gran mayoría) y - de hecho se han producido suicidios por ésta causa.⁴ Además, la disfunción familiar ocasionada por el compromiso -generalmente "moral"- de los familiares para cumplir las indicaciones médicas, o el velar por la seguridad del paciente y la limitación que impone

a la familia para algunas actividades terminan por condicionar - cierto rechazo para el paciente, además el mismo paciente en forma continua se encuentra en un ambiente hasta cierto punto extraño y en ocasiones hasta agresivo.

Las enfermedades prolongadas como es el caso de la Insuficiencia Renal, modifican el modo de vida del paciente y de su familia. Habrán de cambiar creencias, metas, intereses, contactos con la sociedad y tipo de vida. Ningun Médico al iniciar su profesión, conoce en verdad los problemas que crea en una familia una enfermedad invalidante. Muchas veces, un Médico responsable se siente molesto al percatarse de que solo le queda la vía de volver la enfermedad invalidante lo más soportable posible para los individuos afectados. El Médico Familiar forma parte de la situación que abarca la totalidad de la familia. Es influenciado por los especialistas a quienes consulta, por los amigos del paciente, y se encuentra en posición privilegiada para ayudar a las familias y al propio paciente. El manejo de problemas emocionales requiere el mismo esfuerzo, cuando menos, que la elección de la terapéutica específica.^{7,8}

El enfermo inválido teme a muchas cosas, entre las consecuencias para el paciente están: la muerte, el abandono, contactos con otras gentes y problemas económicos.⁹

Existe además el peligro de la pérdida de estimación personal y alteración de las relaciones interpersonales. El paciente responde a éstos problemas en función de :

- 1.- Su personalidad previa.
- 2.- Su imagen personal.
- 3.- Su experiencia en enfermedades pasadas.
- 4.- Sus conceptos sobre su enfermedad actual.
- 5.- Sus ideas sobre la actividad del Médico y otros miembros del equipo de salud.⁸

La reacción emocional que puede presentarse debido a éstos-

factores son :

- 1.- Depresión.
- 2.- Hostilidad y agresividad.
- 3.- Ansiedad.
- 4.- Dependencia.
- 5.- Culpa.
- 6.- Hipocondría.

La depresión caracteriza especialmente al varón adulto afectado por una enfermedad invalidante. Se origina en la inseguridad causada por la imposibilidad de llevar a cabo algunas actividades; es todavía más probable cuando la posición económica disminuye paralelamente a la social o cuando el paciente así lo cree.¹⁰

Los síntomas de depresión más frecuentes son pérdida del apetito, del sueño y de la actividad sexual, también puede encontrarse menor energía y tendencia al autodesprecio. Tanto el varón como la mujer con enfermedad invalidante deben seguirse sintiendo personas igualmente valiosas para su familia. La pérdida de la función de un órgano del cuerpo es especialmente traumática y es preciso reducir al mínimo su impacto psicológico,¹¹ como ocurre en el caso de los insuficientes renales en los que se vislumbra un futuro poco promisorio.

En cuanto a las consecuencias para la familia, materialmente la familia del enfermo inválido está expuesta a los mismos factores que el paciente y responde en función de los mismos determinantes. Sin embargo, la reacción no es obligatoriamente la misma que la del enfermo. Actúa aquí otro conjunto de fuerzas externas; las reacciones de culpa son más frecuentes en los familiares que en el paciente.^{7,8,12}

Entre otras reacciones familiares podemos citar las siguientes:

- 1.- Irritación y mal humor hacia el enfermo inválido (cuando es dependiente).
- 2.- Miedo frente a síntomas inquietantes (por desconocimiento)

3.- Hipocondría en otros miembros de la familia.

4.- Sobreprotección y temores innecesarios.^{8,12}

Otras consecuencias para el grupo familiar son las alteraciones que se producen en las funciones familiares, a éste respecto se recordarán las mismas y la clasificación de la familia desde el punto de vista de su composición, ya que con ésto el Médico Familiar podrá hacer un diagnóstico de las familias que atiende y posiblemente generar acciones que tengan como objetivo la salud, o sea el bienestar bio-psico-social,⁷ y que en el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal nos será de gran utilidad para poder comprender las alteraciones que se presentan en el núcleo familiar y poder determinar las funciones familiares que se encuentran afectadas y de esa manera tomar las medidas adecuadas como corresponde al perfil profesional del Médico Familiar.

La familia desempeña cinco funciones básicas que son las siguientes:

1.- Socialización: Es considerada como la más importante, es el proceso mediante el cual el individuo desde su nacimiento es transformado a través de los años en un ser social capaz de participar por completo en la sociedad. En un principio es llevada a cabo por los miembros de la familia y posteriormente por otras instituciones como son la escuela, iglesias, clubes, etc.

2.- Cuidado: Significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la familia.

3.- Afecto: La familia debe llenar las necesidades afectivas de sus miembros, por que las respuestas afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar.

Aunque se pueden separar desde el punto de vista conceptual cuidado y afecto, ésto no se distingue fácilmente en la vida real. Atención y afecto son parte del proceso de adaptación social, la cual si es insuficiente da por resultado privación que haría al individuo menos capaz de responder desde el punto de vista afecti

vo a los demás.

4.- Reproducción: Por medio de ésta, la familia genera individuos que van a reemplazar a otros en la sociedad. Es primordialmente importante e incluye aspectos de educación sexual necesarios para una adecuada evolución del individuo y por ende de la familia.

5.- Status: Está relacionado directamente con la tradición familiar; el otorgamiento de status a los hijos establece los derechos y tradiciones de los padres. La familia tiene la responsabilidad de proporcionar una adaptación social necesaria, así como experiencias educativas que permiten al individuo adoptar una vocación con mejores perspectivas de vida relacionados con otros grupos.⁷

La fortaleza como grupo de la familia, radica en crear un medio en el cual sus miembros puedan desarrollarse como individuos, socializarse y establecer nexos que les ofrezcan apoyo emocional, por lo que la alteración de sus funciones harían a la familia ineficiente.¹³

Desde el punto de vista de su integración, la familia se divide en familia integrada, que es aquella en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones; la familia semiintegrada en la cual los cónyuges viven pero no cumplen sus funciones adecuadamente, a éste tipo de familia corresponden la mayoría de los pacientes adultos que no pueden cumplir sus funciones debido a alguna enfermedad como son los insuficientes renales; y finalmente la familia desintegrada que se caracteriza por la falta de alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación, etc.⁷

Se puede considerar a la enfermedad no como la enfermedad de un sujeto -especialmente las enfermedades crónicas- sino como la de la unidad básica de la estructura social o grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el portador emergente de esa situación total y al final puede ser el "chivo expiatorio" o emergente

de esa dinámica familiar en peligro de desequilibrarse progresivamente si no se toman medidas adecuadas.¹²

Con éste estudio se pretende determinar las funciones familiares que están afectadas en los pacientes con Insuficiencia Renal que requieren para su tratamiento de Diálisis Peritoneal en forma rutinaria. Una vez determinadas éstas, se podrá ofrecer al Médico Familiar el conocimiento de las interacciones que se dan en las familias con éste tipo de problemas para que de ésta manera se puedan realizar acciones específicas en beneficio de nuestras familias derecho-habientes.

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo se efectuó entrevistando a 30 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal producida por diversas causas y que requieren tratamiento a base de Diálisis Peritoneal, además se entrevistó al familiar que se encuentra en mayor contacto con cada paciente.

El grupo de pacientes se tomó al azar de los que se encuentran bajo control del servicio de Nefrología del Hospital Regional de Especialidades y del Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Puebla, Pue.

Este estudio se realizó en el período comprendido de marzo a diciembre de 1985.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario previamente elaborado, en el cual se incluía edad, sexo, causa de su enfermedad, situación económica, aspectos propios de la enfermedad y del procedimiento (Diálisis Peritoneal) y con especial énfasis al estado de las relaciones entre pacientes y familiares y la calidad de vida del paciente.

Se aplicó el mismo cuestionario a los pacientes y a los familiares de éstos.

El cuestionario se aplicó en forma directa a los pacientes, en su cama y durante el procedimiento de Diálisis, y a los familiares en la sala de espera del área hospitalaria; se les explicó previamente el motivo de la encuesta mediante palabras que pudieran entender y en algunos casos se les amplió el conocimiento acerca de la enfermedad de sus familiares y del proceso de Diálisis.

A continuación se anexa el cuestionario aplicado señalándose entre parentesis las preguntas específicas para pacientes (P), familiares (F) y para ambos (P-F), ya que era conveniente para el estudio conocer los puntos de vista tanto del paciente como de su familiar.

El tamaño de la muestra fué integrado tomando en cuenta los recursos disponibles y corresponden aproximadamente al 50% del total de pacientes (74) registrados en el servicio de Nefrología -- del Hospital Regional de Especialidades y del Hospital General de Zona del I.M.S.S. en Puebla, Pue.

Por el tipo de investigación realizado, no existe un método estadístico aplicable al presente estudio, razón por la cual las conclusiones obtenidas son en base a la distribución y evaluación de los resultados.

GUESTIONARIO

- Edad y sexo del paciente.

PREGUNTAS:

- 1.-¿Por qué está dializado el paciente? -P-
- 2.-¿Qué tiempo lleva dializado y cuantas Diálisis se le han practi cado? -P-
- 3.-¿Qué esperanza de recuperación tiene con el tratamiento? -P-
- 4.-¿Con qué frecuencia visita al Médico? -P-
- 5.-¿Considera el paciente que podría ser mejor atendido en otro la do? -P-
- 6.-¿Tiene algún familiar que esté dispuesto a donarle un riñón? -P-
- 7.-¿Se ha complicado alguna vez el paciente dializado? -P-
- 8.-¿Qué sugiere el paciente para mejorar su estado actual? -P-
- 9.-¿Vive satisfecho el paciente con su calidad de vida? -P-
- 10.-¿Significa un problema para los familiares el tener a un pacien te con Diálisis en casa? -P-
- 11.-¿Desearían los familiares que el paciente viviera separado de e llos? -P-
- 12.-¿Consideran los familiares una ventaja el realizar las Diálisis en el hospital o preferirían en su casa? -P-
- 13.-¿Consideran los familiares que está justificado el método? -P-
- 14.-¿Consideran los familiares necesario el cambio de tratamiento- para su familiar? -P-
- 15.-¿Pueden los familiares proveerse de recursos para realizar la- Diálisis a sus familiares en su domicilio? -P-
- 16.-¿Tiene la familia medios económicos para subsanar los gastos - inherentes al paciente con Diálisis? -P-
- 17.-¿Reciben ayuda extrafamiliar para continuar el control del pa- ciente dializado? (Institucional, Gubernamental, Familiares que no viven con ellos, etc) -P-P-
- 18.-¿Qué importancia le dan a la dieta, la siguen los pacientes? - -P-P-
- 19.-¿Tiene el paciente algún trato especial en su casa o trabajo?- -P-P-
- 20.-¿Qué actividades realiza actualmente el paciente dializado? - -P-P-

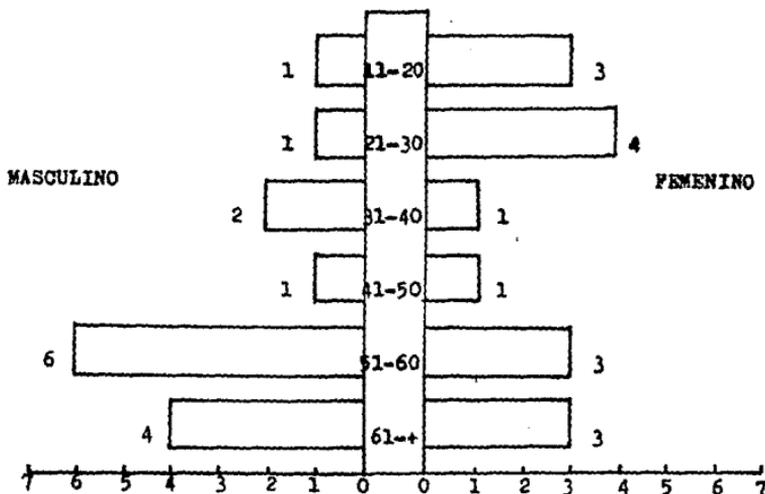
- 21.-¿Existe rechazo o apoyo hacia el paciente dializado? -P-F-
- 22.-¿Cómo es actualmente la relación afectiva de los miembros de la familia con el paciente dializado? -P-F-
- 23.-¿Cuál es la actitud del paciente dializado para con sus familiares? -P-F-
- 24.-¿Han modificado los familiares su "estilo" de vida a causa del familiar dializado? -P-F-
- 25.-¿Existe dependencia del paciente dializado con los familiares excluyendo el aspecto económico? -P-F-

RESULTADOS

Se estudiaron 30 pacientes, de los cuales el 50% (15) fueron del sexo masculino y el 50% restante (15) correspondieron al sexo femenino, además también se interrogó a un familiar por cada paciente de los cuales 5 fueron del sexo masculino y 25 del sexo femenino.

La distribución de los pacientes por grupo de edad y sexo se muestra en la gráfica No. 1. Las edades extremas fueron de 13 y - 74 años de edad, con una edad promedio de 44.8 años.

GRAFICA No. 1



Distribución de los pacientes según la edad y el sexo. El eje de las abscisas indica el número de pacientes por grupo de edad.

En la siguiente tabla se expresan los porcentajes obtenidos por grupo de edad y sexo.

Cuadro No. 1
Edad y sexo de los pacientes entrevistados y su porcentaje.

SEXO	GRUPO DE EDAD						TOTAL	%
	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-+		
MASCULINO	1	1	2	1	6	4	15	50
FEMENINO	3	4	1	1	3	3	15	50
TOTAL	4	5	3	2	9	7	30	100
%	13.33	16.67	10	6.67	30	23.33	100	

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de pacientes por programa de Diálisis en que se encuentran (DPI y DPAC) y por tipo de cateter que utilizan para el procedimiento.

Cuadro No. 2

Distribución de pacientes por programa de Diálisis Peritoneal y por el tipo de cateter que utilizan para el mismo.

PROGRAMA	MASC.	FEM.	TOTAL	%
D.P.A.C.	2	3	5	16.66
D.P.I.	13	12	25	83.34
TOTAL	15	15	30	100

CATET.	MASC.	FEM.
TENCK	6	9
RIG.	9	6
TOT.	15	15
%	50	50

En los siguientes cuadros se muestran los resultados obtenidos en relación a las respuestas señaladas a cada uno de los reactivos.

PREGUNTA No. 1

¿Por qué está dializado el paciente?

SEXO	CON Dx	SIN ^o Dx
MASC.	11	4
FEM.	11	4
TOT.	22	8
%	73.3	26.7

CAUSA DE LA INSUFICIENCIA RENAL							
SEXO	GLOM. NEF.	DIAB. TES	PIELO NEF.	LES	NEFRITIS	SIN ^o Dx	TOT.
MASC.	0	11	0	0	0	4	15
FEM.	3	5	1	1	1	4	15
TOT.	3	16	1	1	1	8	30
%	10.0	53.3	3.3	3.3	3.3	26.8	100

• No se especifica la causa de la Insuf. Renal.

PREGUNTA No. 2

¿Qué tiempo lleva dializado y cuantas de éstas se le han realizado?

AÑOS EN TRATAMIENTO						
SEXO	- 1	1	2	3	4	TOT.
MASC.	5	4	2	2	0	13
FEM.	8	1	2	1	0	12
TOT.	13	5	4	3	0	25
%	52	20	16	12	0	100

SEXO	PROM.
MASC.	1.9
FEM.	1.3
TOTAL	3.2

• No incluidos pacientes en DPAC

PREGUNTA No. 3

¿Qué esperanza de recuperación tiene con el tratamiento de Diálisis?

OPCION	SEXO		TOT.	%
	M	F		
CURARA	5	6	11	36.67
NO CURARA	6	6	12	40
SIN RESP.	4	3	7	23.33
TOTAL	15	15	30	100

PREGUNTA No. 4

¿Con qué frecuencia visita el paciente a su Médico?

OPCION	SEXO		TOT.	%
	M	F		
CADA SEMANA	12	9	21	70
CADA 10 DIAS	2	1	3	10
CADA MES	1	5	6	20
TOTAL	15	15	30	100

PREGUNTA No. 5

¿Considera el paciente que podría ser mejor atendido en otro lado?

OPCION	SEXO		TOT.	%
	M	F		
SI	3	3	6	20
NO	11	11	22	73.33
SIN RESP.	1	1	2	6.67
TOTAL	15	15	30	100

PREGUNTA No. 6

¿Tiene el paciente algún familiar dispuesto a donarle un riñón?

OPCION	SEXO		TOT.	%
	M	F		
SI	2	5	7	23.33
NO	6	3	9	30
SIN RESP.	7	7	14	46.67
TOTAL	15	15	30	100

PREGUNTA No. 7

¿Se ha complicado alguna vez el paciente dializado?

OPCION	SEXO		TOT.	%
	M	F		
SI*	2	3	5	16.67
NO	13	12	25	83.33
TOTAL	15	15	30	100

*Peritonitis
Promedio 6.2
Rango 1 - 18

PREGUNTA No. 8

¿Qué sugeriría el paciente para mejorar su estado actual?

OPCIÓN	SEXO		TOT.	%
	M	F		
CAMBIAR Tx	4	4	8	26.67
LIBERTAD EN DIETA	3	6	9	30
DIALISIS + AISLADA	3	3	6	20
NADA	4	1	5	16.67
SIN RESPUESTA	1	1	2	6.66
TOTAL	15	15	30	100

PREGUNTA No. 9

¿Vive satisfecho el paciente dializado con su calidad de vida?

OPCION	SEXO		TOT.	%
	M	F		
SI	2	1	3	10
NO	13	14	27	90
TOTAL	15	15	30	100

PREGUNTA No. 10

¿Significa un problema para los familiares el tener a una persona con Diálisis en casa?

OPCION	SEXO		TOT.	%
	M	F		
SI	4	16	20	66.7
NO	1	9	10	33.3

- a) problemas económicos
- b) descuido para otros miembros de la familia
- c) limita actividades de la familia (diversiones)
- d) caracter irascible del paciente

PREGUNTA No. 11

¿Desearían los familiares que el paciente viviera separado de ellos?

OPCION	TOT.	%
SI	10	33.33
NO	20	66.67
TOTAL	30	100

PREGUNTA No. 12

¿Consideran los familiares una ventaja el realizar el procedimiento de Diálisis para su paciente en el Hospital o preferirían su casa?

OPCION	TOT.	%
HOSPIT.	25	83.33
CASA [*]	5	16.67
TOTAL	30	100

* Están en DPAC

PREGUNTA No. 13

¿Consideran los familiares que está justificado el método? (diálisis)

OPCION	TOT.	%
SI	22	73.33
NO	2	6.67
SIN RESP.	6	20
TOTAL	30	100

PREGUNTA No. 14

¿Consideran los familiares necesario el cambio de tratamiento para su paciente?

OPCION	TOT.	%
SI	12	40
NO	12	40
SIN RESP.	6	20
TOTAL	30	100

PREGUNTA No. 15

¿Pueden los familiares proveerse de los recursos necesarios para realizar la Diálisis Peritoneal a su familiar en casa?

OPCION	TOT.	%
SI	5	16.67
NO	25	83.33
TOTAL	30	100

PREGUNTA No. 16

¿Tiene la familia recursos económicos suficientes para subsanar todos los gastos aleatorios a la Diálisis Peritoneal?

OPCION	TOT.	%
SI	3	10
NO	27	90
TOTAL	30	100

PREGUNTA No. 17

¿Reciben ayuda extrafamiliar para poder continuar el control -- del paciente dializado?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
FAMILIARES	9	30	7	23.33
I.M.S.S.	5	16.67	8	26.67
OTROS	3	10	2	6.67
NO	13	43.33	13	43.33
TOTAL	30	100	30	100

• IMSS y OTROS = pensiones, traslados, etc.

PREGUNTA No. 18

¿Qué importancia le dan a la dieta los pacientes, la siguen?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
SIEMPRE	10	33.33	10	33.33
CASI SIEMPRE	14	46.67	12	40
A VECES	2	6.67	5	16.67
NO	4	13.33	3	10
TOTAL	30	100	30	100

PREGUNTA No. 19

¿Se le da trato especial al paciente en su casa o trabajo?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
SI	16	53.33	21	70
NO	14	46.67	9	30
TOTAL	30	100	30	100

PREGUNTA No. 20

¿Qué actividades realiza el paciente dializado?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
TRABAJA	1	3.33	1	3.33
COCINA	4	13.34	4	13.34
ASEO DE LA CASA	3	10	2	6.66
ACT. VIDA DIARIA.	10	33.33	10	33.33
NINGUNA	12	40	13	43.34
TOTAL	30	100	30	100

PREGUNTA No. 21

¿Existe apoyo o rechazo en el núcleo familiar para el paciente con Diálisis Peritoneal?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
RECHAZO	2	6.67	0	0
APOYO	24	80	30	100
SIN RESP.	4	13.33	0	0
TOTAL	30	100	30	100

PREGUNTA No. 22

¿Cómo es la relación afectiva del paciente dializado con sus familiares?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
EXCELENTE	15	50	10	33.33
BUENA	9	30	15	50
INDIF.	5	16.67	5	16.67
MALA	1	3.33	0	0
TOTAL	30	100	30	100

PREGUNTA No. 23

¿Cómo es la actitud del paciente con sus familiares actualmente?
(en relación a cuando se encontraba sano)

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT	%
MEJOR	4	13.33	7	23.33
IGUAL	9	30	14	46.67
INDIF.	10	33.33	0	0
PEOR	7	23.34	9	30
TOTAL	30	100	30	100

PREGUNTA No. 24

¿Han modificado los familiares su "estilo" de vida a causa del paciente dializado?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
SI	14	46.67	25	83.33
NO	10	33.33	5	16.67
SIN RESP.	6	20	0	0
TOTAL	30	100	30	100

PREGUNTA No. 25

¿Hay dependencia del paciente dializado -fuera de lo económico- con los familiares?

PACIENTES			FAMILIARES	
OPCION	TOT.	%	TOT.	%
SIEMPRE	14	46.67	16	53.33
A VECES	11	36.66	14	46.67
NUNCA	5	16.67	0	0
TOTAL	30	100	30	100

RESULTADOS:

Una vez revisadas las gráficas y los resultados podemos afirmar lo siguiente:

- La distribución por sexo fué semejante para ambos, no obstante que la muestra se seleccionó al azar; el grupo de edad más afectado fué el de mayores de 51 años con el 52.8%.

- La Diálisis Peritoneal Intermitente predomina en forma importante sobre la DPAC.

- La causa más frecuente de Insuficiencia Renal Crónica fué la Diabetes Mellitus a la cual correspondió el 53.8% de los casos.

- El promedio de estancia en los programas de Diálisis fué mayor en el sexo masculino con 1.9 años sobre 1.3 años del sexo femenino.

- Un porcentaje elevado de pacientes y parte de los familiares desconocen la esencia del proceso de Diálisis.

- La gran mayoría de los pacientes se encuentran conformes - más no satisfechos - con el programa de Diálisis en que se encuentran; en relación con la calidad de vida, el 90% de los pacientes con Diálisis Peritoneal viven insatisfechos, sin embargo están resignados a "vivir" de esa manera.

- Sólo el 23.3% de los pacientes entrevistados tienen un familiar dispuesto a donarles un riñón.

- La Peritonitis es la complicación más frecuente de los pacientes con Diálisis Ambulatoria. Llama la atención que no se presentaron problemas inherentes a la técnica de aplicación del cateter u otros.

- La Diálisis Peritoneal es practicamente "rechazada" por la gran mayoría de los pacientes que se encuentran en el procedimiento.

- Los familiares aceptan en un alto porcentaje (66.6%) que el hecho de tener un familiar con Diálisis Peritoneal significa un problema para ellos, aunque no aceptan en forma clara que el pa-

ESTA TESIS NO SE EN
SALA DE LA BIBLIOTECA

- ciente se separe de ellos (parametros que los contradicen).
- Unicamente el 9% de las familias cuentan con recursos económicos para sufragar los costos aleatorios al procedimiento, y el resto requieren de ayuda para salir avantes, como por ejemplo de familiares que no viven con ellos, pensiones, etc.
- Los pacientes con más tiempo en los programas de Diálisis están hastiados de cuidar su alimentación y actualmente le dan poca importancia a la dieta impuesta por el Médico y que es fundamental en su manejo.
- Un 46% de los pacientes consideran que el trato físico que se les da en el núcleo familiar no ha cambiado en relación a cuando se encontraban sanos, sin embargo, los familiares (70%) piensan lo contrario; las relaciones afectivas entre pacientes y familiares se pueden considerar como aceptables, ya que sólo un 20% de aquellos no la consideran buena y esto coincide con lo afirmado por los familiares. Esto es compatible también con las manifestaciones de apoyo de parte de los familiares.
- Sólo una cuarta parte de los pacientes consideran encontrarse aptos para desarrollar actividades mayores -como el trabajar- y las tres cuartas partes restantes se encuentran limitados físicamente en forma importante. Los familiares opinan prácticamente lo mismo.
- Un 83% de los familiares opinan que han cambiado su "estilo" de vida a causa del familiar dializado, sin embargo, los pacientes afirman que sólo un 46% lo ha hecho. Esto muestra la discrepancia en los puntos de vista de ambos una vez más.
- Finalmente se observó que sólo un 16% (5 pacientes) no dependen de sus familiares para realizar sus actividades habituales, y de ellos, un 83% (4 pacientes) corresponden al programa de DPA C.

DISCUSION:

Consideramos que a pesar de ser mínima la literatura existente en relación a los aspectos tratados en éste estudio, los resultados vienen a reafirmar lo mencionado por otros autores al referirse al Insuficiente Renal Crónico y que éstos resultados son comparables a los de cualquier enfermo crónico, que dependiendo de su padecimiento pueden llegar a convertirse hasta cierto punto en un inválido; además podemos agregar que específicamente en los pacientes con tratamiento basado en la Diálisis Peritoneal, éstos se encuentran insatisfechos con su calidad de vida, que una gran mayoría de los pacientes y parte de los familiares desconocen la esencia del procedimiento, y que prácticamente la "rechazan", que los pacientes presentan alteraciones importantes en sus funciones familiares en especial con el familiar que se encuentra en mayor contacto con él y que las relaciones interpersonales se deterioran progresivamente a medida que pasa el tiempo, tampoco debemos olvidar los problemas económicos a que se ven expuestas éstas familias por la pérdida absoluta o relativa de la capacidad económica cuando el paciente se encuentra en edad productiva.

Analizando las consideraciones anteriores, podemos afirmar con conocimiento de causa que los pacientes con Insuficiencia Renal que requieren de tratamiento a base de Diálisis Peritoneal sufren alteraciones que SI REPERCUTEN EN LA UNIDAD DEL GRUPO FAMILIAR.

CONCLUSIONES:

Una vez analizados los resultados obtenidos de la encuesta realizada a 30 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y al familiar con más contacto -(uno por cada paciente)- y que utilizan como recurso terapéutico la Diálisis Peritoneal, se concluye lo siguiente:

Que los pacientes con Diálisis Peritoneal, aparte de enfrentarse a su enfermedad, que de por sí lo limita para cualquier actividad, debe enfrentarse también a situaciones conflictivas en el núcleo familiar afectando de manera importante sus funciones familiares.

En lo que respecta a la socialización, los pacientes -dependiendo de la edad- se alejan progresivamente de su trabajo, escuela, amigos, diversiones, etc., y en no pocas ocasiones incluye a los familiares que viven con él principalmente a su cónyuge si es casado; sabemos que las probabilidades de salud y vida prolongada se relacionan en forma directa con el estado socioeconómico de la familia, y en éstos pacientes la limitación para actividades productivas lo llevan a descender en forma progresiva en su nivel social y económico, afectando de ésta forma la función de cuidado; Además, la primera función familiar que se ve afectada en los enfermos crónicos es el afecto, principalmente en lo que se refiere a comunicación y manifestada generalmente con emociones como la irritabilidad, el temor o la depresión, y a medida que pasa el tiempo se va deteriorando más en detrimento de la unión familiar; en cuanto a la reproducción, ésta se altera en forma importante cuando la enfermedad se presenta en pacientes jóvenes, ya que por sí misma, la Insuficiencia Renal produce inhibición de la libido, cuando ésta se presenta en pacientes adultos, la alteración no es tan importante ya que generalmente éstos ya han cumplido su función en menor o mayor grado; el sta

tus familiar está afectado seriamente ya que como mencionamos - anteriormente, el descenso del nivel socioeconómico, hace que en muchas ocasiones requieran de ayuda extrafamiliar para tratar - de sobrevivir de acuerdo a las tradiciones familiares y tratando también de que los miembros de la familia se adapten lo más - posible a su nuevo nivel económico. Esta alteración es más mar - cada cuando el paciente es el padre y éste era en su familia el principal responsable del aporte económico.

Consideramos que es necesario que se instrumente un programa de Diálisis Peritoneal más adecuado, que se haga una selec - ción de pacientes en la cual se busque no tan sólo la solución - al problema existente en ese momento, sino que se considere la - situación de forma que el paciente pueda cumplir sus funciones - familiares en forma correcta. El paciente diabético no se des - cartará del todo del programa de Diálisis (el 53.28% tiene éste origen de los pacientes estudiados) toda vez que cumpla los pa - rámetros fundamentales para su inclusión, especialmente que no - esté complicado.

Por último, es necesario definir el papel que corresponde - al equipo de salud y en especial al Médico Familiar. Es neces - rio llevar a cabo un programa de orientación dirigido a los pa - cientes y a sus familiares para que comprendan adecuadamente la importancia que tiene para el núcleo familiar el hecho de evi - tar que las funciones familiares se deterioren por causa del in - suficiente renal; debe brindarse apoyo psicológico cuando se de - tecta disfunción familiar, y hacer comprender a todos que el pa - ciente en Diálisis Peritoneal necesita ser considerado una per - sona igualmente valiosa y que continua formando parte de su fa - milia. El Médico Familiar se encuentra en una posición privile - giada para detectar en forma oportuna la disfunción y deberá in - tervenir de manera apropiada tomando su papel de "consejero fa -

miliar", sin embargo, para que ésto ocurra es indispensable que - el Médico Familiar esté concientizado de su función y la lleve a cabo adecuadamente y no sólo se limite a extender recetas para "curar" a sus familias derechohabientes.

RESUMEN:

Se efectuó una encuesta a 30 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que requieren de Diálisis Peritoneal como parte de su tratamiento, además se entrevistó al familiar con mayor contacto con cada paciente. Los pacientes se tomaron al azar del servicio de Nefrología del HRE y del HGZ del I.M.S.S. en la Ciudad de Puebla, Pue.

Se practicó un cuestionario de 25 preguntas que contemplaba aspectos relacionados con la misma enfermedad, con la situación económica de las familias, con el procedimiento de Diálisis, sobre el estado de las relaciones familiares con el paciente y su calidad de vida actualmente, asimismo se trató de determinar alteraciones en las funciones familiares.

Al final se concluyó que la causa más frecuente de Insuficiencia Renal Crónica es la Diabetes Mellitus, que la mayoría de los pacientes y parte de los familiares desconocen la esencia del procedimiento de Diálisis, que un elevado porcentaje de pacientes están insatisfechos con su calidad de vida y prácticamente "rechazan" la Diálisis Peritoneal, que sólo un 23% de los pacientes tienen un familiar dispuestos a donarles un riñón, que un número muy bajo de familias cuentan con recursos económicos suficientes para solventar sus necesidades, que los pacientes con estancia prolongada en los programas de Diálisis se encuentran cansados de cuidar su alimentación, que la gran mayoría de pacientes dependen de sus familiares para realizar sus actividades habituales -aseo, comida, etc.- convirtiendolos directa o indirectamente en inválidos y finalmente que las funciones familiares se alteran de forma importante en un gran número de casos, y en forma progresiva a medida que pasa el tiempo repercutiendo en la unidad del grupo familiar.

Se propone que se instrumente un programa de Diálisis, el cual tenga como finalidad que el paciente cumpla sus funciones-

familiares correctamente a través de pláticas de orientación e información en forma objetiva acerca del procedimiento y además que el Médico Familiar tome parte activa tratando de detectar oportunamente la alteración de las funciones familiares y participando en la terapia familiar como corresponde a su perfil profesional.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Churchill J.,Morgan, Quality of life in end-stage renal disease. D.N. 1984;4:20-3
- 2.-Avila GI. Humanismo y Pediatría. México,1968;97
- 3.-MacBride P. El hombre que incorporó la ciencia al arte de la diálisis peritoneal.PDB 1982;2:50-5
- 4.-Oreopoulos D. ¿Deberíamos dejarlos morir? el dilema moral creado por las restricciones económicas con respecto a los métodos artificiales para prolongar la vida.PDB 1982;2:1-2
- 5.-Schreiner,GE, Maher JF. Hemodialysis for chronic renal failure. III med cal,moral and ethical and socioeconomic problems.Ann Int-Med 1965;62:551
- 6.-Treviño B. Avances sobre diálisis peritoneal.Tribuna Médica 1979;36:37-8
- 7.-Conn FH.Medicina Familiar.México,1974:95
- 8.-Torres Z y cols. DPAC para el tratamiento de la Insuf. Renal - Crónica.Rév Méd IMSS 1983;21:336-41
- 9.-Valle EA.Patología General y los estados de invalidez en el IMSS.Rév Méd IMSS 1968:89
- 10.-López EC.El hombre y su trabajo.Problemas del jubilado.Bol Méd IMSS 1972;14:37
- 11.-Mintz G. La invalidez en México.Gac Méd Méx 1978;114:381
- 12.-Ruiz SA,Satir V. Relaciones Humanas en el núcleo familiar. México 1978:9
- 13.-Shires BD,Hennen B. Medicina Familiar.México 1980:19
- 14.-MacBride P. Los primeros pasos en el desarrollo de la diálisis peritoneal. PDB 1982;2:102-4
- 15.-MacBride P. Pioneros de la diálisis peritoneal.PDB 1981;1:156-8
- 16.-Programa institucional de diálisis y trasplante renal. Rév Méd IMSS 1983;21:9-11

- 17.-Burton B. La demografía de la Insuficiencia Renal Terminal: Datos y tendencias actuales para un proyecto hipotético en México. Rev Méd IMSS 1981;2:33-43
- 18.-Burton H,Wai L. Influence of psychosocial factors on the survival of hemodialysis patients. Lancet 1981;2:1155-6
- 19.-Brown PJ,Crarcck CC. Phsyical,social and emotional adjustments to home dialysis. Med J Aust 1978;1:245-7
- 20.-Belcodiran R. Psychosocial aspects of DPAC. Ann Pediatr 1982; 29:631-3
- 21.-Burton BT,Hirshman GH. Demographic analysis: end stage renal - disease and its treatment in the USA. Clin Nephrol 1979;11:47-51
- 22.-Cummings KM,at al. Psychosocial factors afectting adherence - to medical regiments in a group of hemodialysis patients. Med Care 1982;6:567-80
- 23.-Chan et al. 3 years experience of DPAC. Lancet 1981:1409-12
- 24.-Pérez LA,Picas RC y cols. Diálisis peritoneal en casa intermi tente y continua ambulatoria en pacientes con Insuf. Renal Cróni-ca. Nefrol 1980:191
- 25.-Maher BA,et al.Psychosocial aspects of chronic hemodialysis:- The national cooperative dialysis study. Kidney Int (suppl)1983; 13:550-7
- 26.-Shhoenfeld PF,at al. Assesment of nutritional status of the - national cooperative dialysis study population. Kidney Int (suppl) 1983;13:80-8
- 27.-Psychological measurement of memory, Inadecuancy of dialysis; why patients are not well. Trans Am Soc Artif Intern Organs 1979; 25:518-20
- 28.-Treviño B. Rev Of de la soc mex de Nefrología 1984