



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

“LA RED DE APOYO COMO FACTOR PSICOSOCIAL EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS
PERITONEAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA No. 194”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
P R E S E N T A:
JOSELYN FLORES VASQUEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA MARICELA CARRASCO YÉPEZ

COMITÉ:

DRA. DULCE MARÍA GUILLEN CADENA
MTRA. DAMARIZ ADRIANA BAEZA MARTINÉZ
MTRA. GISEL DE CARLO LIRA
MTRO. JOEL ABRAHAM CALVILLO RIVERA



Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

DEDICATORIAS

El presente trabajo se lo dedico principalmente a mis padres Alejandro y Yasmin, por brindarme todo su apoyo en todo momento, por todos los esfuerzos y sacrificios que realizaron para que adquiriera una educación profesional en una de las mejores universidades, por sus sabios consejos, sus palabras de aliento y amor condicional. Por acompañarme en todos mis sueños y metas.

A mis hermanas Zulay y Mary Kler por ser mis compañeras de vida, por su paciencia ante situaciones difíciles que hemos pasado, por el apoyo que me han brindado en este proceso, su buen sentido del humor al sacarme siempre una sonrisa, por creer en mí y ser un ejemplo para ellas. A mi tía Violeta, por sus sabios consejos y su apoyo incondicional. A mis segundos padres, mis abuelitos Adelfo y Juana, por criarme y brindarme su amor infinito, por todos esos valores inculcados en mí, porque por ellos soy la persona que soy ahora. A mi familia que son mis raíces y mi sangre.

AGRADECIMIENTOS

Para comenzar un proyecto hace falta valentía y para culminar un proyecto hace falta perseverancia y amor.

Quiero expresar mi gratitud y profundo agradecimiento a Jehová Dios, por ser tan bondadoso y amoroso, cuidar de mí siempre, por haber permitido llegar hasta aquí, por darme fuerza y salud para llevar a cabo mis metas y objetivos.

A mi tutora de tesis la Dra. María Maricela Carrasco Yépez quien, con su experiencia, conocimiento, dedicación y paciencia me oriento en este proyecto de investigación, por ser una gran docente y persona.

A mis sinodales por haber compartido sus valiosos conocimientos, su sabiduría y enseñanzas a lo largo de mi carrera profesional: Dra. Dulce María Guillen Cadena, Mtra. Damariz Adriana Baeza Martínez, Mtra. Gisel De Carlo Lira y Mtro. Joel Abraham Calvillo Rivera, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo y puedo sentirme dichosa y contenta.

A mis compañeras y amigas de carrera, por brindarme su amistad y apoyo incondicional, por compartir conmigo buenos y maravillosos momentos, así como los malos, por sus consejos y valentía de cada una de ellas de las cuales aprendí: Paty, Maribel, Viri, Rocío, Susana, Dafne y Leo.

A mis compañeros y amigos del Servicio Social, por brindarme su apoyo y amistad: Gloria, Abimael, Salma, Oscar y Axel. Así como al personal de salud que me apoyo brindándome su tiempo y servicio para poder realizar mi trabajo de investigación.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y mi segunda casa la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por abrirme las puertas que permitieron formarme académica y profesionalmente, es un honor y un orgullo formar parte de una de las mejores casas de estudio.

Para finalizar, gracias a todos y cada una de las personas que confiaron y creyeron en mí, que contribuyeron con un granito de arena este proceso.

Contenido

DEDICATORIAS	1
AGRADECIMIENTOS	2
Índice de tablas	5
Índice de figuras	5
Lista de abreviaturas	6
RESUMEN	7
MARCO TEÓRICO	9
1. RED DE APOYO COMO FACTOR PSICOSOCIAL	9
1.1 DEFINICIONES.....	9
1.2 LA RE DE APOYO SOCIAL.....	10
1.3 LA FAMILIA	12
1.4 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA	13
1.5 CAMBIOS PSICOSOCIALES EN LA FAMILIA	13
1.6 ETAPAS DE DUELO	15
1.7 ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD RENAL Y SU ENTORNO	19
1.8 RESPUESTA A LA NO ADHERENCIA Y ABANDONO AL TRATAMIENTO.....	21
2. AUTOCUIDADO DE DP	23
2.1 DEFINICIÓN DE AUTOCUIDADO.....	23
2.2 AUTOCUIDADO DE LA DP EN DOMICILIO.....	24
2.3 ACCIONES ENFOCADAS AL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO EN DP	25
2.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA	26
2.5 ENTORNO EDUCATIVO	29
2.6 ACTIVIDADES DE REENTRENAMIENTO	32
2.7 VISITA DOMICILIARIA.....	33
3. LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA.....	36
3.1 DEFINICIÓN.....	36
3.2 EPIDEMIOLOGÍA	36
3.3 ETIOLOGÍA	38
3.4 FISIOLÓGIA Y FUNCIÓN RENAL	40
3.5 FISIOPATOLOGÍA	43
3.6 CLASIFICACIÓN	45
3.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS	47

3.8 COMPLICACIONES	48
3.9 MEDIDAS TERAPÉUTICAS.....	48
4. DIÁLISIS PERITONEAL (DP)	50
4.1 DEFINICIÓN.....	50
4.2 MODALIDADES DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO	52
4.3 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA EL INICIO DE LA (DPCA/DPA)	55
5. CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN POR MAL CUMPLIMIENTO	56
5.1 DEFINICIÓN PERITONITIS.....	57
5.2 TIPOS DE PERITONITIS	57
5.3 VÍAS DE CONTAMINACIÓN	58
5.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS	59
5.5 TRATAMIENTO.....	59
5.6 PREVENCIÓN	60
5.7 INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA PERITONITIS INFECCIOSA EN ADULTOS CON TRATAMIENTO DE DIÁLISIS AMBULATORIA	60
ANTECEDENTES.....	62
JUSTIFICACIÓN.....	72
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	73
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	75
OBJETIVO DE ESTUDIO	76
General.....	76
Específicos.....	76
HIPÓTESIS DESCRIPTIVA	76
METODOLOGÍA.....	77
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	77
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	78
RESULTADOS.....	80
DISCUSIÓN	85
CONCLUSIÓN	90
PROPUESTAS.....	91
REFERENCIAS	92
ANEXOS.....	96

Índice de tablas

Tabla 1. Cuadro de operacionalización de las variables	76
Tabla 2. Manifestaciones corrientes del duelo	14
Tabla 3. Autocuidado en el manejo de peritonitis en el domicilio	22
Tabla 4. Aspectos a evaluar en el domicilio del paciente	32
Tabla 5. Factores de riesgo de la ERC	37
Tabla 6. Clasificación de los factores de riesgo de la ERC	37
Tabla 7. Clasificación de la ERC por categorías según el filtrado glomerular	44
Tabla 8. Clasificación de la ERC por categorías según la albuminuria	44
Tabla 9. Complicaciones de la ERC	46
Tabla 10. Contraindicaciones de la DP	54

Índice de figuras

Figura 1. Emociones y sentimientos de los pacientes al ser diagnosticados y el tratamiento que se llevara a cabo.	78
Figura 2. Respuestas en relación con que si cuentan o no con una red de apoyo los pacientes del HGZ No.194.	79
Figura 3. Calidad en el apego de la técnica dialítica, cuidado y vigilancia del catéter para una buena adherencia al tratamiento en la DP.	80
Figura 4. Apoyo recibido por parte del personal de salud del HGZ No. 194.	
Figura 5. Como considera el paciente su relación con el personal de salud.	81
Figura 6. Como considera el paciente su relación con su familia.	82
	82

Lista de abreviaturas

ERC	Enfermedad renal crónica
FG	Filtrado glomerular
ENT	Enfermedades no trasmisibles
ECNT	Enfermedades crónicas no trasmisibles
OMS	Organización Mundial de la Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
SSA	Secretaría de Salud
APMP	Años perdidos de vida por muerte prematura
AVISA	Años de vida saludables perdidos por discapacidad
IRCT	Insuficiencia renal crónica terminal
TFG	Tasa de filtración glomerular
HTA	Hipertensión arterial
IR	Insuficiencia renal
IECA	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina
TEP	Test de equilibrio peritoneal
DP	Diálisis peritoneal
DPCA	Diálisis peritoneal continua ambulatoria
DPA	Diálisis Peritoneal Automatizada
DPI	Diálisis peritoneal intermitente
DPN	Diálisis peritoneal nocturna
DPCC	Diálisis peritoneal continua con cicladora
DPM	Diálisis peritoneal con marea o tidal
DPFC	Diálisis peritoneal de flujo continuo
VR	Volumen de reserva
VM	Volumen marea
HD	Hemodiálisis
UF	Ultrafiltración
OS	Orificio de salida
ERT	Enfermedad renal en etapa terminal
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
GFR	Tasa de filtración glomerular estimada
TRR	Terapia de reemplazo renal

RESUMEN

En México la Enfermedad renal crónica (ERC) es una de las principales causas de hospitalización y atención de urgencias; el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La peritonitis es una de las principales complicaciones de ingreso hospitalario, también es principal motivo de fracaso del tratamiento de DP. Existen otros factores que dificultan la adherencia al tratamiento tal es el caso como: adherencia nutricional, la medición, una técnica dialítica adecuada, cambios en la relaciones sociales y familiares, entre otros. **Objetivo:** Analizar la importancia de la red de apoyo como factor psicosocial en la adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal en pacientes del Hospital General de Zona No. 194. **Métodos:** fue un estudio de tipo no experimental siguiendo un diseño descriptivo prospectivo a través de un cuestionario auto diligenciado con 25 ítems tipo escala, con base a las variables y dimensiones, aplicado en pacientes que cursan con tratamiento de Diálisis Peritoneal en ser servicio de (DPCA) del mismo hospital. En conjunto con los aspectos éticos se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, así como la Ley general de Salud título quinto, capítulo único, artículo 100 fracción IV. **Resultados:** el 85% (34) de los pacientes refieren contar una red de apoyo mientras que el otro 15% (6) no cuentan con ello, estos son en su mayoría son el/la esposo/a e hijos quienes son los cuidadores primarios que son los que reciben la capacitación para realizar el tratamiento de diálisis peritoneal, en el caso del apego al tratamiento donde 82.5% (33) pacientes refieren tener siempre un horario estricto, el 87.5% (35) cumple siempre con todos los pasos de la técnica de diálisis y el 95% (38) siempre realiza la vigilancia del orificio de salida y cuidado del catéter. **Conclusión.** la diálisis peritoneal influye mucho en la calidad de vida del paciente renal, principalmente el contar con una red de apoyo. Es importante la familia como la principal red de apoyo como ya se considera un pilar muy importante, sin embargo, no se debe olvidar el gran papel con el que cuenta el personal de salud (médicos, enfermeras, nutrición, trabajo social, psicología y tanatología) realizando un buen trabajo como equipo multidisciplinario dirigiendo, orientando, capacitando y vigilando tanto su estado de salud del paciente, para que ellos tengan esa seguridad, conocimiento y autoestima de poder seguir adelante pese a su situación actual de salud.

Palabras Clave: factor psicosocial; red de apoyo; adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal.

SUMMARY

In México, Chronic Kidney Disease (CKD) is the main causes of hospitalization and emergency care; 80% of the patients are treated at the Mexican Intitute of Social Security (IMSS). Peritonitis the main complication of hospital admission, it is also the main reason for failure of PD treatment. There are other factors that hinder adherence to treatment, such as: nutritional adherence, measurement, an adequate dialysis technique, changes in social and family relationships, among others. **Objective:** To analyze the importance of the support newtwork as a psychosocial factor in adherence to peritoneal dialysis treatment in patients at Hospital General de Zona No. 194. **Methods:** it was a non-experimental study following a prospective descriptive design through a Self-filled questionnaire with 25 scale-type ítems, base on variables and dimensions, applied to patients undergoing Peritoneal Dialysis treatment in being a CAPD service of the same hospital. Together with the ethical aspects, the Regulation of the General Health Law in Research Matthers was considered, as well as the General Health Law title fifth, sole chapter, article 100 faction IV. **Results:** 85% (34) of the patients report having a support network while the other 15% (6) do not have it, these are mostly the spouse and children who are the primary caregivers who are those who receive training to perform peritoneal dialysis treatment, in the case of adherence to treatment where 82.5% (33) patients always report having a strict Schedule, 87.5% (35) always comply with all the steps af the technique of dialysis and 95% (38) always monitor the exit orifice and care for the kidney patient, mainly having a support network. The family is important as the main emotional support that is why it is already considered a very important pillar, however, the great role of health personnel (doctors, nurses, nutrition, social work, psychology and thanatology should not be forgotten) doing a good job as a multidisciplinart team directing, guiding, training and monitoring also their health status of the patient, so that they have that security, knowledge and self-esteem to be able to move forward despite their current health situation.

Keywords: psychosocial factor; support net; adherence to peritoneal dialysis treatment.

MARCO TEÓRICO

1. RED DE APOYO COMO FACTOR PSICOSOCIAL

1.1 DEFINICIONES

- Factor psicosocial.

La red de apoyo como factor psicosocial es considerada como una serie de condiciones presentes en el trabajo, de carácter tecnológico, organizacional, social, económico o personal, con la que se relaciona un individuo y que pueden afectar positiva o negativamente su salud, bienestar, desempeño o desarrollo (personal o colectivo) citado por Toro et al¹².

- Factor de Riesgo Psicosocial.

Por otra parte, un factor psicosocial son aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado.

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación de turnos que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia, y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo (Gobierno, 2018)¹³.

- Red de Apoyo.

De acuerdo con Speck, la red de apoyo es considerada como un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia, citado por Guerra (2016)¹⁴.

- Apoyo social.

Son las acciones para mejorar las relaciones sociales en el trabajo en las que se promueve el apoyo mutuo en la solución de problemas de trabajo entre trabajadores, superiores y/o subordinados. Algunos ejemplos de medidas para constituir un apoyo social práctico y oportuno en el lugar de trabajo son: afianzar la relación supervisores-trabajadores; propiciar la ayuda mutua entre los trabajadores; fomentar las actividades culturales y del deporte, y proporcionar ayuda directa cuando sea necesario, entre otros¹³.

1.2 LA RE DE APOYO SOCIAL

El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal.

Una parte esencial de las redes son los intercambios entre las personas. Estos pueden ser materiales, de servicios, emocionales u otros y alcanzan a satisfacer sus necesidades de las personas. En general se distingue entre dos tipos de redes: informales y formales. Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones familiares y las amistades y reúnen un componente afectivo esencial. Las redes formales en cambio se han establecido con el propósito específico de dar apoyo a las personas adultas mayores. En estas sus miembros cumplen roles concretos y algunas veces requieren contar con la preparación adecuada. Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, comunitarias, de una iglesia, o ser parte de programas gubernamentales (Fernández & Robles, 2007)¹⁵.

Diversos estudios han mostrado cómo la integración y las relaciones sociales pueden lograr un efecto positivo sobre la salud (Puga, et al., 2007). Se impone una amplia discusión sobre la forma de conceptualizar las redes de apoyo y definir las operacionalmente. Las redes se pueden definir a partir de aspectos individuales o

comunitarios. En todas, sin embargo, está presente la idea de los intercambios, que se perciben como interconexiones de las personas.

Una primera distinción básica se evidencia entre apoyos informales y formales:

- El grupo primario: es informal, se basa en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. La familia se considera una de las formas más comunes de apoyo a las personas adultas mayores, se centra en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad. Las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para las personas adultas mayores; se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades son más públicos, pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar (Méndez y Cruz, 2008).
- El grupo secundario: es formal. Sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas adultas mayores (Sánchez, 2000).

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores. Nos referimos a las redes mediante las cuales las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo y no a las extendidas redes virtuales que cada vez cobran mayor importancia con las tecnologías de la información.

En particular, en un contexto de precariedad laboral y de contracción del papel del Estado como provisor de bienestar, como es el caso de México, las redes conformadas por los lazos de parentesco, de vecindad y amistad, han sido vistas como la fuente principal de apoyo en caso de crisis o necesidad y se ha reconocido que son diferentes para mujeres y hombres, y que difieren de acuerdo con el estrato socioeconómico (Guzmán y cols., 2002; Bayón y Mier y Terán, 2010)¹⁶.

1.3 LA FAMILIA

De acuerdo con Tuirán y Salles (1997), la familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten. Desde una mirada antropológica:

La familia es el determinante primario del destino de una persona. Proporciona el tono psicológico, el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven. La familia, construida como está sobre genes compartidos, es también la depositaria de los detalles culturales compartidos, y de la confianza mutua (Bohannon, 1996: 72) citado por Gutiérrez et al¹⁷.

Desde el punto de vista de la Dra. Puerta Ramírez, la familia es el pilar básico en su país (España), para la provisión de cuidados del paciente crónico (terminales oncológicos, pacientes con patologías crónicas en estadios avanzados, inmovilizados o con limitación funcional). Sin su participación difícilmente se va a alcanzar los objetivos del plan de cuidados, ya sean curativos o paliativos. Según el apoyo y el soporte familiar podremos predecir cómo será la adaptación del enfermo, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que pueden ir surgiendo. Igualmente, la familia tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso de enfermedad e incapacidad, citado por Esteban Sobreviela et al¹⁸.

1.4 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

La enfermedad y el cuidado del enfermo crónico en domicilio puede conllevar a una serie de alteraciones familiares como son:

- Alteraciones estructurales. Patrones rígidos de funcionamiento, cambio de roles y aislamiento social.
- Alteraciones del ciclo evolutivo familiar. La enfermedad obliga a un momento de transición que lleva a adaptarse a las necesidades que impone.
- Alteraciones a la respuesta emocional. Comportamientos ambientales de sobreprotección o de conspiración del silencio.
- Adaptación de la familia. Existen diferentes patrones familiares:
 1. Patrón tipo I, donde se habla sin tabúes de la muerte y la enfermedad.
 2. Patrón tipo II. El paciente conoce el pronóstico, pero vive de forma positiva su enfermedad.
 3. Patrón tipo III. La comunicación entre el paciente y la familia es prácticamente inexistente.

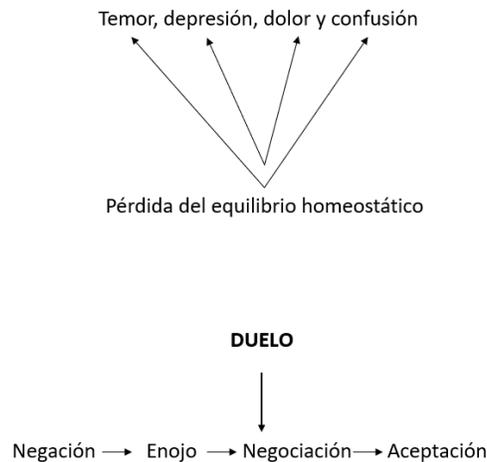
Las características familiares que favorecen la adaptación del paciente son la flexibilidad de la organización, cohesión en las relaciones intra y extrafamiliares, por último, que exista comunicación entre los miembros de la familia¹⁸.

1.5 CAMBIOS PSICOSOCIALES EN LA FAMILIA

Al inicio de la enfermedad, la mayoría de los pacientes pasa por diferentes estados emocionales, pues desconoce que cursa con una patología terminal. Al explicarle al paciente su condición, siente que su presente y futuro son inciertos, lo cual produce en él confusión y ansiedad (Torres Barrenechea R, 1995); además, sus ideas acerca de la diálisis suelen ser erróneas y fatalistas, situación que probablemente desaparezca hasta que el paciente inicie este tratamiento en su domicilio.

Cuando se manifiesta una enfermedad crónico-terminal, se presentan eventos que implican el bienestar físico y psíquico del paciente, como son: temor, depresión, dolor y confusión (Figura 1).

Figura 1. Cambios emocionales del paciente desencadenados por su nefropatía



Entre los temores más frecuente se encuentran los siguientes:

1. A la **soledad**. Se manifiesta más en la relación de pareja el temor de ser abandonado ante la situación que está viviendo; más mujeres que hombres son abandonados por su pareja. Entre los motivos que expresan algunos pacientes se encuentran las disfunciones sexuales y el cambio tan radical del carácter de la pareja: se vuelven posesivos, celosos e inestables en sus emociones.
2. Relacionado con la **seguridad económica**. Este temor incrementa la angustia, pues cuando el paciente es jefe de familia, su angustia más fuerte es saber qué va a pasar con su familia, quién los va a sostener, cómo llevarán los gastos relacionados con la dieta, las modificaciones necesarias en su domicilio, el transporte, aunados a los que ya se tenía antes de la enfermedad.

3. Relacionados con la **pérdida de la autonomía**. Estos pacientes “pierden su cuerpo”: cuando se ven al espejo ya no son los mismos, pues han perdido peso y, al mismo tiempo, se han “hinchado” de la cara, piernas o manos, el color de la piel no es el mismo, sus ojos han perdido brillo, están tambaleantes y, además, tienen un catéter en su abdomen, que les recuerda a cada momento su problema de salud. La mayoría ha dejado de orinar, su aliento y humor mantienen un aroma urémico.
4. A la **pérdida del autocontrol**. Esta situación los lleva a ser totalmente dependientes, los roles familiares cambian; si el hombre es el enfermo, la que ahora trabaja es la mujer, y él se queda en casa, lo que le puede producir abatimiento y vergüenza. El cambio puede ser tan fuerte que se convierte en un hijo más. Para evitar esto, la participación de psicología y trabajo social son indispensables para orientar y ayudar a mantener la armonía y el apoyo familiar; el padre y la madre deben seguir llevando sus roles, con la autoridad pertinente que cada quien debe ejercer, y mantener respeto y comunicación con cada integrante de la familia. Desafortunadamente, esta ayuda se da poco y llegamos a tener casos de paciente dependientes de familiares agresivos e inquisitivos.
5. A la **pérdida de identidad**. Se presenta casi siempre en los hospitales, pues los pacientes dejan de ser el Señor Pedro o la Señora María, para ser un “problema”: “el del catéter disfuncional”, “el de la peritonitis”, esto hace sentir al paciente una soledad profunda. Debe recordarse que es sumamente importante llamarles por su nombre y tener pláticas amenas con él/ella, y que mostrar interés y escucharlos es fundamental.

1.6 ETAPAS DE DUELO

El duelo, del latín *dolus*: dolor, puede ser definido como: el proceso por el que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido. Existen otras muchas definiciones (Freud,1917; Bowlby,1980; Carpenito,1987; Calvet, 1996; Lafuente,1996; Valdés y Blanco,1997; DSM-IV) y para algunos autores el duelo puede ser experimentado ante cualquier pérdida y no necesariamente implica la

muerte de un ser querido. El duelo es un proceso, y no un estado, natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso.

Se han propuesto repertorios de fenómenos o síntomas que suelen estar presentes en los procesos de duelo, la tabla 2 presenta un ejemplo de éstos. Se trata de repertorios que son útiles en la medida en que permiten que el profesional de la salud tenga constancia de que cualquiera de ellos puede formar parte de un proceso de duelo normal. El inconveniente de estos repertorios es que pueden transmitir la idea de un cuadro fijo y hacer olvidar que el duelo es un proceso, con una historia, en la que unos y otros se suceden o se simultanean (Fernández y Rodríguez, 2002) citado por Ortego et al¹⁹.

Tabla 2. Manifestaciones corrientes del duelo

<p>Sentimientos:</p> <p>Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autorreproches, ansiedad, sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo. alivio, anestesia emocional.</p>
<p>Sensaciones físicas:</p> <p>Molestias gástricas, dificultades para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño.</p>
<p>Cogniciones:</p> <p>Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto.</p>
<p>Alteraciones perceptivas:</p> <p>Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia.</p>
<p>Conductas:</p> <p>Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conducta de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido.</p>

El paciente vive la enfermedad renal en etapa terminal (ERT) como una pérdida. Esta patología en la mayoría de los casos se desarrolló de forma silenciosa. Acompañado de las manifestaciones urémicas, el paciente enfrenta las etapas de duelo:

1. **Negación.** Consiste en ignorar el suceso doloroso o incluso afirmar que no es real. El paciente nos refiere: *¡no puedo estar enfermo, todavía orino!, ¡no me duelen los riñones!, ¡yo siempre me alimenté sanamente y tomaba mucha agua, nunca tomé Coca Cola!* La negación es tal que muchos pacientes no aceptan la terapia y se van en busca de quienes les diga: *¡tú no tienes eso, tómate esto! o ¡te vas a mejorar porque tu enfermedad tiene cura!* Esto sólo empeora su ya deteriorada salud y regresa al hospital en peor estado de salud, que los puede llevar a la muerte, aunque, en ocasiones, se atribuye arbitrariamente a la terapia dialítica. En el caso del familiar, las mamás de los jóvenes o niños son quienes más sufren el suceso, no se explican *cómo es que su hijo tiene una enfermedad tan “mala” si hace poco estaba como si nada y dicen: ¿No se equivocaría el médico? ¡No puede ser, esto no está pasando!* La anegación es una de las etapas en que se pone en peligro la vida, porque no hay apego, y es difícil llevar así un tratamiento sustitutivo que requiere cambios en el estilo de vida.
2. **Enojo.** Etapa en la que el paciente siente rabia, tristeza y culpabilidad, dice no haber hecho caso de los tratamientos médicos, puede hacerse daño él mismo o hacérselo a los que le rodean; también suele considerar a otros responsables de su enfermedad. Tiende a agredir a la/s persona/s que más le ayuda/n; es una respuesta del inconsciente, no lo quiere hacer, y después de agredir se arrepiente y promete no volver a tener una conducta así, pero, mientras el paciente no supera esta etapa, será difícil la convivencia con él. En esta etapa se trata de que el enfermo exprese lo que siente para confrontar lo mejor posible la realidad. De esta manera se pretende poder superar la etapa; si no se logra, la convivencia entre paciente, familia y personal de salud es de mucha tensión.

3. **Negociación.** El enfermo iniciará una trata con *Dios* o con algún otro ser celestial que le devuelva su salud, por ejemplo: “*¡Te prometo ir todos los domingos a misa!*”, “*¡Prometo ir de rodillas a la Basílica de Guadalupe!*” Pero esta negociación también la suele realizar con médicos, enfermeras y su familia: “*Quiero ir por última vez a mi pueblo*”, “*si me dan un poco más de agua me tomo las medicinas*”. El paciente suele estar deprimido y agotado, y si esta situación prosigue, puede evolucionar a una depresión grave.
4. **Aceptación.** Cuando el enfermo acepta su enfermedad, el duelo llegó a su fin, el paciente encontró un estado de paz y bienestar, se ha superado, tiende a llevar su tratamiento como está indicado; se le ve bien, está sonriente y dice que le va muy bien, que no era tan difícil. Muchos pacientes llegan a ser buenos promotores con otros pacientes.

Para la familia es muy difícil, ya que sus integrantes tendrán que entrar en otros roles, cambiar sus hábitos, muchos tienen que abandonar su trabajo estudios para poder cuidar a sus enfermos. Muchos de los pacientes no cuentan con un familiar responsable, trabajan o viven lejos de ellos, es importante evaluar el nivel de autocuidado y otras alternativas como la hemodiálisis.

Las situaciones que se viven día a día con los enfermos renales son difíciles, pero enfermería tiene una participación importante para llevar a cabo los cuidados dialíticos en casa. La actitud que asume enfermería debe ser cordial, cooperadora y dirigente al explicar cada procedimiento; la confianza que se establezca entre paciente/familiar/enfermería facilita el desarrollo del programa.

Se puede concluir que es común que el paciente y su familia no pasen por las diferentes etapas de duelo y queden estancados en alguna de ellas, que generalmente resulta ser la negación; desde el momento en que el paciente no acepta su problema, él no piensa seguir en el tratamiento y, por tanto, no implementará las medidas necesarias para su seguimiento, como cambios en el estilo de vida, dieta, ejercicio, régimen farmacológico, modificaciones higiénico-dietéticas⁴.

1.7 ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD RENAL Y SU ENTORNO

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente (Figura 2), quien se ve obligado a someterse a un estricto tratamiento y modificar su dieta, restringir la ingesta de líquidos, y variar su estilo de vida social y familiar; así como a la aplicación de técnicas dolorosas y, en la mayoría de los casos, a la pérdida de esperanzas de trasplante renal. En casos extremos, el paciente también se enfrenta al abandono familiar, situación que lo afecta notablemente, tanto que, en algunos casos, lo lleva a adquirir conductas negativas con respecto al tratamiento dialítico (Buela-Casal, G., Sierra C, 1997)⁴.

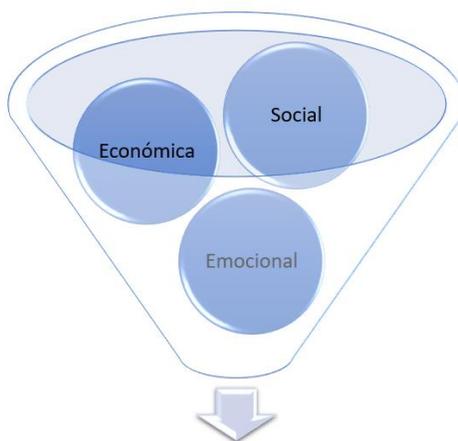


Figura 2. Adaptación a la enfermedad.

El grado en el que paciente cumpla con la adherencia a las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto importante para la eficacia del tratamiento.

El incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, produciendo aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque incrementan los costos de la asistencia sanitaria. La falta de apego que genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social, significa enorme costo real para las instituciones de salud que proporcionan los diversos servicios utilizados en los tratamientos del paciente nefrópata, quien presenta recaídas y readmisiones.

Una comunicación ineficaz entre el paciente y el equipo de diálisis favorece y garantiza niveles mínimos de comprensión, que contribuyen a mejorar la adherencia a la terapia dialítica. La no adherencia puede deberse a que el paciente: no sabe qué hacer; no posee las competencias ni recursos económicos; no tiene confianza en sí mismo ni en su capacidad para realizar el tratamiento; se hace cuestionamientos sobre su utilidad; se angustia ante las exigencias del tratamiento, la falta de resultados, la deficiente comunicación con el equipo de salud, y la falta de continuidad, supervisión y evaluación.

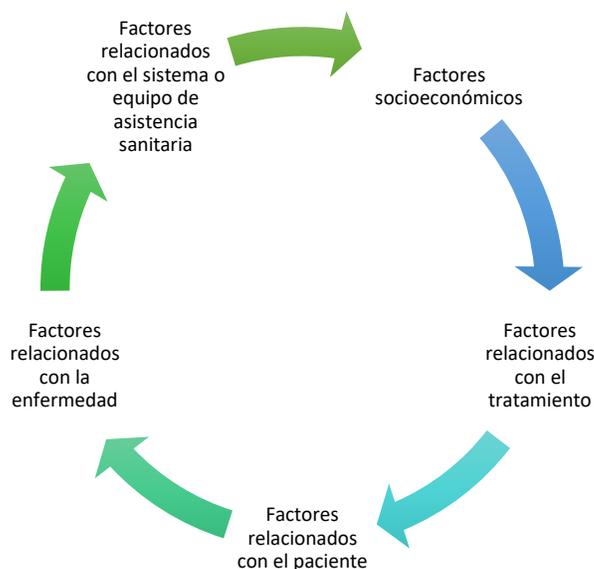
Un problema que enfrentan los pacientes de DPCA resulta en muchas ocasiones de la confusión en la que viven acerca de su padecimiento – para ellos es difícil entender lo que les está sucediendo- denominada en tanatología “etapa de duelo”, desencadenada al enterarse de que su enfermedad es curable sólo con un trasplante de riñón, y que, de no ser así, deberá mantenerse en un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis si quiere seguir viviendo.

En muchas ocasiones, la información que se otorga al paciente y familiares es cuando la noticia del evento es reciente, por tanto, el estado emocional en el que se encuentran no es el adecuado para recibir instrucciones o enseñanzas de lo que significa la ERC y sus complicaciones. Saber que la vida va a tomar un giro radical en el que se involucran aspectos de todo tipo, y que en ello se verán alterados los estilos de vida, no sólo del paciente, sino del entorno familiar e inclusive de su comunidad, no favorece la aceptación de la terapia y el aprendizaje de las técnicas de diálisis en domicilio, donde este aprendizaje se acompaña de miedo y temor a no ser capaz o apto. Es por eso que el readiestramiento, las reevaluaciones y las visitas domiciliarias son indispensables para favorecer la adherencia a la terapia y mejorar la calidad de vida⁴.

1.8 RESPUESTA A LA NO ADHERENCIA Y ABANDONO AL TRATAMIENTO

La adherencia terapéutica valora la repercusión que en lo personal y social tiene la conducta del incumplimiento terapéutico. El grado en el que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un tema relevante para los profesionales de la salud (Figura 3).

Figura 3. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica de acuerdo con la OMS.



Actualmente la adherencia terapéutica tiene gran trascendencia debido al incremento de las enfermedades crónicas, ya que el incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumentan los costos del tratamiento. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar la adherencia.

De igual manera, desde el punto de vista afectivo, la satisfacción del paciente con la relación con el equipo de salud se ha asociado a un notable incremento de cumplimiento terapéutico en un número importante de casos, no así en aquellas situaciones donde los pacientes rehúsan abiertamente la terapia dialítica.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos, mientras más complejo sea un tratamiento y exija cambios en las actividades en las actividades habituales de la vida cotidiana, como consumo de varios medicamentos con diversos horarios, mayor dificultad tendrá para lograr una respuesta de adherencia en el paciente.

Los cambios desencadenados en el paciente por su nefropatía, como se mencionó, crean factores de estrés en los pacientes (y familiares); sin embargo, el grado de afectación no será el mismo en todos los casos, aun teniendo los mismos síntomas, su actitud será siempre diferente ante la enfermedad, debido a que hay factores que los llevan a tomar diferente conducta, como son:

1. Edad. Nunca será lo mismo para un joven trabajador o estudiante que para un paciente de la tercera edad o para una ama de casa.
2. Las experiencias previas. Si tenemos un buen concepto o experiencia de una institución o si tenemos una mala percepción de esta.
3. La ideología. Con respecto a la religión que profese el paciente, es importante respetar sus creencias y procurar que éstas no interfieran en el tratamiento dialítico.
4. Apoyo familiar y/o social. Si el paciente está solo tendrá una conducta diferente a la presentada cuando sí tiene familia o amigos que le ayuden con su enfermedad, cuyo caso habrá mayor y mejor aceptación.

La ERC afecta a la persona en su totalidad, esto ocasiona que se ponga en marcha un proceso de adaptación a la nueva circunstancia. Causa cambios significativos en varios aspectos psicosociales de la persona: imagen que tiene de sí mismo, visión del futuro, relaciones personales, actividades que realizaban en su trabajo, con su familia y en la sociedad⁴.

2. AUTOCUIDADO DE DP

2.1 DEFINICIÓN DE AUTOCUIDADO

En 1982, la OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (OMS, 2008).

El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. Por otra parte, Dorotea Orem lo define como la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar¹¹.

2.2 AUTOCUIDADO DE LA DP EN DOMICILIO

El autocuidado en el domicilio se refiere a la serie de acciones que el paciente debe realizar para evitar que el tratamiento con DP se complique con un proceso infeccioso que llegue al desarrollo de una peritonitis. En esta labor ayuda el personal de enfermería (tabla 3).

Los pacientes con DP deben participar en su autocuidado de acuerdo con su autosuficiencia y así evitar complicaciones. La enfermera nefrológica debe satisfacer los requisitos de autocuidado a través de actuar, guiar, enseñar y apoyar para que el paciente logre un tratamiento exitoso y con el mínimo de complicaciones⁴.

Tabla 3. Autocuidado en el manejo de peritonitis en el domicilio

Rol de enfermería		
Sistema de enfermería	Provee información objetiva o tecnológica, para la satisfacción de los requisitos de autocuidado	
Guiar y dirigir a otro	<p>Acción de enfermería</p> <p>Enseñar método para manejar el autocuidado</p> <p>Sistema de enfermería de apoyo</p>	<p>Rol del paciente</p> <p>Receptor, procesador y usuario de la información de autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere enseñanza • Requiere de guía y soporte periódico • Es competente para el autocuidado • Realiza medidas de autocuidado • Se propicia un entorno favorecedor • Está limitado a la toma de decisiones, control de la conducta, adquisición del conocimiento y habilidades
	Rol de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Consultora, guía y soporte • Educadora en domicilio • Educadora de autocuidado

2.3 ACCIONES ENFOCADAS AL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO EN DP

Las principales acciones del paciente van enfocadas a:

- Evitar la presencia de peritonitis. Es uno de los retos más importantes a solucionar para evitar el fracaso de la técnica.
- Realizar escrupulosamente las medidas de seguridad indicadas.
- Prevenir daños irreparables (cavidad congelada).

Para que un paciente puede llevar a cabo un procedimiento de autocuidado debe satisfacer los siguientes requisitos:

- Relacionados con la higiene: vías de contaminación, síntomas de peritonitis, pruebas confirmatorias en líquido de diálisis.
- Administración de medicamentos: tratamiento farmacológico de acuerdo con germen causal.
- Facilitar la comunicación: vista domiciliaria y reentrenamiento de la técnica de cambio de bolsa y medidas de seguridad para prevenir infecciones.

Acciones del paciente:

- Identificar las causas; revisar área de diálisis y de resguardo de soluciones en casa.
- Adquirir conocimientos y habilidades para el cuidado en casa.
- Practica rigurosa de medidas higiénicas; baño diario con cambio de ropa interior.
- Lavado de manos en cada cambio de diálisis.
- Uso riguroso de cubrebocas en cada cambio de diálisis.
- Mantener limpia e iluminada el área donde se dializa en casa.
- No dejar que se acumulen en el área de diálisis objetos innecesarios y polvo.
- Cambio de ropa de cama mínimo una vez por semana o las veces que sea necesario.
- Limpieza exhaustiva de la habitación de diálisis una vez al mes como mínimo.
- No permitir que las cajas de diálisis se llenen de polvo y estén a la intemperie (evitar la luz directa).

2.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA

El programa de diálisis peritoneal (DP) en domicilio considera la enseñanza del autocuidado para conseguir la autosuficiencia del paciente e incluye conocimientos teórico-prácticos que le permiten ser resolutivo. Los vínculos de comunicación con la unidad de diálisis son imprescindibles.

El programa de enseñanza contempla (Figura 4) entre sus objetivos la obtención de habilidades cognitivas y prácticas para lograr gradualmente la independencia en la realización de técnicas, como cambio de bolsa, cuidados del orificio de salida (OS), medidas higiénico-dietéticas y manejo de complicaciones en domicilio, consideradas elementos esenciales del autocuidado en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

Figura 4. Modelo de enseñanza en DPCA



La enseñanza de la DP, los cuidados ambulatorios y la adaptación a estilos de vida saludables requieren que el personal de enfermería desarrolle sus capacidades educativas.

El proceso de integración al programa de diálisis peritoneal incluye cinco etapas:

- a) *Adaptación o aceptación de la enfermedad.* Toma en consideración factores básicos como: edad, estado de salud, conocimientos, habilidades, hábitos, concepto de sí mismo y estado emocional. Se centra en el paciente e incluye la planificación de actividades de sensibilización, adherencia, aprendizaje y apoyo. Se debe ser sensible a sus necesidades. Sin imposiciones, orientar en la adquisición de conductas saludables con las que se busque la autosuficiencia del paciente; la relación positiva con la familia es de gran apoyo. Es fundamental lograr, en un primer momento, la aceptación a la enfermedad para iniciar el aprendizaje.
- b) *Relación enfermera-paciente.* Una actitud motivadora facilita la relación enfermera-paciente-familiar, y permite formar equipos de trabajo sólidos en cada núcleo familiar. Hay que tener presente que cada grupo de pacientes que entra al programa es un nuevo reto, y cada uno conserva identidades propias que no podemos esquematizar. La mayoría de los pacientes que inician programa de capacitación en DP son adultos y sus necesidades de aprendizaje están basadas en decisiones propias. Se debe favorecer la expresión de temores, inquietudes y miedos. Nunca minimizar sus dudas o habilidades; no olvidar que las manifestaciones de la enfermedad y la incertidumbre reducen la concentración y dificultan que se lleven a cabo las acciones de forma apropiada. Tener presente que las personas, en cierta forma, tienen sus propias ideas, pero la mayoría de las veces erróneas, incorrectas o inexactas, lo que dificultará la comprensión, por lo que los argumentos que se plantean deben ser firmes y convincentes, para que no se olviden. La motivación es fundamental y siempre se acompaña de la

seguridad que debe darse al paciente y su familia ante situaciones que son nuevas para ambos.

- c) *Valoración.* Es importante saber los conocimientos previos del paciente, expectativas, predisposición y creencias. Identificar limitaciones sensoriales (a nivel auditivo y visual), de movilidad, dolor, debilidad, fatiga y dificultades respiratorias; son situaciones que implican la modificación de estrategias de aprendizaje de cada paciente o familiar responsable.
- d) *Enseñanza.* El adulto aprende mejor lo que le parece más importante para su bienestar, ya que lo que lo considera necesario para mejorar su salud. Se mantiene interesado siempre y cuando crea que es útil lo que se le esté enseñando. Todas las cuestiones memorísticas se le complican y se tornan tediosas. Siempre que se enseñe algo, se debe partir de lo más sencillo a lo más complejo. Es recomendable incluir recursos pedagógicos como: temarios, manuales de lectura fácil y amena, PowerPoint, películas de vídeo, posters, láminas de dibujo y guías de evaluación; debemos recordar que de lo que se escucha solo se retiene 20%; de lo que se ve y se escucha, se retiene 50%; y de lo que se ve, se escucha y se hace, se retiene más del 90%. Para que el paciente adquiera conocimientos de DP, no se necesita un alto nivel intelectual o cultural, sino capacidad de realizar el procedimiento en un orden determinado y comprender que no se puede realizar ninguna variación que ponga en riesgo su seguridad. El hecho de que la DP sea eficaz sin necesidad de una gran infraestructura para su utilización puede dar la impresión de ser un proceso sencillo, sin embargo, se requiere de principios y reglas que en un principio pueden parecer complicadas para los pacientes.
- e) *Responsabilidad paciente/enfermera.* Una vez que el paciente se encuentra en el programa de DP será necesario que el paciente pueda alcanzar el máximo grado de autonomía posible y realizar por sí mismo los cuidados necesarios. Los factores emocionales e intelectuales, como el estado de ansiedad y miedo, suelen presentarse antes de iniciarse el aprendizaje, al creer el paciente que no va a conseguir dominar los conocimientos que se le van a enseñar. Lograr la confianza del paciente le infunde seguridad.

Un paciente con problema renal, en cualquier forma de terapia sustitutiva, tiene ante sí un camino difícil de seguir. Las acciones para evitar complicaciones implican restricciones individuales, sociales y emocionales, porque son frecuentes las actitudes de desesperanza, abandono o simplemente de cansancio. En la teoría de la autosuficiencia del aprendizaje, el paciente debe creer que es capaz de realizar los procedimientos, lo que puede lograr con tareas sencillas como repetición de cada actividad y reforzar de manera continua con estímulos: *“Bueno, lo está haciendo correctamente”* o *“Lo puedes hacer aún mejor”*.

2.5 ENTORNO EDUCATIVO

Los programas de DP deben tener un área de entrenamiento para facilitar el aprendizaje. El entorno ha de ser apropiado y confortable, en donde no se produzcan interrupciones.

Las condiciones una unidad hospitalaria habitualmente no se parecen a las del domicilio del paciente, por tanto, es conveniente adecuar las áreas, por cuestiones de higiene, para el balance y desecho de soluciones de diálisis, así como medidas de seguridad para la diálisis en domicilio.

En la mayor parte de las unidades de DP en México, la duración del primer entrenamiento es de más o menos cinco días, en casos excepcionales se puede extender hasta 10 días, situación que, argumentan quienes administran las unidades, se debe a la demanda de pacientes y el poco personal de enfermería que se asigna en estas áreas. Se forman grupos de cinco pacientes acompañados de un familiar, quien apoyará en los primeros días o de acuerdo con el nivel de dependencia del paciente. El tiempo diario dedicado a la capacitación es de 3 a 5 h, el paciente debe reforzar el entrenamiento o recibir retroalimentación. Los resultados son diversos y dependen del esfuerzo personal de las enfermeras.

La capacitación ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir las infecciones, ya que se ha observado disminución de los casos de peritonitis y, con esto, también de los costos (Internacional Society for Peritoneal Dialysis o ISPD).

Las guías internacionales K-DOQI sugieren la capacitación 1 a 1 (un paciente por enfermera) con evidencia de buenos resultados; capacitaciones en grupo de (3 a 5) no hay eficacia de buenos resultados.

a) Enseñanza básica

- Conocimientos básicos de medidas de asepsia y lavado de manos
- Vías de contaminación: uso de cubrebocas, contacto de las manos con las áreas estériles del sistema de conexión
- Funciones del riñón normal y las sustituidas por diálisis
- Explicar los conceptos de diálisis y ultrafiltración
- Funciones del líquido de diálisis y sus diferentes concentraciones
- Principales complicaciones: peritonitis por infección de orificio de salida (OS).

En este inciso, por ejemplo, se describe la cavidad peritoneal, qué es y dónde se encuentra. Se explican los conceptos de diálisis y ultrafiltración; cómo funciona el líquido de diálisis, las diferentes concentraciones, para qué se utilizan, cuándo deben utilizarlas, así como la necesidad del cumplimiento de los horarios y número de recambios.

b) Cuidados asociados a la diálisis en domicilio

- Cómo se designa el área donde se dializará en casa
- Importancia de las medidas higiénicas de la vivienda
- Ventilación y cuidados durante la diálisis
- Uso o restricción de ventiladores durante la diálisis

En este inciso, se orienta sobre la adaptación de un área para dializarse en casa, que sea de uso exclusivo para esta actividad. Se informa la importancia de la ventilación, la iluminación, el piso y las paredes lavables. Se recomienda un espacio para el almacenamiento y conservación de las soluciones.

- c) Actividades específicas para prevención de complicaciones infecciosas (peritonitis); Qué hacer en caso de contaminación, ruptura de línea de transferencia o desconexiones espontáneas o accidentales de la línea de transferencia.

- d) De habilidad y precisión. Se inicia de las acciones más sencillas a las más complejas, y comprenden: lavado de manos, usos de cubrebocas, medidas de asepsia para la limpieza de la superficie donde se dializa el paciente, preparación de los medicamentos y administración de los mismos a la bolsa de diálisis: medición de la presión arterial, peso corporal y peso de la bolsa; ejercicios para el manejo de ultrafiltración (UF) y balance de líquidos; curación y fijación de catéter; técnica de conexión y desconexión en el cambio de la solución de diálisis (uso de lista de cotejo).
- e) De concientización. Protocolos sobre los cuidados del OS y prevención de infecciones; así como recomendaciones dietéticas:
- Ingesta de líquidos, cualidades y características de alimentos, requerimientos y restricciones de proteínas, potasio, sodio, fosfato, grasas e hidratos de carbono, entre otros.
 - Evaluación de sobrecarga hídrica.

Se enseña cómo llevar el control de líquido, cualidades de los alimentos y características con respecto al potasio, proteínas, grasas e hidratos de carbono, sodio y fosfato, entre otros.

- f) Seguridad. Insumos para diálisis.
- Designar un lugar para almacenar las soluciones en condiciones adecuadas de la conservación
 - Evitar humedad y luz solar directa
 - Evitar almacenamiento por tiempo prolongado
 - Revisar las caducidades de las soluciones: incluye el almacenamiento y condiciones adecuadas de conservación.

2.6 ACTIVIDADES DE REENTRENAMIENTO

El programa de reentrenamiento tiene periodicidad mínima de seis meses, incluye principalmente actividades teóricas prácticas, un número importante de instituciones, por la saturación del servicio, considera lavado de manos, técnica de diálisis y cuidados del catéter. Para la fase teórica, se toman como estrategias cursos o plenarios mensuales, abordando los tópicos más solicitados o de mayor relevancia.

Hay programas que incluyen, además:

1. Evaluación diagnóstica para conocer necesidades de aprendizaje en relación con el programa educativo.
2. Programa de sesiones educativas que aborde las principales dudas, problemas y tópicos de actualidad.
3. Participación de psicología para atender apego terapéutico, problemas psicológicos y desgaste emocional.
4. Evaluación práctica de las diferentes técnicas del programa; uso de cubrebocas, lavado de manos, cambio de bolsa de diálisis, curación del OS.
5. Programación de actividades específicas para prevención de peritonitis (qué hacer en casos de contaminación, ruptura de línea de transferencia y desconexiones espontáneas de la línea de transferencia, por mencionar los ejemplos más frecuentes).
6. Entrevistas estructuradas e incidentales: calidad de la atención, calidad de vida y adherencia al tratamiento.

2.7 VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria, como estrategia de atención ambulatoria, permite conocer las sensaciones y experiencias que viven paciente y cuidador primario al iniciar la diálisis en casa, que van desde el nerviosismo, ansiedad, depresión e incertidumbre, hasta el logro e independencia del dominio de la técnica y cuidados dialíticos en casa (Gómez Castilla, 2000).

La visita domiciliaria se enfoca como una actividad de orientación, para ayudar a mejorar las situaciones adversas propias del estado urémico en aquellos casos que han perdido más del 90% de la función renal y, por consiguiente, sus condiciones son poco favorables para recibir instrucciones.

De igual modo, la familia se encuentra agobiada de recibir varias instrucciones en un tiempo corto, ante la necesidad de realizar modificaciones para adaptar un área de la casa para realizar la diálisis y un lugar seguro donde se puedan almacenar las soluciones, así como de otro de cambios (Esteban Sobreviela, et al. 2005).

En la visita domiciliaria se identifican los siguientes objetivos:

- Reforzar conocimientos y habilidades para el cuidado de la casa
- Identificar causas de riesgo
- Lograr la utilización de material y equipo de diálisis de manera segura
- Resolver eventualidades y realizar reentrenamiento
- Orientar sobre requerimientos alimenticios y nutricionales
- Contar con un cuidador primario capacitado en casos de pacientes con disminución de agudeza visual, neuropatía diabética, debilidad extrema.

Características. En escenarios más favorables, la visita domiciliaria funge como estrategia de apego a la terapia dialítica; si los riesgos y complicaciones se disminuyen, el paciente se siente atendido y no olvidado, y los requisitos de autocuidado se individualizan, se logra mayor comprensión de los cuidados en casa y se asume que su participación es relevante para mejorar la calidad de vida. La valoración que realiza enfermería sobre el entorno familiar, con respecto al

desarrollo de diálisis y nivel de dominio de la técnica, permite adecuar cambios en la vivienda, conocer el desenvolvimiento del paciente, participar y apoyar al cuidador primario, además de detectar fallas y/o deficiencias no observadas en el entrenamiento (Tabla 4).

Tabla 4. Aspectos a evaluar en el domicilio del paciente

Valoraciones	Características	Observaciones
Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> Físicas de la vivienda: tipo de construcción, número de habitaciones, servicios públicos, personas que la habitan y el rol que desempeñan Estado higiénico y de la conservación de la vivienda Habitación destinada a diálisis: tipo de piso, paredes con pintura lavable, retiro de alfombras, iluminación y ventilación Condiciones de lugar al momento de la diálisis: corriente de aire, distractores (como teléfono o televisión) Estado de conservación y almacenamiento del material 	<p>Nivel de cumplimiento</p> <p>Muy bien</p> <p>Bien</p> <p>Regular</p> <p>Mal</p>
Técnica de Diálisis	<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos sobre los cuidados en casa Valoración de los aspectos relativos a la ejecución de la técnica; preparación del área de recambio, material, realización de recambio Balance de líquidos (precisión en el peso de la bolsa, registro y balance) Acciones que requieren la administración de medicación (como antibióticos o heparina) en las bolsas Problemas técnicos relacionados al catéter, línea de transferencia y equipo utilizado Medidas higiénicas 	<p>Nivel de dominio</p> <p>Muy bien</p> <p>Bien</p> <p>Regular</p> <p>Mal</p>
Requisitos de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> Estado general del paciente: nivel de conciencia, facies, coloración de tegumentos, constantes vitales y edema Manifestaciones de infradiálisis; náuseas, vómito, aliento urémico, sobrecarga hídrica y estado nutricional Relacionadas al OS y la línea de transferencia Actitud al tratamiento en casa, a la familia y a la convivencia Apetencias e inapetencias Seguimiento del tratamiento farmacológico 	<p>Nivel de valoración</p> <p>Muy bien</p> <p>Bien</p> <p>Regular</p> <p>Mal</p>

La familia se adapta mejor o peor a las situaciones dependiendo de sus experiencias y creencias; si la familia se adapta a los cambios producidos por la crisis, será capaz de seguir funcionando sin correr el peligro de que el cuidador primario altere las capacidades que le permitieron asumir esta actividad (Araújo Sadala et al., 2012).

En su mayoría, los cuidadores primarios son mujeres de mediana edad que conviven con la persona que cuidan, y trabajan dentro del hogar o han tenido que adaptar su vida laboral. Muchas veces estos cuidadores atienden a otros familiares (niños, ancianos).

Las actividades más comunes del cuidador primario (familiar) son:

- Alimentación
- Ayuda en la toma de decisiones
- Prevención de accidentes
- Administración de medicamentos
- Facilitación de comunicación
- Movilización

Cuidados en casa. Para la enseñanza de los cuidados dialíticos en casa, se recurren a una diversidad de estrategias docentes, educativas y de investigación para atender aquellos problemas inherentes a la diálisis, como:

- Motivación
- Nivel de independencia
- Apoyo familiar
- Habilidades para realizar el autocuidado
- Nivel de instrucción
- Agudeza visual

En aquellos casos en los que el paciente es enviado oportunamente al programa de DP, es posible planear con anticipación la capacitación, para programar la instalación de catéter, evaluar el OS y programar la periodicidad de las consultas. Muy pocas instituciones tienen planeadas estas actividades en el programa de diálisis ambulatoria. No siempre llevan a cabo, por el ingreso de pacientes en estado urémico avanzado⁴.

3. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

3.1 DEFINICIÓN

La enfermedad renal crónica se define como la presencia de al menos tres meses de filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal (definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, tubulointersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen¹.

3.2 EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente la transición epidemiológica que enfrenta México conlleva a un incremento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), tales como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Los costos derivados de la atención de estas patologías, representa un desafío importante para los sistemas de salud en todo el mundo².

Por otro lado Tamayo et al³, señalan que, de acuerdo con cifras oficiales, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan 70% de todas las muertes. En gran medida el problema es consecuencia de falta de acción, desarticulación institucional y procesos mal encaminados. Podemos insistir que nos encontramos ante un problema mayúsculo, cuyas dimensiones e impacto en el acceso a servicios y en las finanzas del sector claman la atención necesaria. Hoy en día podríamos gastar ya 50% de todos nuestros recursos destinados a salud en

ECNT, entre ellas la ERC, sin darnos cuenta de ello. Si el número de casos que llega a etapas tardías no disminuye de manera significativa, el impacto económico de la ERC en el sector salud pondría en graves problemas su viabilidad financiera.

La ERC supone una carga elevada tanto en términos de calidad de vida de las personas como en la prestación de servicios de salud, principalmente en las redes hospitalarias. De acuerdo con la OMS, para el año 2013 la ERC ocupó el sitio número siete como carga global de enfermedad con un porcentaje 1.1%².

El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es un buen ejemplo para análisis. En la actualidad, la institución tiene registrados poco más de 60 mil enfermos en terapia sustitutiva, 25 mil de los cuales (41.7%) están en un programa de hemodiálisis y alrededor de 35 mil reciben servicios de diálisis peritoneal (58.3%). De los enfermos en hemodiálisis, la gran mayoría es atendida por contrato multianual (4 años) de subrogación de servicios en unidades privadas extramuros (70%) y un número menor (30%) por medio de servicios internos en unidades propias (intramuros). En ambos casos las estructuras operativas están más orientadas a facilitar las necesidades del trabajo y de responsabilidad de los administradores y funcionarios, que centradas en realidad en facilitar una atención integrada, fluida, eficaz, cálida y humana en torno al paciente. Estimamos que el IMSS otorga 80% de todas las diálisis a nivel nacional; el ISSSTE, 8%; SSA y privados, 5%, y el resto del sector, 7%, lo cual querría decir que sólo 74 400 enfermos de los 124 mil (en etapas 4 y 5 por diabetes) reciben tratamiento sustitutivo. Del resto, no se conoce nada. Si a este total de diabéticos en etapas 4 y 5 les sumamos aquellos casos sólo con hipertensión y por otras causas (40%), hablaríamos entonces de una población total de alrededor de 174 mil enfermos.

En tanto México (Cortés-Sanabria L, 2017) registra una incidencia de 467 casos de ERC por cada 1,000,000 de habitantes, siendo la mayor reportada de los 48 países participantes, dentro de los que se encuentran Estados Unidos, Japón, Chile y Brasil. Al realizar un análisis comparativo, en seis años se incrementó la incidencia en un 38%; en el 59% de los casos, la Diabetes Mellitus fue la principal causa de ERC.

La prevalencia de ERC en México (de acuerdo con información del estado de Jalisco del 2012) es de 1,409 pacientes por cada 1,000,000 de habitantes (14%). Del 2006 al 2012 la prevalencia reportada aumento un 45.7%, de los cuales el 88.3% requirió de diálisis. Por lo que en México la ERC es una de las principales causas de hospitalización y atención de urgencias; el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

De acuerdo con el Reporte de Salud Mundial de la OMS y al Proyecto de Carga Global de la Enfermedad (*Global Burden of Disease Study 2015*), la ERC en México en el 2013 fue la tercera causa de mortalidad ajustada por edad y sexo con el 9% de todas las muertes reportadas, además de contribuir al 8.1% de los años perdidos de vida por muerte prematura (APMP) y el 5.7% de los años de vida saludables perdidos por discapacidad (AVISA).

El Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende aproximadamente al 73% de la población mexicana que requiere diálisis o trasplante. En el año 2014, el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, representó para el Instituto, el 15% del gasto total anual de su mayor programa (Seguro de Enfermedades y Maternidad), aproximadamente \$13,250 millones de pesos; este gasto se invirtió en tan sólo el 0.8% de los derechohabientes (población con IRCT). Se estima además que si en nuestro país, el acceso a diálisis fuese universal, se requeriría una inversión de más de 33,000 millones de pesos anuales, lo que representaría cerca del 40% del presupuesto nacional destinado a salud (*Cortés Sanabria L, 2017*)¹.

3.3 ETIOLOGÍA

Á.L.M de Francisco, considera que los aspectos sociales, económicos, ambientales, étnicos y dietéticos influyen sobre la incidencia de ERC, citado por Rodríguez Zamora et al⁴.

Las mujeres tienen mejor pronóstico que los hombres; en los ancianos la masa renal disminuida y el mayor número de glomérulos esclerosados favorece la evolución rápida. La detección temprana se fundamenta en la determinación de la TFG y los valores de microalbuminuria (30-299 mg/día) o proteinuria (≥ 300 mg/día).

Los factores de riesgo se pueden clasificar como se muestran en la tabla 5 y 6.

Tabla 5. Factores de riesgo de la ERC

Factores	Descripción	Causas
Susceptibilidad	↑ Susceptibilidad al daño renal	Edad avanzada Antecedentes familiares de ERC
Inicio	Daño renal en forma directa	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Hipertensión arterial (HTA) • Enfermedades autoinmunes • Infecciones sistémicas • Infecciones de las vías urinarias • Cálculos renales • Obstrucción de las vías urinarias inferiores • Efecto tóxico de las drogas
Progresión	Aceleran y agravan el daño renal	<ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria • HTA • Hiperglucemia • Tabaquismo

National Kidney Foundation (2002). Am J Kidney Dis., 39 (supp 1):S1-s266

Tabla 6 . Clasificación de los factores de riesgo de la ERC

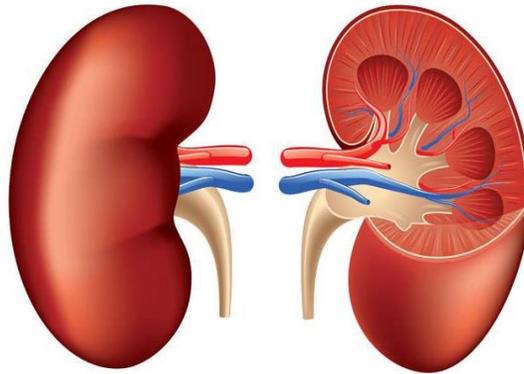
No modificables	Edad Sexo Raza Peso al nacimiento Factores genéticos
Modificables	Proteinuria HTA Hiperglucemia en diabéticos Uso de nefrotóxicos Tabaquismo Obesidad Síndrome metabólico/resistencia a la insulina Dislipidemias Anemia Hiperuricemia Infecciones urinarias frecuentes

3.4 FISIOLÓGIA Y FUNCIÓN RENAL

Los riñones tienen como funciones básicas:

1. Depuración, mediante el filtrado glomerular y secreción tubular.
2. Regulación hidroeléctrica y del equilibrio ácido-base, a través de la secreción y reabsorción tubular.
3. Hormonal, mediante la producción de hormonas como renina-angiotensina-aldosterona, prostaglandinas y eritropoyetina.
4. Metabólica, regulación de la concentración de calcio y fósforo en la sangre (metabolismo de vitamina D), Drucker-Colín R (2005), citado por Rodríguez Zamora et al⁴.

Figura 5. Anatomía del Riñón

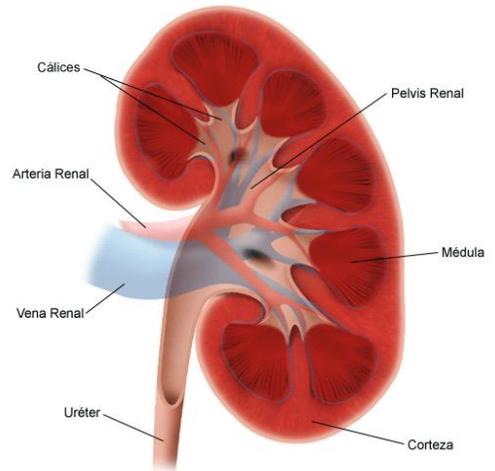


Los riñones son órganos pares, denominados en griego *nephros*, y el latín *ren*, “en forma de frijol”. Cada riñón mide aproximadamente: 12 a 13 cm de longitud según su eje mayor; 6 cm de anchura; 4 cm de grosor y 3 cm de espesor (de atrás-adelante). Su peso es de 130-170 g y su color rojo pardo café (Figura 5).

Los riñones están constituidos por una cara anterior y una posterior, un borde externo (convexo) y uno interno (cóncavo), con un polo superior y uno inferior, localizados entre la 12^o vértebra dorsal y la 3^o vértebra lumbar, a cada lado de la columna vertebral en la cavidad abdominal retroperitoneal. El riñón derecho se encuentra más abajo, por el espacio que ocupa el hígado⁴.

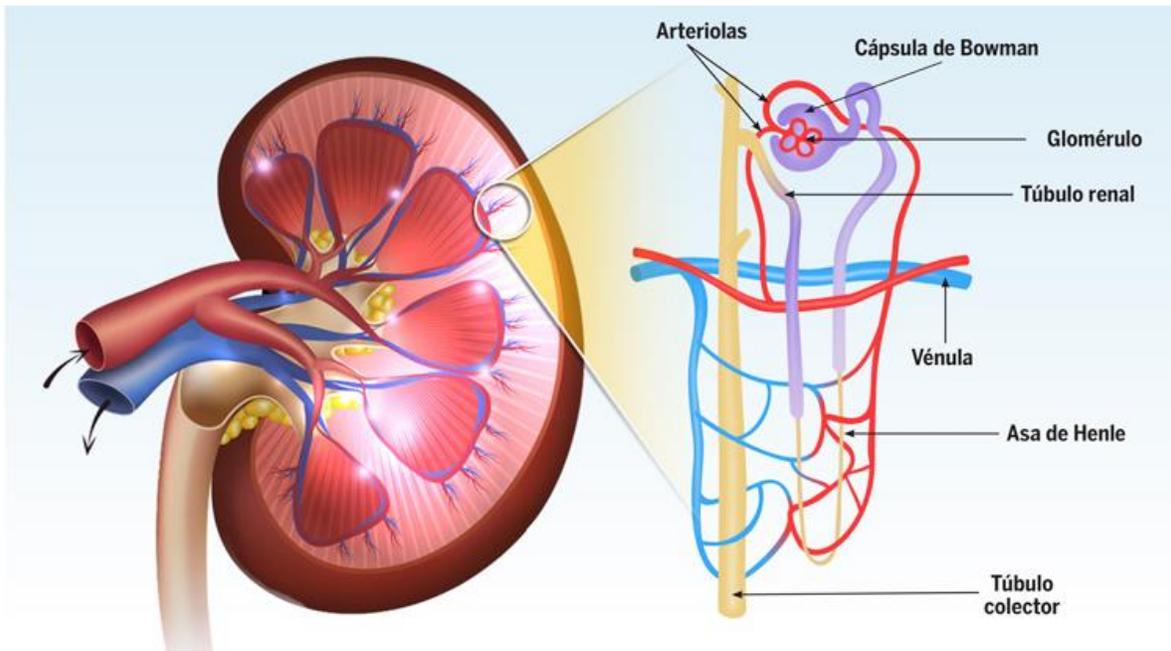
Figura 6. Corte transversal que permite observar las porciones macroscópicas del riñón

Al corte frontal, el riñón presenta dos regiones, un área superficial de color rojo y textura lisa denominada corteza renal y una región profunda de color marrón llamada médula renal. La médula consta de 8 a 18 pirámides de aspecto estriado. En conjunto, corteza y pirámides constituyen la porción parenquimatosa del riñón, la cual está formada por cerca de un millón de estructuras microscópicas llamadas nefronas “que son las unidades anatomofuncionales del riñón”⁴ (Figura 6).



Guyton y Hill (2011) citado por Macias Gamiño et al², menciona que la unidad funcional del riñón es la nefrona, cada riñón contiene alrededor de 800,000 nefronas. Las lesiones renales, la enfermedad y el envejecimiento reducen gradualmente el número de nefronas, que no pueden generarse. Después de los 40 años, el número de nefronas funcionales suele reducirse a un 10% cada 10 años; sin embargo, los cambios adaptativos de las nefronas existentes les permiten excretar las cantidades adecuadas de agua, electrolitos y productos de desecho.

Figura 7. Estructura de la nefrona

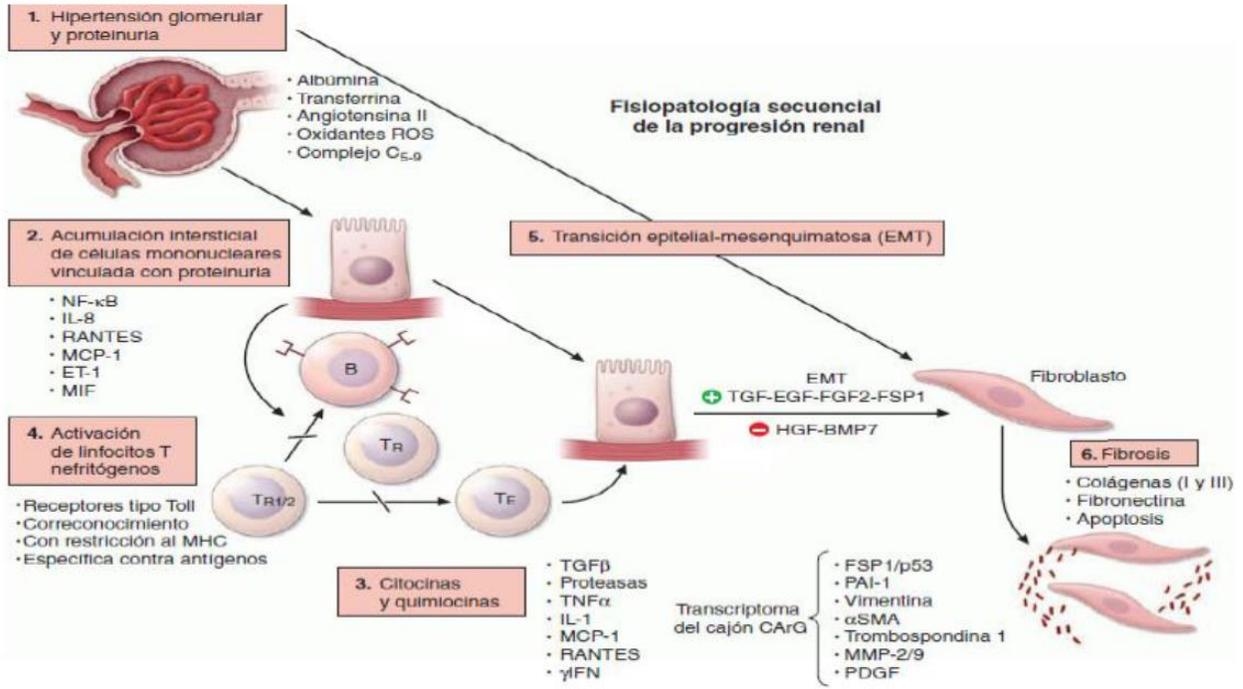


La nefrona es la unidad morfofuncional del riñón y está compuesta por: glomérulo, cápsula de Bowman y túbulos (proximal, asa de Henle, distal y colector). Existen cerca de 1 200 000 nefronas por cada riñón (Figura 7). Existen dos tipos de nefronas, unas ubicadas en la parte externa de la corteza: corticales (70%), y las más profundas: yuxtamedulares, más cercanas a la unión corticomedular (30%).

Las nefronas se encargan de tres procesos básicos: filtrar la sangre, retomar las sustancias útiles y retirar sustancias tóxicas, como resultado de este proceso, se mantiene la homeostasis y la producción de la orina⁴.

3.5 FISIOPATOLOGÍA

Figura 8. Mecanismo de la progresión renal



Fuente: Imagen tomada de Harris Raymond C. Nellson Eric G. Adaptación del riñón a su lesión. En Bames Pj, Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2, 18ª ed, México: Mc Graw Hill; 2012. p.2289.

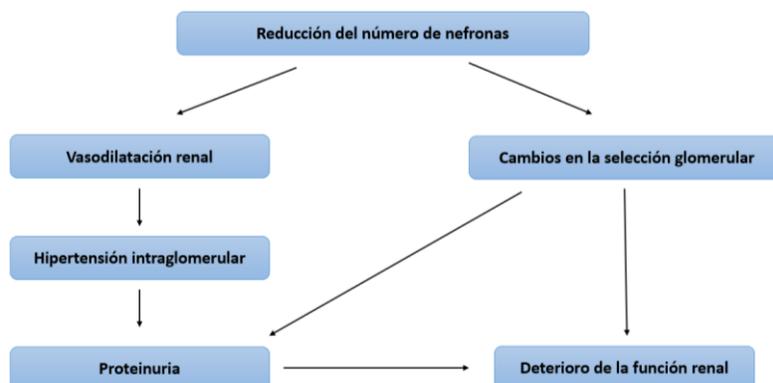
Hipóticamente existen seis mecanismos de la respuesta de adaptación inadecuada de la función renal ante las demandas fisiológicas de la presión arterial y la talla corporal, las distintas tensiones ambientales o la inflamación indeseable, lo cual desencadena la enfermedad renal crónica. Si la lesión comienza en el glomérulo, estos pasos secuenciales dependen uno de otro: 1) lesión glomerular persistente produce hipertensión local en los ovillos capilares, incrementa su tasa de filtración glomerular por nefrona y genera la fuga de proteínas hacia el líquido tubular; 2) la proteinuria glomerular significativa, que se acompaña de aumento de producción local de angiotensina II, facilita el baño distal de citocinas que desencadena la acumulación de células mononucleares en el intersticio; 3) los neutrófilos que aparecen al inicio del en el intersticio son sustituidos con rapidez por macrófagos y linfocitos T que se acumulan, que constituyen la respuesta inmunitaria

que genera nefritis intersticial; 4) el epitelio de algunos túbulo responde a estos inflamación mediante su disgregación de la membrana basal y de sus células hermanas adyacentes para sufrir transiciones epiteliales-mesenquimatosas, que dan origen a fibroblastos intersticiales nuevos, por último 5) los fibroblastos sobrevivientes depositan una matriz colágena que interrumpe los capilares adyacentes y las nefronas tubulares, lo que termina por dejar una cicatriz acelular².

La progresión de la ERC sigue un patrón constante en el cual se van incrementando las manifestaciones clínicas, dependiendo el estadio de la enfermedad por el que se esté cursando el paciente. Una vez que la causa primaria ha ocasionado una destrucción irreversible de nefronas, se activan mecanismos de compensación que tratan de reemplazar la función de estas, produciendo hiperfiltración e hipertrofia glomerular (Figura 8).

El deterioro lento y progresivo transcurre durante varios años, periodo en que las estructuras internas del riñón se van destruyendo gradualmente. La progresión del daño renal se caracteriza por una evolución de más de tres meses, determinada por anomalías estructurales o funcionales, con o sin descenso de la TFG. La reducción del número de nefronas desencadena vasodilatación de la arteriola aferente, aumento de la presión intraglomerular y aumento de la fracción de filtrado que inicia como mecanismo de compensación, pero que se agrava porque se acompaña de proteinuria, HTA y daño renal progresivo (Figura 5).

Figura 9. Progresión del daño renal



3.6 CLASIFICACIÓN

La Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico, prevención y tratamiento de la ERC (K-DIGO2013) ha establecido una nueva clasificación basada en estudios de filtración glomerular y albúmina, la cual considera tres categorías de riesgo según la concentración de creatinina (Figura 10).

A 1 valores óptimos y normal-alto (<10 mg/g y 10-29 mg7g)

A 2 valores altos (30-299 mg/g)

A3 valores altos y de rango nefrótico (300-1999 y >2000 mg/g)

Figura 10. Pronóstico de la Enfermedad Renal Crónica por TFG y Categorías de Albuminuria

Pronóstico de la ERC por la TFG y Categorías de Albuminuria (KDIGO 2012, 2013)				Categorías de Albuminuria Persistente Descripción y Rango		
Pronóstico de la ERC por la TFG y Categorías de Albuminuria: KDIGO 2012				A1	A2	A3
				Incremento normal a moderado < 30 mg/g < 3 mg/mmol	Moderadamente incrementado 30 – 300 mg/g 3 – 30 mg/mmol	Severamente incrementado > 300 mg/g > 30 mg/mmol
G 1	Normal o alto	≥ 90				
G 2	Moderadamente descendida	60 – 89				
G3 a	Media a moderadamente descendida	45 – 59				
G3 b	Moderada a severamente descendida	30 – 44				
G 4	Severamente descendida	15 – 29				
G 5	Falla renal	< 15				

Verde: bajo riesgo (si no existen otros marcadores de enfermedad renal, no es ERC); Amarillo: riesgo moderadamente incrementado; Naranja: alto riesgo; Rojo: muy alto riesgo
Adaptado de International Society of Nephrology KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. J Int Soc Nephrol 2013; 3(1).

Cada color muestra el grado de riesgo (mortalidad global, cardiovascular, daño renal, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal). El riesgo menor corresponde al color verde (“categoría bajo riesgo”, si no hay datos de lesión renal no se puede catalogar como ERC), el color amarillo (“riesgo moderadamente aumentado), naranja (alto riesgo), rojo y rojo oscuro (muy alto riesgo). Las unidades de albúmina corresponden a mg/g valores expresados en mg/mmol (A1=A/CR<3 mg/mmol, A3= A/CR_>30 mg/mmol)⁴.

La clasificación de clínica de la Enfermedad Renal Crónica, en nuestro país se basa en la TFG. El estadio 1 implica una TFG normal, pero con la presencia de daño renal; el estadio 1 y 2 son considerados como nefropatía temprana, tal como se muestra en la tabla 7 y 8.

Tabla 7. Clasificación de la ERC por categorías según el filtrado glomerular

Categoría	TFG (mL/min/1.73 m ²)	Condiciones
G1	≥90	Daño renal con TFG normal
G2	60-89	Daño renal y ligero descenso de la TFG
G3a	45-59	Descenso ligero-moderado de la TFG
G3b	30-44	Descenso moderado de la TFG
G4	15-29	Prediálisis
G5	<15	Diálisis

Adaptado de: KDIGO 2013

Tabla 8. Clasificación de la ERC por categorías según la albuminuria

Categoría	TEA (mg/24 hr)	Equivalente ACR (mg/g)	Equivalente ACR (mg/mmol)	Término
A1	< 30	< 30	<3	Normal o aumento leve
A2	30-300	30-300	3-30	Aumento moderado
A3	>300	>300	>30	Aumento severo

Adaptada de: KDIGO 2013

3.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Con frecuencia, la insuficiencia renal (IR) no tiene síntomas en su etapa temprana. En muchos casos no se hacen evidentes hasta que la función renal ha disminuido a menos del 25% de su capacidad normal. La acumulación de solutos de retención de toxinas urémicas agudiza algunos signos y síntomas:

- Color de la orina: Rosado o herrumbroso por la presencia de sangre (hematuria) o albúmina (albuminuria)
- Nicturia
- Insomnio
- Anorexia
- Cansancio
- Anemia
- Náuseas y vómito
- Cefalea
- Hipertensión arterial
- Sensación de asfixia y fatiga
- Edema periférico: maleolar, palpebral y de manos
- Prurito generalizado
- Adormecimiento de brazos y piernas debido a la lesión de los nervios periféricos (polineuropatía)
- Fragilidad ósea debido a la deficiencia de calcio
- Mal aliento
- Color rojizo de la piel
- Gastritis y hemorragias digestivas
- Hematuria
- Proteinuria
- Acidosis metabólica (se puede manifestar como fatiga, letargo, aumento de las respiraciones)
- Ascitis
- Taquipnea (tipo Kussmaul)
- Hiperpotasemia. Cifras de 6.5 meq/L producen alteraciones electrocardiográficas y calambres⁴.

3.8 COMPLICACIONES

Las complicaciones de la ERC por aparatos y sistemas se sintetizan en la tabla 9.

Tabla 9. Complicaciones de la ERC

Sistema	Manifestaciones
Cardiovascular	<p>Hipertrofia ventricular izquierda. Se asocia con la edad, anemia e hipertensión sistólica.</p> <p>Retención hidrosalina. Causa insuficiencia cardiaca.</p> <p>Hiperparatiroidismo secundario. Causa hipertrofia y disfunción ventricular.</p> <p>Aumento del calcio intracelular, la calcemia y la fuerza contractilidad miocárdica.</p> <p>Arritmias. Relacionadas con los electrolitos, principalmente potasio.</p> <p>Hipertensión arterial. La prevalencia está relacionada con la etiología de la IRC, es menor en las nefropatías tubulointersticiales que en las glomerulares, y se vincula con la retención del sodio.</p>
Gastrointestinal	<p>Estomatitis, gingivitis, feto urémico y parotiditis. A causa de la irritación química del amonio procedente de la descomposición de la urea salival por las bacterias bucales.</p> <p>Esofagitis. Por reflujo, aumento de la presión intraabdominal.</p> <p>Estreñimiento. Por sedentarismo y baja ingesta de líquidos y fibra.</p>
Hemático	<p>Déficit de eritropoyetina. Por falla renal irreversible. Acortamiento de la vida media del eritrocito. Por uremia.</p> <p>Déficit de hierro y vitaminas liposolubles. Asociado a ingesta deficiente de hierro y pérdidas hemáticas. Hepcidina hormona reguladora de la homeostasia del hierro (disminuye la absorción de este elemento)</p> <p>Disfunción plaquetaria, alteraciones de la cadena de coagulación. Causa alargamiento de tiempo de sangrado debido a alteraciones en la adhesividad y agregación plaquetarias.</p>
Endocrino	<p>Mujeres. Amenorrea, menorragia, frigidez, galactorrea e infertilidad.</p> <p>Hombres. Disminución de la libido, impotencia, ginecomastia, oligospermia/azoospermia, atrofia testicular e infertilidad.</p>
Dermatológico	<p>Diversas. Escarcha urémica, pigmentación amarillo-biliosa, xerodermia, prurito y enfermedad perforante urémica o hiperqueratosis folicular urémica y alopecia difusa.</p>
Nervioso	<p>Encefalopatía urémica, polineuropatía sensitivomotora distal y simétrica. Por causa del estado urémico.</p>
Osteoarticular	<p>Osteodistrofia renal. Por alteraciones de los niveles de la hormona paratiroidea, calcitriol, calcio, fósforo, aluminio, equilibrio ácido-base y otros factores urémicos.</p>

3.9 MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Se considera que la morbilidad y mortalidad por diálisis pueden contrarrestarse mediante un mejor cuidado previo a la IRC, en la que el retardo del daño renal se convierte en el centro de atención. Para que este tipo de prevención obtenga buenos resultados, no sólo se requiere que se practiquen los cuidados adecuados, sino también que los pacientes sean referidos a las unidades de diálisis cuando se conserva como mínimo el 25% de la función renal, y evitar que en un lapso de 2 a 3 años lleguen en etapa terminal con gran deterioro físico y psicológico.

La filtración glomerular es el mejor índice cualicuantitativo y temporal para medir el deterioro de la función renal:

- Pérdida del 50% de tejido renal. No hay manifestaciones evidentes, pero hay suficiente tiempo para realizar intervenciones asertivas y no ante el riesgo inminente de muerte.
- Función renal del 5 o 10%. Indica un inicio inmediato de diálisis para evitar un deterioro mayor o muerte inminente.

El tratamiento dialítico incluye, además, medidas terapéuticas: control de la glucemia, dieta baja en proteínas, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II, monitoreo de la HTA, control de la hiperlipidemia, evitar el consumo de medicamentos y sustancias nefrotóxicas, prevenir infecciones urinarias de repetición y evitar el tabaquismo.

a) Tratamiento farmacológico, básicamente sintomático:

- Bloqueadores del sistema renina-angiotensina: IECA
- Restricción de proteínas y sal en la dieta
- Diuréticos
- Reducción del peso en las personas obesas
- Quelantes de fósforo: carbonato de calcio y no cálcicos como el Sevelamer.
- Oligoelementos: Zn y Mg
- Vitaminas. Por deficiencia de vitaminas hidrosolubles (B y C): suplemento de piridoxina (5mg/d), ácido fólico (1 mg/d), B 12 (3 mg/d), Vit "C" (60 mg/d)
- Analgésicos
- Antiarrítmicos
- Hormonas

- b) Diálisis peritoneal
- c) Trasplante renal
- d) Apoyo psicológico. Ayuda a mejorar la autoestima y a prevenir la depresión, además de favorecer la recreación y el esparcimiento⁴.

4. DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

4.1 DEFINICIÓN

La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad dialítica de depuración extrarrenal que consiste en la infusión de solución de diálisis a la cavidad peritoneal, donde permanece un tiempo determinado para dar lugar al intercambio de solutos y pérdida de agua a través de los principios de ósmosis, difusión y ultrafiltración, para posteriormente ser drenados de la cavidad (Figura 11).

Se requiere de la interacción entre cuatro componentes básicos: la sangre, la membrana peritoneal, el líquido de diálisis y el drenaje linfático⁴.

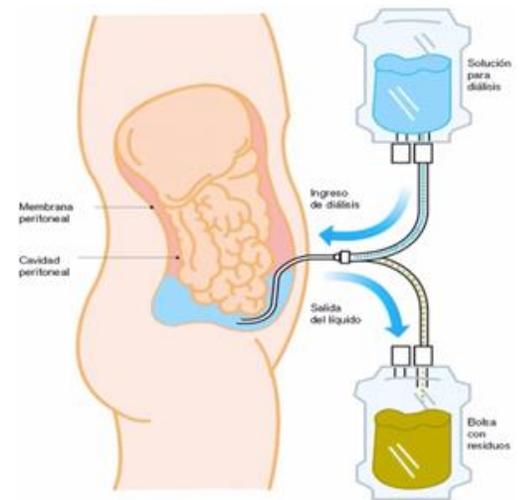


Figura 11. Esquema de la diálisis peritoneal.

Esta consiste introducir un fluido (dializante) dentro de la cavidad peritoneal a través de un catéter (infusión). El dializante está compuesto concentraciones de solutos que facilitan la remoción de agua y desechos metabólicos como urea y creatinina y concentraciones alta de potasio, así como iones y sales orgánicas del torrente sanguíneo, principalmente por difusión y ósmosis.

Por medio de la difusión los solutos se mueven de un área de mayor concentración a una de menor concentración hasta que se alcance un equilibrio.

En la ósmosis, los solventes (líquidos) se mueven a través de una membrana semipermeable desde un área de menor concentración de solutos hacia una de mayor concentración.

El dializante se introduce en la cavidad peritoneal a una temperatura cercana a la corporal y permanece allí durante el tiempo necesario para que se realice la depuración sanguínea⁵.

En las diferentes modalidades de DP, los principios básicos que interfieren son: ósmosis, difusión y ultrafiltración, interacción que se logra al ponerse en contacto peritoneo y solución de diálisis. El volumen empleado habitualmente en cada intercambio es de 2 l, y la concentración de glucosa utilizada dependerá de las características funcionales de la membrana peritoneal (tipo de transportador según el test de equilibrio peritoneal [TEP]) y de las necesidades de ultrafiltración del paciente. El líquido infundido se mantiene en la cavidad abdominal (tiempo de permanencia) durante 4-6 h (intercambios diurnos) y 8-10 h (intercambio nocturno). Esta técnica puede dividirse en cinco fases que corresponden a un intercambio, que en la modalidad estándar se repite 4 veces al día (número de intercambios: 3 diurnos y 1 nocturno), que son: conexión, purgado, drenaje, infusión y desconexión:

- a) **Fase de conexión:** después de la preparación de todo el material necesario y de realizar las medidas de limpieza establecidas (mesa y lavado de manos durante 15 min) se procede a la apertura del sistema (doble bolsa).
A continuación, se retira el tapón del catéter del paciente y se conecta a la línea del sistema (esta maniobra debe ser realizada con destreza y rapidez, habilidades que se adquieren en el período de aprendizaje).
- b) **Fase de purgado:** en ella se permite el paso de una mínima cantidad de líquido desde la bolsa de infusión a la de drenaje. Se produce antes de la apertura del catéter del paciente. Posteriormente se cierra la parte del sistema que permite la infusión y permanece abierta únicamente la de drenaje.
- c) **Fase de drenaje:** se abre el catéter y comienza a salir el líquido presente en la cavidad abdominal. La duración de esta fase oscila entre 10 y 12 min y depende del volumen drenado (balance negativo = infundido + ultrafiltrado; balance positivo = infundido – absorbido) y del adecuado funcionamiento del catéter. Al finalizar esta fase se cierra el sistema de drenaje.

- d) **Fase de infusión:** corresponde a la entrada de líquido al interior de la cavidad peritoneal. Para ello se debe abrir el segmento del sistema que corresponde al de infusión. Su duración es de unos 8-10 min.
- e) **Fase de desconexión:** se realiza tras finalizar la infusión. Se cierra el catéter según el sistema que se utilice, que se desconecta⁶.

4.2 MODALIDADES DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

Las dos grandes modalidades de DP son:

4. **Continua.** El paciente permanece durante 24 h del día con el líquido de diálisis en la cavidad peritoneal. Puede realizarse técnica manual o automatizada.
5. **Intermitente.** El paciente tiene periodos con solución de diálisis en cavidad peritoneal y periodos sin solución (cavidad seca), durante un lapso en el día o en la noche.

Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)

Constituye la modalidad de diálisis peritoneal más utilizada. En ella el tratamiento dialítico se realiza de forma manual; es continua porque la cavidad abdominal permanece llena de líquido en todo momento, y ambulatoria porque se desarrolla en el domicilio del paciente.

La cantidad de diálisis administrada mediante DPCA puede aumentar o disminuir si se modifica el volumen y/o el número de intercambios (dosis). Tenemos así tres posibilidades terapéuticas dentro de la DPCA para incrementar la dosis de diálisis:

- **Dosis estándar con aumento de volumen:** corresponde a 4 intercambios al día, pero el volumen de alguno de ellos (o de todos) se incrementa a más de 2 L si físicamente los pacientes lo toleran; volúmenes de 2,5 o 3 L suelen ser bien tolerados en decúbito.
- **Dosis alta con volumen normal:** se mantienen los 2 L por intercambio, pero se aumenta su número (para pacientes que no toleran grandes volúmenes).

- **Dosis alta con volumen alto:** para pacientes anúricos, con gran superficie corporal o transportadores bajos⁶.

Los criterios para la DPCA son:

- a) Modalidad dialítica para pacientes con transporte peritoneal promedio alto y promedio bajo.
- b) Pacientes con valoración de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.
- c) Aceptación de la terapia dialítica por parte del paciente.

Esta modalidad dialítica presenta las siguientes características:

- a) Favorece la autosuficiencia en el paciente.
- b) Requiere de una adecuada nutrición y las restricciones dietéticas son mínimas.
- c) El aprendizaje de la técnica se facilita en el paciente y familiar.
- d) Los intercambios de líquido se hacen manualmente, con la participación del paciente o un familiar responsable durante cada procedimiento de intercambio.
- e) Maneja volúmenes diarios de 8 L.
- f) Se realizan cuatro recambios en 24 horas: tres en estancia de 5 h y uno con estancia larga (7:00, 12:00, 17:00 y 22:00 h).
- g) La permanencia más larga de líquido es durante la noche.

Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)

La diálisis peritoneal automatizada (DPA) supone el empleo de sistemas mecánicos (cicladoras o monitores) que permiten programar una pauta de tratamiento (volumen total de líquido de diálisis, volumen por intercambio, tiempo de permanencia, tiempo total de tratamiento) según la dosis de diálisis establecida. Las fases de drenaje, infusión y permanencia se realizan de forma automática, por lo que el paciente sólo tendrá que establecer la conexión y desconexión al inicio y final del tratamiento, respectivamente. Todas las técnicas de DPA están diseñadas para realizarse durante la noche mientras el paciente duerme.

En función del esquema de tratamiento establecido la DPA ofrece dos variedades: intermitentes, con períodos de tiempo en los que la cavidad peritoneal permanece sin líquido (seca), y continuas, en las que siempre existe líquido en el interior. De cada una de ellas existen diversas modalidades.

a) Técnica Intermitente

- *Diálisis peritoneal intermitente (DPI)*: el tratamiento se realiza durante 40 h semanales, divididas en períodos de 10-12 h. La cavidad peritoneal permanece vacía hasta la sesión siguiente. Se realizan múltiples cambios automatizados de corta duración. La dosis de diálisis por sesión es de 40-60 L.
- *Diálisis peritoneal nocturna (DPN)*: el tratamiento se realiza todas las noches o de forma alterna, con una duración de 8-12 h por sesión. La dosis diaria es de 15-20 l. Durante el día la cavidad peritoneal permanece vacía.

b) Técnica Continua

- *Diálisis peritoneal continua con cicladora (DPCC)*: en ésta se realizan 3-6 intercambios nocturnos, para un período nocturno de 8-10 h y uno diurno de larga duración (12-14 h). Se recomienda un volumen más alto en los intercambios nocturnos, y en el diurno a veces es necesario emplear un volumen más bajo, ya que las soluciones de glucosa tienen que ser más hipertónicas o a base de polímeros de la glucosa para evitar su absorción en un período más largo.
- *Diálisis peritoneal con marea o tidal (DPM)*: el fundamento de esta modalidad consiste en mantener un volumen de reserva (VR) intraperitoneal constante durante la sesión de tratamiento (1,2-1,5 l). Sobre este volumen se realizan intercambios rápidos con un volumen marea (VM) de 1-1,5 l. La dosis habitual por sesión es de 24-30 l, con una duración de 8-10 h. Con esta técnica se eliminan los cortos períodos en los que la cavidad peritoneal está vacía y se aumenta la eficacia de la diálisis. Variaciones de la técnica original consisten en añadir uno o más ciclos durante el día para aumentar el aclaramiento de

solutos de tamaño medio. La leve mejora en la depuración de solutos y su mayor coste limita su aplicación.

- *DPA ampliada o DP plus*: esta técnica combina cualidades de la DPCA y de la DPA, con 3-4 intercambios nocturnos con cicladora con el volumen más alto que tolere el paciente y más de un intercambio diurno realizado de forma manual o con la propia cicladora. En total la dosis administrada es de 12-15 l/día. Es una modalidad muy eficaz, ya que permite aumentar el volumen de la infusión durante la noche, gran parte de la diálisis ocurre en posición supina y los tiempos de permanencia son óptimos.
- *Diálisis peritoneal de flujo continuo (DPFC)*: puede ser el futuro de la diálisis peritoneal y se basa en la circulación constante del líquido de diálisis por medio de 2 catéteres, uno de entrada y otro de salida, o de un único catéter de doble luz, pero manteniendo un volumen fijo intraperitoneal. Se emplearía un líquido de diálisis comercial que se regeneraría con producción online de líquido de diálisis, lo que permitiría sesiones efectivas y cortas de diálisis peritoneal. Aunque avanzado en su desarrollo, este sistema continúa en fase experimental⁶.

4.3 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA EL INICIO DE LA (DPCA/DPA)

El tratamiento sustitutivo renal con DPCA en la insuficiencia renal crónica, generalmente se efectúa cuando la filtración glomerular es menor o igual a 15 ml/min/1.73m², lo que suele coincidir con una creatinina plasmática de 12-15 md/dL junto con la sintomatología urémica⁷.

Entre las indicaciones para iniciar la DP o HD, se incluye: síndrome urémico grave, sobrecarga de volumen que no corresponde al tratamiento con diuréticos, hiperkalemia no controlada por la terapéutica, acidosis metabólica grave, episodio de sangrado masivo y de difícil control relacionado a la uremia, pericarditis urémica y taponamiento cardiaco (*Goodlad C, 2013*).

La DP está indicada en todos los casos con ERC etapa 5, excepto en los que existe una clara contraindicación para la misma, generalmente derivada de un peritoneo inutilizable, de una situación psico-social concreta del paciente o cuando el enfermo o la familia se negara a este tipo de terapia⁸. Así como las que se indican a continuación en la siguiente tabla 10:

Tabla 10. Contraindicaciones de la DP

Cavidad peritoneal no útil.
Neoplasia intra-abdominal.
Endometriosis peritoneal.
Estomas abdominales.
Fístula peritoneo-pleural, peritoneo escrotal.
Válvula de derivación ventrículo-peritoneal.
Defectos de la pared abdominal no corregibles o con alto riesgo de recidiva.
Procesos infecciosos extensos de la pared abdominal o pelvipерitonitis.
Enfermedad diverticular del colon.
Cirugía abdominal reciente.
Tuberculosis peritoneal.
Enfermedad pulmonar crónica severa.
Desnutrición Clínica grave o hipoalbuminemia <2.5g/dL.
Obesidad mórbida.
Trastornos hemorrágicos no corregibles.
Cirrosis hepática con insuficiencia hepática avanzada.
Enfermedad psiquiátrica o mental no atribuible a síndrome urémico, con riesgo al realizar la diálisis
Padecimientos malignos avanzados fuera de tratamiento oncológico.

Fuente: GPC (2014). Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica segundo y tercer nivel de atención.

5. CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN POR MAL CUMPLIMIENTO

La diálisis peritoneal es el tratamiento con mayor riesgo de infección y mortalidad (Curty N, 2014). Las infecciones peritoneales representan el cuadro más relevante en los pacientes con este tratamiento, debido a su elevada morbilidad y mortalidad; en ese sentido la peritonitis es la principal complicación de la diálisis peritoneal ambulatoria (Méndez A, 2014), que condiciona a mediano y largo plazo un fracaso de la membrana que impide la permanencia del paciente en esta modalidad terapéutica, lo que ocasiona el mayor porcentaje de tasas de retiro del catéter, hospitalización y transferencia a hemodiálisis (Álvarez Y, 2012)⁹.

5.1 DEFINICIÓN PERITONITIS

Es la inflamación de la membrana peritoneal causada, en respuesta a un agente agresor en diálisis peritoneal, es la complicación más importante derivada de la propia técnica, puede producir ingreso hospitalario y tiene un elevado riesgo de mortalidad en pacientes con episodios frecuentes y peritonitis severas. También, es el principal motivo de fracaso del tratamiento y cambio a otras terapias sustitutivas renales, ya que la membrana peritoneal puede quedar alterada después de la infección (Barbero E, 2014).

La peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal se define como la presencia de > 100 leucocitos/ μ L en el líquido peritoneal residual, de los cuales > 50 % son polimorfonucleares, dolor abdominal, líquido residual peritoneal turbio y tinción de Gram positiva (Minsal, 2010).

5.2 TIPOS DE PERITONITIS

- Peritonitis no infecciosa

Se diagnostica en pacientes con más de 100 leucocitos/ μ L, de los que por lo menos 10% son eosinófilos, el cultivo siempre es negativo. El proceso es benigno y no hay alteraciones del estado en general. Suele asociarse a una reacción inmunológica o por hipersensibilidad.

- Peritonitis esclerosante

La manipulación inesperada y continua del peritoneo produce una respuesta reparadora para mantener la integridad del tejido. Un desequilibrio en alguno de los mecanismos reparadores, como la fibrosis, descompensa la composición del nuevo tejido. En cualquier tejido una agresión es seguida de fibrosis. En este caso, la fibrosis se asocia con la invasión del peritoneo por sustancias hiperosmolares, biocompatibles con el organismo, pero extrañas al mismo. Esta patología hace ineficaz al peritoneo para la diálisis⁴.

5.3 VÍAS DE CONTAMINACIÓN

- a) Intraluminal. Introducción de microorganismos a través de la luz del catéter por deficientes medidas asépticas:
- Maniobras incorrectas
 - Rotura del catéter o línea de transferencia
 - Desconexión accidental
 - Inyección en la bolsa
 - Contaminación de la solución
 - Colonización del catéter
 - Pinchazos o perforaciones del catéter
- b) Pericatóter (periluminal). *Exógena*. Entrada de microorganismos desde el exterior de la cavidad peritoneal, siendo el trayecto de catéter a través del orificio de salida en la piel y el túnel subcutáneo, atravesando la pared abdominal (músculos y peritoneo parietal): infección del orificio de salida e infección del túnel subcutáneo. *Endógena*. Llegada de los microorganismos desde el interior del organismo.
- c) Transmural. Entrada de bacterias a través de la pared intestinal:
- Erosiones viscerales
 - Inflamación intestinal
 - Diarrea
 - Perforaciones viscerales
 - Divertículo intestinal
 - Transvaginal. Infección ascendente desde la vagina al peritoneo (vía trompas de Falopio).
- d) Hematógena. Llegada de bacterias a la cavidad peritoneal, a través de la sangre, desde un foco infeccioso distante, lo cual puede provocar peritonitis. Esta vía es la menos frecuente.

5.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS

a) Inflamación:

- Dolor abdominal
- Sensación febril
- Escalofríos
- Malestar general
- Puede acompañarse de náusea, vómito o diarrea.

b) Líquido peritoneal turbio con recuento celular elevado:

- Turbidez
- Recuento de células $\geq 100/\mu\text{L}$
- Descartar que se deba a la presencia de fibrina
- El líquido traslúcido no descarta la presencia de peritonitis si existen las otras manifestaciones (fiebre y dolor abdominal).

5.5 TRATAMIENTO

La antibioterapia es esencial para el éxito de la erradicación del cuadro infeccioso, por lo que se recomienda considerar el esquema implementando en el programa de cada unidad durante los episodios de peritonitis. Debe tomarse en cuenta que aumenta la permeabilidad del peritoneo al agua, la glucosa y las proteínas, por lo tanto, la absorción rápida de glucosa reducirá la capacidad de ultrafiltración, ocasionando sobrecarga de líquido⁴.

En el momento del diagnóstico clínico de peritonitis infecciosa en diálisis peritoneal, antes de tener el microorganismo etiológico, es aceptado el uso empírico de antibióticos con espectro para microorganismos grampositivos y gramnegativos. El tratamiento empírico de la peritonitis se hará con la combinación antibiótica de amplio espectro contra Gram positivos y Gram negativos. La elección de la Cefalosporina o Vancomicina se hará sobre la base de las sensibilidades de estos antibióticos en el ámbito local. Cada hospital debe adecuar el tratamiento empírico en función de la flora local o situación geográfica¹⁰.

5.6 PREVENCIÓN

Debe estar dirigida a eliminar los factores de riesgo que propician la infección y a encontrar factores predictivos que indiquen la aparición inminente de una infección. Para asegurar el éxito de los programas y, por consiguiente, la disminución de las complicaciones, deben propiciarse los elementos necesarios:

- a) Espacio físico adecuado, del que dependa la correcta enseñanza de la técnica, la buena atención del paciente y la adecuada realización de actividades.
- b) Personal de salud capacitado: enfermeras, médicos, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y de abastecimiento en domicilio, motivados, actualizados y enterados de la trascendencia de sus actividades y de la relevancia del trabajo en equipo.
- c) Pacientes motivados: en gran medida el éxito del tratamiento depende de la destreza y disciplina del paciente, del apoyo familiar y la confianza en la eficacia de la técnica con respecto a la mejoría del estado clínico y una mejor calidad de vida.
- d) La comunicación entre los integrantes del equipo de diálisis es fundamental.

5.7 INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA PERITONITIS INFECCIOSA EN ADULTOS CON TRATAMIENTO DE DIÁLISIS AMBULATORIA

Una adecuada educación de la técnica de diálisis peritoneal de los pacientes con reforzamiento de la educación, a dos años, ha demostrado una disminución significativa de la tasa de peritonitis (Minsal, 2010).

La capacitación de los pacientes y familiares es una actividad necesaria al ingresar a un programa, estará bajo la dirección de la enfermera encargada del programa, la recapacitación se realizará en intervalos de 6 meses y cada vez que sea necesario (Tapia T, 2010).

Capacitar y recapacitar al paciente y cuidador en los siguientes casos:

- Agotamiento por la rutina errores y omisiones de la técnica.
- Pérdida de redes directas de apoyo.
- Para evitar el olvido de los conocimientos aprendidos.
- Cuando hay indicios de infección del sitio de salida.
- Si se perciben omisiones en las técnicas dialíticas.
- Si se detectan eventos repetitivos de peritonitis.

Se recomienda la orientación y educación al paciente y familiar referente a:

- Cambios en el estilo de vida: higiene personal, alimentación y autocuidado a la salud.
- Utilización de medidas universales de protección para realizar el procedimiento: técnica correcta de higiene de manos y de asepsia - antisepsia, cuidados de vías de entrada a la cavidad peritoneal.
- Técnica diálisis manual y automatizada.
- Detección de signos y síntomas de alarma de peritonitis e instrucciones de manejo en domicilio.
- Adherencia terapéutica a medicamentos y a la diálisis.
- Monitoreo de la presión arterial, temperatura, peso, perímetro abdominal,
- Nivel de glucosa, control de líquidos y recambios dialíticos⁹.

ANTECEDENTES

Se han realizado diversos estudios de investigación a lo largo de los años en los cuales se han encontrado diversos factores implicados en la adherencia del tratamiento de diálisis peritoneal como la adherencia al: tratamiento farmacológico, nutricional, dominio de la técnica de DP (Diálisis Peritoneal), enfermedades crónicas, autonomía, nivel educativo, factores económicos y sociales, que no solo implican la relación de enfermero/a – paciente, sino también a la familia o redes de apoyo del usuario que cursa con la patología y tratamiento. Forero Villalobos et al²⁰, en su artículo de investigación describen los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente con diálisis peritoneal los cuales se clasifican en términos generales, principalmente en cuatro áreas: adherencia a la nutrición, a la técnica dialítica, a la medicación y al manejo de fluidos. Sin embargo, dentro de la adherencia farmacológica se encuentran también principales predictores de la falta de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas como lo son: complejidad del tratamiento, efectos adversos de la medicación, inadecuada relación médico-paciente, atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores, enfermedad asintomática, seguimiento inadecuado o ausencia del plan terapéutico al alta, falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente, falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, deterioro cognitivo, presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión, dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos y costo de la medicación.

Por otra parte, Martínez Vega et al²¹, en su artículo de investigación menciona otros factores para la realización del tratamiento, en donde no solo basta con tener el conocimiento, sino también son necesarias ciertas condiciones físicas del entorno para garantizar la seguridad del paciente y evitar la contaminación del catéter de diálisis, asegurar la funcionalidad del catéter y la efectividad de la terapia, condiciones con las que, por lo general, solo las unidades hospitalarias cuentan.

Sin embargo, son diversos los factores que dificultan la realización de ese fin, como son: la indiferencia en su autocuidado, falta de conocimiento acerca de conductas que fomenten el mismo, situación económica del paciente, desconocimiento de los procesos patológicos y por lo tanto falta de comprensión de su estado de salud. Estas circunstancias propician al paciente delegue el restablecimiento de su salud en el prestador de servicios sin participar de ello, en la mayoría de las ocasiones, por una falta de conocimiento y familiarización tanto con su enfermedad, como con el personal de salud.

Escuchar del paciente su propio punto de vista, tomarlo en cuenta y darle poder de decisión, es un esfuerzo por fortalecer el compromiso del equipo de salud por mejorar el tratamiento, reforzando su confianza y cooperación en la búsqueda de una mejora en su calidad de vida.

Tal como Díaz Soto M et al²² manifiesta que una de las mayores dificultades en la ERC, se encuentra a nivel de una adherencia completa al tratamiento y los comportamientos de los pacientes implicados en el seguimiento de las indicaciones médicas convenidas con el equipo de salud. Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba con esta investigación que la adherencia, resultado conductual del paciente, puede ser modificada por variables cognitivas, emocionales y sociales de la calidad de vida. Tal es el caso de las características inherentes a la ERC y a los tipos de tratamiento; las restricciones en la dieta, la dependencia, los cambios en las relaciones sociales y familiares y la situación laboral, entre otras, explican que estos pacientes manifiestan con frecuencia trastornos emocionales y mayores niveles de depresión y ansiedad que se asocian a una pobre calidad de vida (García-Llana et al., 2013; García y Calvanese, 2008) citado por López Lena et al²³.

Sin embargo, se ha reportado que el impacto de la DPCA en la calidad de vida del paciente suele ser muy importante, con profundas consecuencias psicosociales para él y su familia (Acárate García et al. 2006, White Y et al.1999). Los tratamientos sustitutivos de la IRC garantizan la supervivencia, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social, por lo que estos

aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento de IRC. Es sabido que la presencia de un trastorno emocional (e. g., depresión, desesperanza, ansiedad) suele mediar la evolución de la enfermedad a través de su impacto en la adherencia terapéutica, lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional lo cual plantea un círculo vicioso de importancia (García H, et al. 2008). Caporale B. (2011) ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con DPCA. Se ha destacado la frecuencia de desesperanza, depresión, ansiedad, enojo, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento social; alteración de la autopercepción, irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo (García H, et al. 2008 y Alarcón Rosales MA., 2007). Evidentemente, estas alteraciones emocionales pueden estar asociadas a distintas situaciones estresantes características en la vida del paciente en DPCA (vida laboral; temor a la discriminación social, conflictos familiares, estresores fisiológicos como el dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, limitación de actividad física, alteraciones del sueño, frecuentes hospitalizaciones) (Lok P., 1996) y por lo tanto, tener un efecto importante sobre la calidad de vida del paciente, citado por Rivera Ledesma et al²⁴, que en su artículo de investigación los resultados sumaron evidencia con respecto a una estrecha relación entre la salud mental y la calidad de vida en pacientes con DPCA, donde las variables como la depresión, ansiedad, desesperanza y soledad mostraron la pertinencia de considerar la inclusión dentro de los protocolos de atención clínica hospitalaria. Al considerar el total de la muestra de pacientes de DPCA, la depresión, desesperanza y soledad (características también en la submuestra de pacientes con alto desajuste psicológico), se asociaron a un estilo de afrontamiento cognitivo-disfuncional, por definición desadaptativo que puede favorecer el desarrollo de una actitud pasiva y desesperanzada con respecto al tratamiento, afectando la adherencia al mismo.

Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder, 2003; Kimmel, 2001; Hersh-Rifkin & Stoner (2005) citado por Contreras et al²⁵, en su artículo de investigación encontraron que, en estos pacientes, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales. Así como a nivel familiar, las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la percepción de calidad de vida del paciente.

Por su parte, Arenas et al (2004), hallaron en sus estudios que las personas viudas, divorciadas y solteras muestran más baja percepción de calidad de vida con respecto al apoyo social percibido, y tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones psicosociales. Ya que diversos estudios que han abordado el fenómeno de cuidadores familiares de enfermos crónicos han encontrado que en la familia se produce una reorganización de las jerarquías, territorios, límites y alianzas y coaliciones debido a que el enfermo adquiere la centralidad familiar. Cuando uno de los padres es el enfermo, algunos de los hijos asumen sus funciones adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos. Si el enfermo es alguno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realizan las funciones familiares del padre cuidador (Azcarate, Ocampo y Quiroz, 2006) citado por López Lena et al²³.

En el boletín “Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México”, dentro de sus resultados estadísticos se encuentran el mayor porcentaje de quienes consideran imposible o difícil conseguir ayuda para que le cuiden en una enfermedad corresponde a las mujeres de entre 30 y 59 años (47.7%), seguidas de las adultas mayores (44.0%). Más de dos quintas partes de las personas adultas mayores considera que les resultaría muy difícil o imposible conseguir ayuda para que le cuiden durante un periodo de enfermedad. Esto presenta un foco de atención en términos de políticas públicas en una población en proceso de envejecimiento

demográfico, debido entre otras cosas a la baja cobertura de seguridad social y a la ausencia de servicios públicos para el cuidado de este grupo de población. Así mismo, se observa mayor dificultad de acceso a apoyo de redes en situaciones de enfermedad en zonas rurales. De las personas que dijeron que realizan trabajo de cuidados, el porcentaje de ellas que consideran difícil o imposible conseguir ayuda para que le cuiden en una enfermedad, es mayor en zonas rurales que en urbanas. Las mujeres en ambos ámbitos están más expuestas a esa falta de reciprocidad que los hombres. Se ha podido demostrar que existe una relación importante entre la autoestima y el apoyo social y que la relación entre estas variables es bidireccional, pues los altos niveles de apoyo social percibidos favorecen que quien los recibe se perciba a sí mismo y a los demás de manera positiva (Lahey y Cassady (1990), Sarason, et al. (1983) y Abril (1998), citados por Palomar et al¹⁶.

El Apoyo Social consiste en la obtención por parte de la persona de recursos (materiales, cognitivos y afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o «fuentes» de apoyo. Estos recursos reducen la percepción de amenaza y permiten un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes. En enfermos renales se ha encontrado que el apoyo social influye en la supervivencia, la adherencia al tratamiento y la intensidad de los síntomas depresivos, citado por Perales Montilla et al²⁶.

Ortego Maté M et al.²⁷ hacen referencia a la familia como la primera y quizás, en muchos aspectos, la más influyente de las agencias de socialización que van a actuar sobre el individuo. La familia a menudo proporciona, apoyo y fomenta una serie de creencias, actitudes y normas de comportamiento que pueden ayudar al individuo a afrontar con eficacia distintas situaciones vitales como la enfermedad, pero otras veces pueden repercutir negativamente favoreciendo el desarrollo de patologías o dificultades de adherencia a los tratamientos prescritos por los profesionales de la salud. Por otra parte, Reyes Luna A et al²⁸ en su artículo de investigación “Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas” menciona que la familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la

función de cuidador, que en la mayoría de las ocasiones son mujeres (madre, hija o hermana), quienes a la vez se vuelven vulnerables física y emocionalmente, esto lo demuestra en su investigación con la respuesta a la pregunta de cómo recibió la noticia la familia, 31.91% dijo que su primera intención fue la de prestar apoyo, 41.47% sintió tristeza, dolor o una gran impresión negativa, y 20.2% sentimientos como sorpresa o resignación. En conclusión, una enfermedad crónica-degenerativa amenaza inevitablemente las funciones orgánicas, sociales y emocionales del paciente, quien requerirá en un momento dado de largos periodos de hospitalización, con lo que definitivamente se modifica su vida y las de sus familiares. Al ponerse en riesgo la vida del enfermo o enfrentar diferentes niveles de incapacidad, la familia debe experimentar cambios y ajustes en sus actividades y funciones diarias que, si no son favorables, llevarán a enfermar a los demás familiares (estrés, depresión, hipertensión, gastritis, colitis, anemia, afecciones pulmonares, etc.). La familia también sufre cambios por la carencia de atención que recibe; de hecho, los principales apoyos de que goza son los médicos o los enfocados al cuidado del enfermo, pero pocas veces hay interés en apoyar a sus demás miembros. Existen instituciones donde se apoya a la familia por los cambios que inevitablemente sufrirá el enfermo, pero acerca de cómo enseñarle a adaptarse a las nuevas situaciones y obligados ajustes todavía queda mucho camino por recorrer.

Como plantea Aguilar Rivera y et al²⁹, en su artículo de investigación “Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal”, hace referencia a que existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica: a) la interacción con el paciente con el profesional de salud, b) el régimen terapéutico, c) las características de la enfermedad y, d) los aspectos psicosociales del paciente. El régimen terapéutico constituye un elemento determinante sustantivo para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica, y mientras más complejo sea un tratamiento (especialmente si existen cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia

del paciente. Entre los diversos factores psicosociales se ha observado que el apoyo familiar influye considerablemente para incrementar o disminuir la adherencia terapéutica, ya que en sus resultados de su investigación predominó el apego al tratamiento en pacientes con familias funcionales y autoestima media alta, observando que a mejor funcionalidad familiar y mayor nivel de autoestima más apego al tratamiento.

Ruiz de Guana R et al³⁰, menciona que la situación familiar en los pacientes en tratamiento con Diálisis Peritoneal tiene dos vertientes importantes: a) El papel de la familia como soporte físico y psicológico de los pacientes, y b) El papel de la familia como clave en las medidas terapéuticas. Ya que las terapias dialíticas pueden tener serias implicaciones en la vida de las personas a partir de las exigencias y necesidades derivadas de realizar importantes cambios en los hábitos y estilos de vida a partir de la dependencia a una máquina (en diálisis peritoneal automatizada o en la hemodiálisis) y al equipo médico; por las restricciones dietéticas, tratamiento multifarmacológico, las complicaciones derivadas del acceso vascular y las dificultades presentes para replantear y planificar el futuro (Ning, Ling-Hua y Tao, 2007). Adicionalmente, situaciones de alarma que a menudo exigen hospitalización tales como la ocurrencia de episodios de peritonitis, principal causa de hospitalización en diálisis peritoneal, o la generación de enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes bajo HD (Ai-Hua et al. 2007), confrontan al sujeto y lo actualizan con respecto a la posibilidad de morir (Panagopoulou, Hardalias, Berati y Fortounas, 2009). El vivir con una enfermedad crónica como lo es la insuficiencia renal requiere de largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control. En este sentido, se ha encontrado que en la mayoría de los casos es la propia familia quien cuida al paciente, convirtiéndose así en su principal red de apoyo (González, 2012; Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010; Barrera, Blanco, Figueroa, Pinto y Sánchez, 2006) citado por Montero López Lena M. et al²³, en su investigación "Familia e insuficiencia renal crónica terminal" revela que cuando se indagó con los pacientes, qué tanto había afectado la DPCA la vida cotidiana de la familia, el 40% afirmó que el impacto había sido mínimo. Sin

embargo, el otro 40% menciona que las alteraciones de las actividades de la vida cotidiana de los miembros de la familia sí solía provocar molestias y conflictos entre ellos, sobre todo con respecto a su autonomía, su independencia y la administración de su tiempo libre. Un 20% adicional reportó una afectación significativa tanto en la comunicación (agresiones, proliferación de posiciones unilaterales, etc.), en las relaciones entre los miembros (conflictos, rencillas constantes) e incluso una cierta separación con los hijos con respecto a los padres cuando estos resultaban ser los pacientes. Por otra parte, el 25% de los cuidadores dijo enfáticamente no sentir que la enfermedad afectara de alguna manera la dinámica familiar puesto que todos los miembros de la familia realizaban “con gusto” las nuevas tareas encomendadas para el cuidado del enfermo (la limpieza del hogar o de la habitación de diálisis, recoger medicamentos en la clínica correspondiente, estar al pendiente de los horarios de toma de medicamentos, realización del procedimiento de diálisis, acompañar a las consultas médicas, manutención económica, higiene personal, alimentación y distracción, ésta última solía incluir actividades físicas sugeridas por el médico. En contraste, el 42% mencionó que el cambio sustancial en las actividades cotidianas (y en especial la modificación horarios, así como el aumento en las responsabilidades para el manejo de los instrumentos de medición y curación del paciente) les causaba problemas que derivan en discusiones ocasionales e incomodidades tales como rezagos laborales o modificación del patrón de sueño diario: en este sentido, el 8% de los cuidadores expresó que en un primer momento y debido al diagnóstico, habían experimentado múltiples dificultades para dar seguimiento a los cambios y a la administración de nuevas tareas; en ocasiones eran los hijos quienes debían tomar las decisiones con respecto a la salud del paciente. Al cuestionar a pacientes y cuidadores acerca de los efectos negativos del procedimiento de DPCA en la familia, el 50% de los pacientes contestaron que en su relación familiar no era posible encontrar efectos negativos puesto que se habían aceptado de muy buen modo las nuevas condiciones a las que se ajustarían como grupo; que la DPCA se vivía en un ambiente de tolerancia y comunicación abierta, tratando con esto llevar a cabo una vida “normal”. El otro 40% de los pacientes hizo énfasis en la disminución de la comunicación y el aumento de los conflictos tales

como peleas, malentendidos y discusiones frecuentes, también sentían que sus hijos no mostraban interés por todo lo que a ellos les estaba sucediendo y percibían poca participación en su cuidado, lo cual les hacía sentir miedo, ansiedad y preocupación por su propia muerte. El 10% restante dijo que el cambio en las actividades, la falta de independencia o las restricciones en la realización de algunos trabajos les ha traído incomodidades personales como la sensación de rechazo, reclamos o actitudes poco cordiales por parte de sus familiares. Por último, al buscar los aspectos positivos a partir de la diálisis, fue posible ver que el 60% del grupo de pacientes perciben una mayor unión afectiva entre toda la familia, el 40% restante dijeron no encontrar aspectos positivos.

Mientras que O'Brien ME, citado por Carballo Monreal M et al³¹, da a conocer específicamente la evaluación durante nueve años el apoyo familiar en pacientes con terapia sustitutiva de la función renal, observándose correlación fuertemente positiva durante los primeros tres años de seguimiento entre el apoyo familiar y el apego al régimen terapéutico, permaneciendo ésta, aunque menos intensa, hasta el final de estudio. Se pudo concluir que existe una correlación positiva muy estrecha entre éste y el adecuado régimen terapéutico, no siendo influenciada por situaciones tales como nivel socioeconómico de la familia y otras variables sociodemográficas. Inclusive se demostró que existía mayor tasa de mortalidad y baja adherencia terapéutica entre los pacientes que carecían de apoyo familiar.

Es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que, al tratarse de un evento inesperado, exige cambios en el sistema (Spilkin & Ballantyne, 2007). La interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia, la disminución en la productividad, entre otras (Checton, Greene, Magsamen-Conrad, & Venetis, 2012; Parekh, Vandelanotte, King, & Boyle, 2012). Además los recursos psicosociales, en la forma de apoyo social, juegan un papel importante en el manejo y retardo de la progresión de una variedad de

enfermedades crónicas degenerativas (Dinicola, Julian, Gregorich, Blanc, & Katz, 2013), es importante exponer que se ha encontrado que la relación que se establece entre el familiar que adopta el rol de cuidador y el paciente está basada en el compromiso que implica habilidades, responsabilidades, toma de decisiones, aprendizajes, enseñanzas, estrategias para manejo del tiempo, expandir la labor de cuidar y el rechazo a la posibilidad de rendirse (Chaparro, 2011), citado por Orozco Gómez et al³².

Por último, Dilla Tatiana et al³³, hace referencia en su artículo de investigación estrategias dirigidas a mejorar la adherencia, tales como:

- De apoyo social y familiar: las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (p. ej., programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación coste-beneficio, etc.), y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.
- Dirigidas al profesional sanitario, la administración y la industria farmacéutica: tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educativos sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. En lo que respecta a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y el desarrollo de formulaciones alternativas que permitan simplificar la posología o facilitar la administración de medicamentos.

JUSTIFICACIÓN

Con base a la experiencia del personal de enfermería incluyendo la pasantía durante el servicio social durante la práctica clínica, se ha identificado que no se le da realmente la importancia o se va perdiendo interés de relación enfermero/a-paciente así como la integración de las redes de apoyo por parte del paciente que está cursando su tratamiento en beneficio a su estado de salud, la empatía, el apoyo emocional que se brinda al usuario y al familiar que está pasando por un momento difícil, se va ignorando como afecta o repercute en ellos de forma psicológica alterando su estado emocional. Perales Montilla et al²⁶, en su artículo de investigación define la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como la evaluación que lleva acabo el individuo respecto a su grado de funcionamiento en la realización de actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional. Por otra parte, el tratamiento de diálisis genera diversos cambios en la vida del paciente que, de no ser atendidos, puede disminuir la CVRS. Vinaccia & Orozco (2005) citado por Diaz Soto et al²², menciona el caso de la Enfermedad Renal Crónica, la alteración emocional es uno de los principales factores que influyen en el deterioro del paciente, dado que exige del individuo procesos de adaptación social, familiar y laboral, en los cuales se observa la expresión de emociones negativas tales como la ansiedad, el miedo y la ira.

Por lo anterior, el motivo de investigación es determinar si existe relación entre los factores psicosociales a la adherencia en el tratamiento de diálisis peritoneal en los pacientes del HGZ No. 194, ya que los resultados obtenidos nos podrán ayudar a una contribución de mejoría en la práctica profesional con el cuidado directo del paciente y las redes de apoyo que requerirá a lo largo de su estancia hospitalaria como en su domicilio, llevando a cabo un buen tratamiento y cuidado personal desde el momento en el que es diagnosticada la patología. Con base al programa de diálisis peritoneal (DP) impartido en la institución correspondiente, además como ya se había mencionado anteriormente, un programa de enseñanza se centra en el paciente y este requiere una planificación de actividades de sensibilización,

adherencia, aprendizaje y apoyo. La motivación es fundamental y siempre se acompaña de la seguridad que debe darse al paciente y su familia ante situaciones que son nuevas para ambos, ya que una actitud motivadora facilita la relación enfermera-paciente-familiar, y permite formar equipos sólidos en cada núcleo familiar. Una vez que el paciente se encuentra en el programa de DP será necesario que el paciente pueda alcanzar el máximo grado de autonomía posible y realizar por sí mismo los cuidados necesarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad Renal Crónica se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular (GFR) de menos de 60 mL/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente.

Los factores de riesgo para el desarrollo y progresión de la Enfermedad Renal Crónica incluyen: un bajo número de nefronas al nacer, pérdida de nefronas debido al incremento en la edad, y daño renal agudo o crónico causado por exposiciones tóxicas o enfermedades (por ejemplo, obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2) (*Romagnani P, 2017*). Existe además una fuerte evidencia de asociación de diversos factores tanto para el inicio como para la progresión de la ERC. Se pueden dividir en: Factores de susceptibilidad (incrementan posibilidad de daño renal), factores iniciadores (inician directamente el daño renal), factores de progresión (empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional) y factores de estadio final (incrementan la morbimortalidad en situación de daño renal) (*Levey AS, 2009*).

Actualmente, en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida en frecuencia por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. (*Amato D, 2005/Méndez-Duran A, 2010*).

La prevalencia de ERC en México (de acuerdo con información del estado de Jalisco del 2012) es de 1,409 pacientes por cada 1,000,000 de habitantes (14%). Del 2006 al 2012 la prevalencia reportada aumento un 45.7%, de los cuales el 88.3% requirió

de diálisis. Por lo que en México la ERC es una de las principales causas de hospitalización y atención de urgencias; el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Datos recientes del IMSS demuestran una población de 59,754 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales 35,299 se encuentran en diálisis peritoneal (59%) y 24, 455 en hemodiálisis (41%); las principales causas relacionadas en la población adulta son: diabetes mellitus con 53.4%, hipertensión arterial 35.5% y glomerulopatías crónicas 4.2%; los grupos de edad mayormente afectados son los mayores de 40 años.

La terapia de reemplazo renal (TRR) incluye la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal. México, es un país en el que históricamente ha predominado el uso de diálisis peritoneal, aunque recientemente se ha dado impulso a la hemodiálisis. El trasplante renal es la mejor opción de tratamiento para la ERC; no obstante, en nuestro país esta no es una solución viable debido a la falta de donaciones, los altos costos iniciales y el nivel de deterioro orgánico que presentan los pacientes por las enfermedades primarias (López-Cervantes M, 2009). A nivel internacional existen alrededor de 33, 000 pacientes con insuficiencia renal de los cuales 80% se encuentran en diálisis peritoneal (DP) tratamiento de primera opción para esta patología (IMSS, 2013).

Sin embargo, a pesar de las mejoras de la técnica de DP las complicaciones como la infección del sitio de salida y la peritonitis permanecen como las razones más importantes de la remoción del catéter y el abandono de la DP en pacientes crónicos (Mahajan S. 2005).

- Contar o no con apoyo va a tener unas repercusiones importantes sobre la salud de los individuos. Existe actualmente evidencias considerables de que la disponibilidad de apoyo a menudo funciona como un amortiguador del estrés, ayuda al afrontamiento y resulta beneficioso para la salud (Novel, 1991) (Sarason, 1999). Es decir que a falta de una red de apoyo siendo principalmente la familia, al no presentar este tipo de apoyo social se debilita la adherencia al tratamiento de DP. Tal como menciona Aguilar Rivera y et al³⁰, en su artículo de investigación entre los diversos factores psicosociales

se ha observado que el apoyo familiar influye considerablemente para incrementar o disminuir la adherencia terapéutica, ya que en sus resultados de su investigación predominó el apego al tratamiento en pacientes con familias funcionales (162:55.9%) y autoestima media alta predominó en 149 (51.4%), observando que a mejor funcionalidad familiar y mayor nivel de autoestima más apego al tratamiento. Como afirma la Dra. Puerta Ramírez, la familia es un pilar básico y sin su participación difícilmente se va a alcanzar los objetivos del plan de cuidados, ya sean curativos o paliativos. Según el apoyo y el soporte familiar podremos predecir cómo será la adaptación del enfermo, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que pueden ir surgiendo. Igualmente, la familia tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso de enfermedad e incapacidad, citado por Esteban Sobreviola et al¹⁸. De tal manera que en la presente investigación nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la importancia de la red de apoyo como factor psicosocial en la adherencia al tratamiento de Diálisis Peritoneal en pacientes del Hospital General de Zona No.194?

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la importancia de la red de apoyo como factor psicosocial en la adherencia al tratamiento de Diálisis Peritoneal en pacientes del Hospital General de Zona No.194?

OBJETIVO DE ESTUDIO

General

- Analizar la importancia de la red de apoyo como factor psicosocial en la adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal en pacientes del Hospital General de Zona No. 194.

Específicos

- Identificar emociones y sentimientos del paciente al ser diagnosticado por la patología y el tratamiento que se llevara a cabo.
- Identificar si existe una red de apoyo tanto en el núcleo familiar, así como el institucional en el paciente con ERC.
- Determinar la principal red de apoyo recibida por el paciente.
- Clasificar los factores psicosociales para determinar la importancia en el apoyo de pacientes con tratamiento de Diálisis Peritoneal.

HIPÓTESIS DESCRIPTIVA

Se ha reportado en diversos estudios que la falta de una red de apoyo principalmente el de la familia, debilita la adherencia al tratamiento de DP, ya que la familia es considerada el pilar básico para la provisión de cuidados del paciente crónico (terminales oncológicos, pacientes con patologías crónicas en estadios avanzados, inmovilizados o con limitación funcional). Sin su participación difícilmente se va a alcanzar los objetivos del plan de cuidados, ya sean curativos o paliativos, por tanto, en el presente trabajo la red de apoyo es un factor importante para la adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal en pacientes del hospital general de zona no.194.

La Red de Apoyo es un factor importante para la adherencia al tratamiento de Diálisis Peritoneal en pacientes del Hospital General de Zona No.194.

METODOLOGÍA

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona No. 194 “Lic. Ignacio García Téllez”, que corresponde al 2do nivel de atención delegacional 16 poniente que atiende a la población del estado de Naucalpan, en el servicio de DPCA (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) que se encuentra dentro del hospital en un periodo aproximado de 4 meses de marzo-junio del 2019.

Se selecciono una muestra por conveniencia de 40 pacientes a partir de una población finita de 160 pacientes. Para la selección de la muestra se tomaron como criterios de inclusión: pacientes de 40 a 70 de edad que se encuentren en el programa de DPCA (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) y manejo de DP manual con bolsa gemela, como criterios de exclusión: Pacientes con edad menor de 40 años, que se encuentren en programa de Hemodiálisis y manejo de DP con máquina, así como criterios de eliminación: pacientes que no se encuentren dentro del programa de DPCA y encuestas no cubiertas en su totalidad.

Fue un estudio de tipo no experimental siguiendo un diseño descriptivo prospectivo, el cual para la obtención de datos se tuvo que diseñar un instrumento (cuestionario) auto diligenciado con 25 ítems tipo escala (ver anexo) con base a las variables y dimensiones, donde se tomaron en cuenta las definiciones conceptuales que aparecen en la siguiente tabla (tabla 1), así mismo el cuestionario se realizó con base en los antecedentes apoyado de algunos autores como Carballo et al (2008), Dilla et al (2009), Orozco Gómez et al (2015), Forero Villalobos et al (2017) y Aguilar Rivera et al (2014). Quienes en sus estudios o investigaciones consideran la importancia de un apego familiar, apego al tratamiento, adherencia a la técnica dialítica, así como cambios generados por la presencia de una patología como reacciones a nivel emocional y de autoestima.

La cual se compone de cuatro dimensiones:1) emociones y sentimientos que presenta el paciente al ser diagnosticado,2) red de apoyo familiar con el que cuentan, 3) calidad en la técnica de DP y 4) red de apoyo familiar e institucional con el que cuenta, así como la recopilación de datos sociodemográficos (ver Anexo), el cual se aplicó en forma piloto a la población de DPCA del HGZ No.194. Posteriormente se aplicó nuevamente el instrumento con previo consentimiento informado. Fue capturado y analizado en el programa de Microsoft 365 Excel, se usaron tablas para el diseño de gráficas donde se consideraron estadísticas descriptivas, es decir solo frecuencias y promedios.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Cuadro de operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE
Factor Psicosocial	Es un elemento que se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad, accionar individual analizado desde los aspectos sociales. Esta conducta tiene la capacidad para afectar tanto el bienestar o la salud (física, psíquica o social) de la persona.	Conductas humanas que involucran sentimientos y emociones en el paciente bajo el cuidado y tratamiento de su enfermedad.	Confusión Negación/enojo Depresión Culpa Aceptación	Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Cualitativa politémica ordinal
Red de apoyo	Es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien. La idea suele referirse a un conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna cosa.	Uno o varias personas que apoyan en el cuidado del paciente, en la técnica de diálisis.	Familia *Esposo/a *Madre/padre *Hijo/a *Usted mismo *Otro Personal de salud *Medicina *Enfermería *Nutrición *Trabajo social *Tanatología *Psicología	Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Cualitativa politémica ordinal

Adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal	El apego al tratamiento de acuerdo con el programa prescrito; y la persistencia a lo largo del tiempo. Mediante un procedimiento que se realiza a los pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica Extrema.	Realizar de manera correcta las indicaciones medicas en tiempo y forma con base al procedimiento de diálisis peritoneal que se realiza a pacientes con IRC	Calidad en el procedimiento: *Horarios *Cambio de bolsa *Cumplimiento de todos los pasos	Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Cualitativa politémica ordinal
---	---	--	---	---	--------------------------------------

Para la investigación se obtuvo la autorización de la coordinación de enseñanza de dicho hospital, así como la del servicio de DPCA y el personal de enfermería. En conjunto con los aspectos éticos se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en el capítulo 1, en el artículo 17 se determina que dicha investigación es de Riesgo mínimo ya que se manipula al sujeto de estudio con pruebas psicológicas, con base en lo que establece la Ley general de Salud título quinto, capítulo único, artículo 100 fracción IV, que se refiere al consentimiento informado de los sujetos implicados en una investigación y la Elaborando un documento con las especificaciones del consentimiento informado (ver Anexo), una vez que los participantes fueron informados y aceptaron participar en la investigación a través de su firma en dicho formato, cabe señalar que el nombre real de los participantes no fue mencionado para respetar el principio de confidencialidad.

RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados obtenidos del instrumento que se aplicó a los pacientes de DPCA del Hospital General de Zona No. 194.

En la figura 1 se presenta la frecuencia de sentimientos y emociones en la que los pacientes se sintieron al enterarse de su patología y el tratamiento que llevarían a cabo. El 57.5% (23) de los pacientes refieren haber aceptado su enfermedad, sin embargo, la frecuencia con la que la refieren es solo algunas veces. Mientras que depresión y confusión son dos estados con mayor frecuencia de 42.5% (17) con depresión y 37.5% (15) con confusión que llegan a presentar estos pacientes, teniendo una sensación de vacío y tristeza continua frente a un cambio que se hace evidente sin que puedan negarlo o eludirlo.

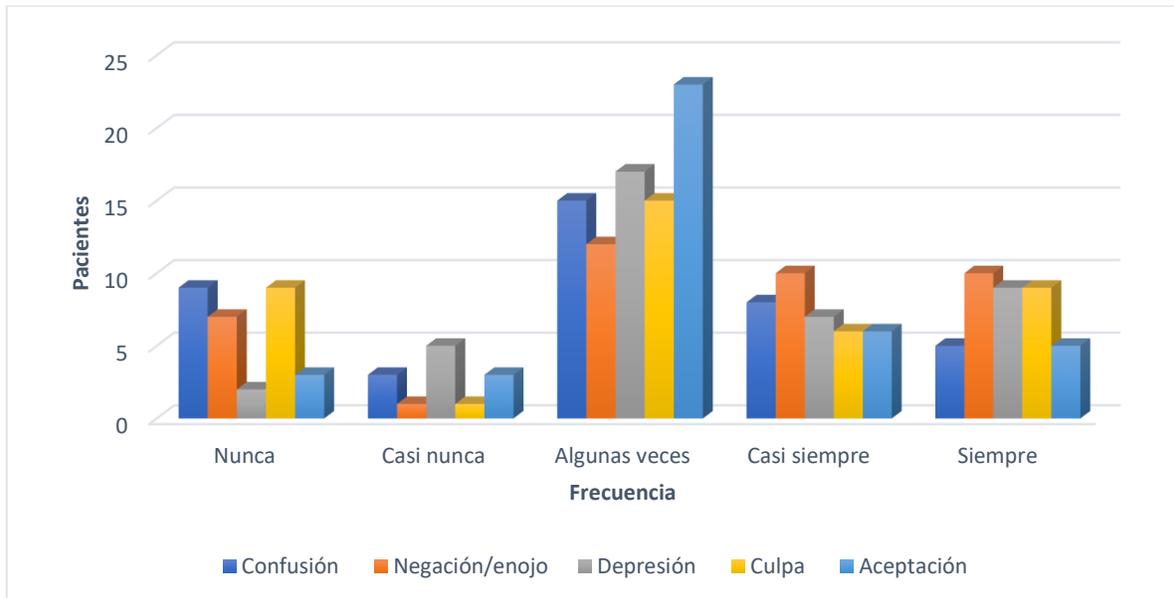


Figura 1. Emociones y sentimientos de los pacientes al ser diagnosticados y el tratamiento que se llevara a cabo.

Por otro lado, en la figura 2 se observa que el 85% (34) de los pacientes refieren contar una red de apoyo mientras que el otro 15% (6) no cuentan con ello, estos son en su mayoría son el/la esposo/a e hijos quienes son los cuidadores primarios que son los que reciben la capacitación para realizar el tratamiento de diálisis peritoneal. Sin embargo, muchos de ellos mencionaban el abandono de alguno de los cuidadores, ya que, por falta de tiempo, actividades y otras responsabilidades llegaban a abandonar el papel de cuidador primario.

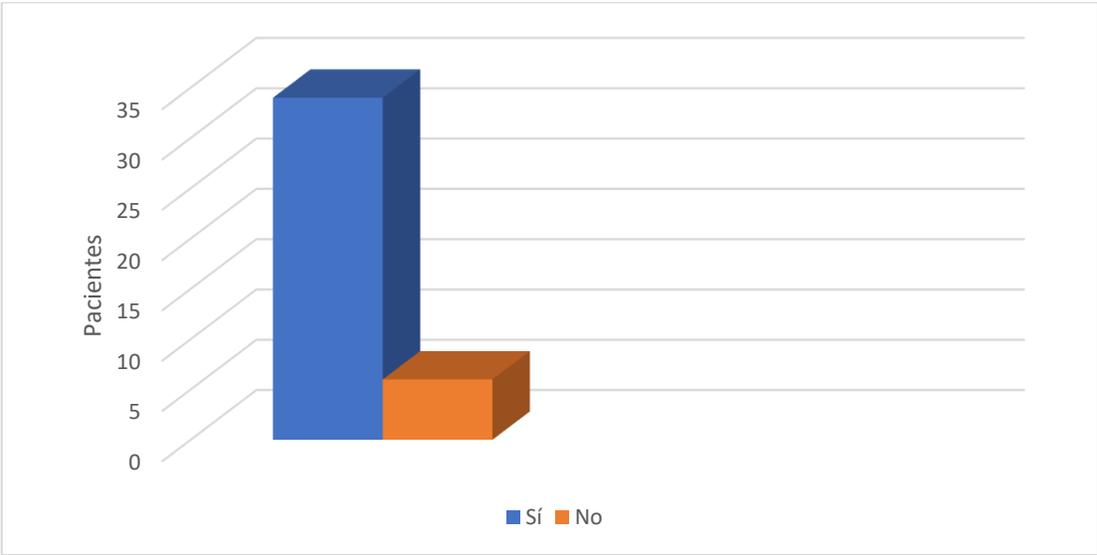


Figura 2. Respuestas en relación con que si cuentan o no con una red de apoyo los pacientes del HGZ No.194.

A continuación, se muestra en la figura 3 se muestra el apego al tratamiento donde 82.5% (33) pacientes refieren tener siempre un horario estricto, el 87.5% (35) cumple siempre con todos los pasos de la técnica de diálisis y el 95% (38) siempre realiza la vigilancia del orificio de salida y cuidado del catéter. Cabe mencionar que estas actividades las llega a realizar el cuidador principal o el mismo paciente en caso de no contar con una red de apoyo en el momento de realizar el tratamiento de diálisis.

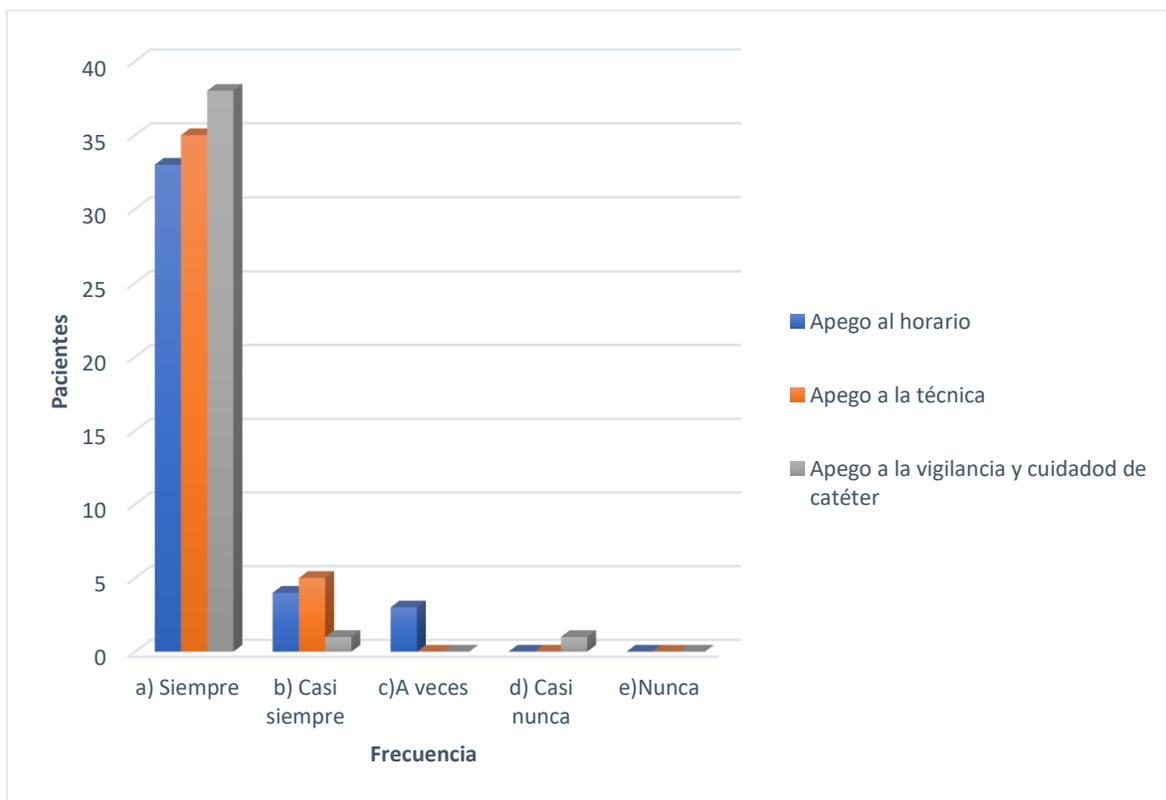


Figura 3. Calidad en el apego de la técnica dialítica, cuidado y vigilancia del catéter para una buena adherencia al tratamiento en la DP.

Ahora bien en la figura 4 se muestra el 25% (10) de los pacientes consideran haber recibido apoyo por parte el personal de medicina, mientras que el 15% (6) considera nunca haber recibido apoyo por parte de ellos, el 60% (24) de los pacientes consideran siempre haber recibido apoyo por parte del personal de enfermería, mientras que el 2.5% (1) considera que algunas veces recibieron apoyo, un 27.5% (11) consideran que solo algunas veces recibieron apoyo por parte del el servicio de nutrición mientras que el 15% (6) consideran que recibieron apoyo casi siempre. El 45% (18) de los pacientes consideran que siempre recibieron apoyo por parte de trabajo social, mientras que el 20% (8) consideran casi nunca haber recibido apoyo. En cuanto al 37.5% (15) de los pacientes consideran que casi nunca recibieron apoyo psicológico mientras que el 12.5% (5) consideran siempre haber recibido apoyo. Por último, se observa que el 20% (8) considera algunas veces haber recibido apoyo tanatológico, mientras que el 42.5% considera nunca haber recibido apoyo.

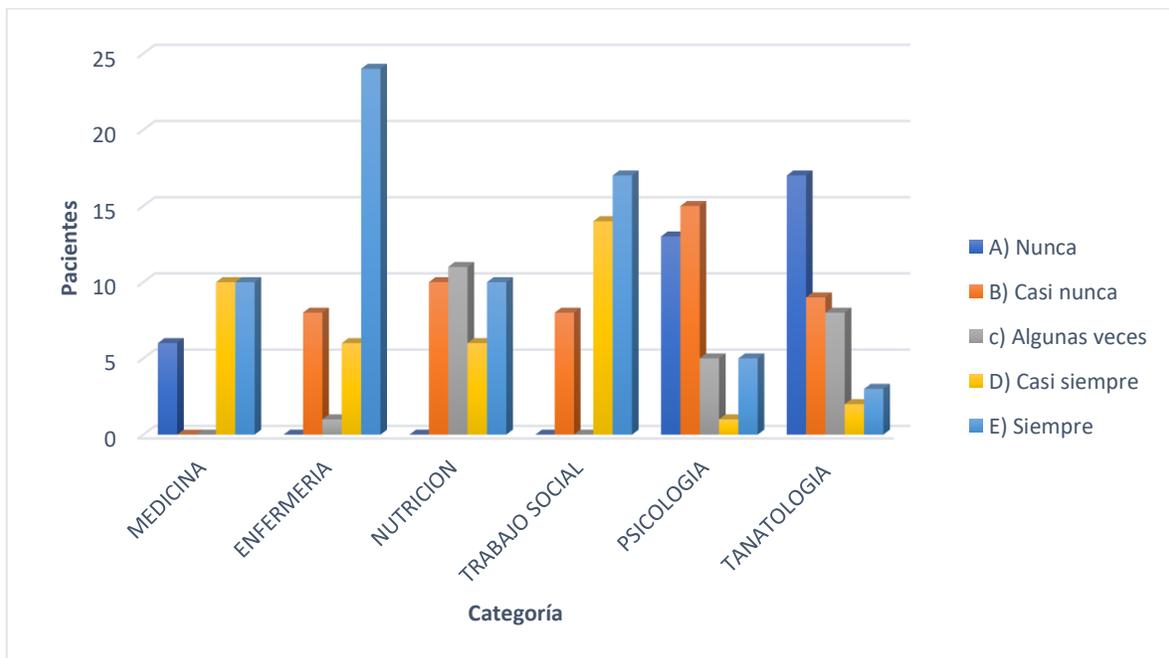


Figura 4. Apoyo recibido por parte del personal de salud del HGZ No. 194.

Para finalizar, en las figuras 5 y 6 se muestra la relación que tiene el paciente con el personal de salud y con la familia, siendo este con un 45% (18) considera una excelente relación con el personal de salud, mientras que el 5% (2) considera que es regular. Por otra parte, el 57.5% (23) de los pacientes considera tener una excelente relación con su familia y el otro 15% (6) refiere mantener una relación regular.

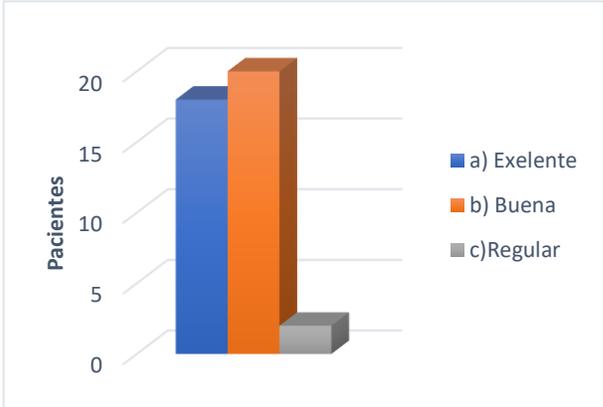


Figura 5. Como considera el paciente su relación con el personal de salud.

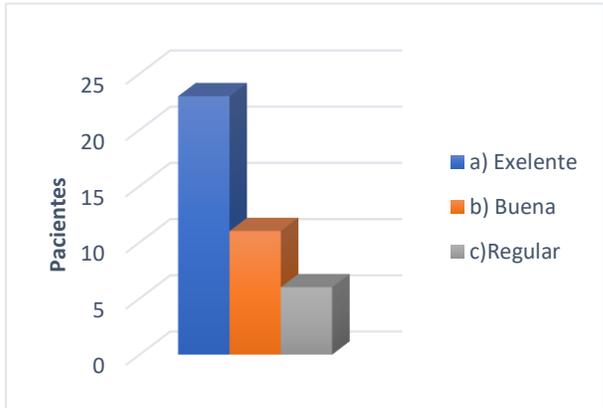


Figura 6. Como considera el paciente su relación con su familia.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del instrumento aplicado encontramos datos relevantes sobre la importancia de contar con una red de apoyo. En la figura 2 se observa que el 85% (34) de los pacientes refieren contar una red de apoyo mientras que el otro 15% (6) no cuentan con ello, estos son en su mayoría son el/la esposo/a e hijos quienes son los cuidadores primarios que son los que reciben la capacitación para realizar el tratamiento de diálisis peritoneal. Sin embargo, muchos de ellos mencionaban el abandono de alguno de los cuidadores, ya que, por falta de tiempo, actividades y otras responsabilidades llegaban a abandonar el papel de cuidador primario, así como el tiempo que se le dedica al tratamiento de DP ya que es muy desgastante para ellos. Tal como lo señala Reyes Luna A et al. (2010)²⁹ en su artículo de investigación “Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas” menciona que la familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador, que en la mayoría de las ocasiones son mujeres (madre, hija o hermana), quienes a la vez se vuelven vulnerables física y emocionalmente.

Por ello uno de los requisitos al ingresar al programa de DPCA es contar con mínimo 2 redes de apoyo, pese a estas situaciones que se llegan a presentar. El abandono del tratamiento complica el estado de salud del paciente por lo que implica el reingreso hospitalario del paciente como consecuencia a una peritonitis, así mismo esto implica por cada ingreso hospitalario gastos y costos al tratamiento y cuidado del paciente, no solo a la unidad hospitalaria sino también a la familia.

Podemos identificar si realmente se lleva a cabo un buen apego al tratamiento de DP como lo muestra en la figura 3 donde 82.5% (33) pacientes refieren tener siempre un horario estricto, el 87.5% (35) cumple siempre con todos los pasos de la técnica de diálisis y el 95% (38) siempre realiza la vigilancia del orificio de salida y cuidado del catéter. Cabe mencionar que estas actividades las llega a realizar el

cuidador principal o el mismo paciente en caso de no contar con una red de apoyo en el momento de realizar el tratamiento de diálisis. Como menciona Díaz Soto M et al. (2017)²² una de las mayores dificultades en la ERC, se encuentra a nivel de una adherencia completa al tratamiento y los comportamientos de los pacientes implicados en el seguimiento de las indicaciones médicas convenidas con el equipo de salud. Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba con esta investigación que la adherencia, resultado conductual del paciente, puede ser modificada por variables cognitivas, emocionales y sociales de la calidad de vida.

Esto se puede observar en los resultados de la figura 1 donde se presentan la frecuencia de sentimientos y emociones en la que los pacientes se sintieron al enterarse de su patología y el tratamiento que llevarían a cabo. El 57.5% (23) de los pacientes refieren haber aceptado su enfermedad, sin embargo, la frecuencia con la que la refieren es solo algunas veces. Esto explica una de las etapas de duelo que manifiestan continuamente, llegar al estado de aceptación de la enfermedad. El estado de aceptación es asumir que hay una nueva realidad y que debemos aprender a vivir con ella. Mientras que depresión y confusión son dos estados con mayor frecuencia de 42.5% (17) con depresión y 37.5% (15) con confusión que llegan a presentar estos pacientes, teniendo una sensación de vacío y tristeza continua frente a un cambio que se hace evidente sin que puedan negarlo o eludirlo. Como ya se ha mencionado antes, los tratamientos sustitutivos de la IRC garantizan la supervivencia, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social, por lo que estos aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento de IRC. Es sabido que la presencia de un trastorno emocional (e. g., depresión, desesperanza, ansiedad) suele mediar la evolución de la enfermedad a través de su impacto en la adherencia terapéutica, lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional lo cual plantea un círculo vicioso de importancia (García H, et al. 2008). Caporale B. (2011) ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con DPCA. Se ha destacado la frecuencia de desesperanza, depresión, ansiedad, enojo, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento

social; alteración de la autopercepción, irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo (García H, et al. 2008 y Alarcón Rosales MA., 2007).

Por otra parte, en la figura 4 se muestra el apoyo al paciente por parte del personal de salud en donde se muestra el 25% (10) de los pacientes consideran haber recibido apoyo por parte el personal de medicina, mientras que el 15% (6) considera nunca haber recibido apoyo por parte de ellos, el 60% (24) de los pacientes consideran siempre haber recibido apoyo por parte del personal de enfermería, mientras que el 2.5% (1) considera que algunas veces recibieron apoyo, un 27.5% (11) consideran que solo algunas veces recibieron apoyo por parte del el servicio de nutrición mientras que el 15% (6) consideran que recibieron apoyo casi siempre. El 45% (18) de los pacientes consideran que siempre recibieron apoyo por parte de trabajo social, mientras que el 20% (8) consideran casi nunca haber recibido apoyo. En cuanto al 37.5% (15) de los pacientes consideran que casi nunca recibieron apoyo psicológico mientras que el 12.5% (5) consideran siempre haber recibido apoyo. Por último, se observa que el 20% (8) considera algunas veces haber recibido apoyo tanatológico, mientras que el 42.5% considera nunca haber recibido apoyo. Como menciona Dilla Tatiana (2009)³⁴ en su artículo de investigación estrategias dirigidas a mejorar la adherencia, dirigidas al profesional sanitario, la administración y la industria farmacéutica: tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educacionales sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al personal médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. Puesto que somos de igual manera que la familia una red de apoyo para el paciente a nivel institucional, ya que de nosotros depende la evolución y calidad de vida del paciente, tenemos que orientarlo y capacitarlo en cualquier duda que presente durante su estancia hospitalaria, desde su diagnóstico, tratamiento y evolución con su patología.

A demás los recursos psicosociales, en la forma de apoyo social, juegan un papel importante en el manejo y retardo de la progresión de una variedad de enfermedades crónicas degenerativas (Dinicola, Julian, Gregorich, Blanc, & Katz,

2013), es importante exponer que se ha encontrado que la relación que se establece entre el familiar que adopta el rol de cuidador y el paciente está basada en el compromiso que implica habilidades, responsabilidades, toma de decisiones, aprendizajes, enseñanzas, estrategias para manejo del tiempo, expandir la labor de cuidar y el rechazo a la posibilidad de rendirse (Chaparro, 2011), citado por Orozco Gómez A, et al. (2015)³³.

Como en las figuras 5 y 6 se muestra la relación que tiene el paciente con el personal de salud y con la familia, siendo este con un 45% (18) considera una excelente relación con el personal de salud, mientras que el 5% (2) considera que es regular. Por otra parte, el 57.5% (23) de los pacientes considera tener una excelente relación con su familia y el otro 15% (6) refiere mantener una relación regular. Esto se puede afirmar con los resultados obtenidos en la ítem 24 que hace referencia a la importancia de contar con redes de apoyo como la familia, conocidos y personal de salud, en donde el 100% (40) de los pacientes afirma que si es importante, como menciona Forero Villalobos et al. (2017)²⁰ en su artículo de investigación describen los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente con diálisis peritoneal los cuales se clasifican en términos generales, principalmente en cuatro áreas: adherencia a la nutrición, a la técnica dialítica, a la medicación y al manejo de fluidos. Sin embargo, dentro de la adherencia farmacológica se encuentran también principales predictores de la falta de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas como lo son: complejidad del tratamiento, efectos adversos de la medicación, inadecuada relación médico-paciente, atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores, enfermedad asintomática, seguimiento inadecuado o ausencia del plan terapéutico al alta, falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente, falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, deterioro cognitivo, presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión, dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos y costo de la medicación, mientras que Martínez Vega A. et al. (2010)²¹ menciona otros factores como: la indiferencia en su autocuidado, falta de conocimiento acerca de conductas que fomenten el

mismo, situación económica del paciente, desconocimiento de los procesos patológicos y por lo tanto la falta de comprensión de su estado de salud. Estas circunstancias propician al paciente delegue el restablecimiento de su salud en el prestador de servicios sin participar de ello, en la mayoría de las ocasiones, por una falta de conocimiento y familiarización tanto con su enfermedad, como con el personal de salud.

Escuchar del paciente su propio punto de vista, tomarlo en cuenta y darle poder de decisión, es un esfuerzo por fortalecer el compromiso del equipo de salud por mejorar el tratamiento, reforzando su confianza y cooperación en la búsqueda de una mejora en su calidad de vida.

Esta investigación coincide con otras investigaciones previas, ya que se pudo confirmar la hipótesis de: La Red de Apoyo es un factor importante para la adherencia al tratamiento de Diálisis Peritoneal en pacientes del Hospital General de Zona No.194, donde se pudo identificar y analizar los diferentes factores sociales que conllevan a tener una buena calidad en el tratamiento en la DP.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación permiten afirmar que la diálisis peritoneal llega a ser una barrera en la calidad de vida del paciente renal, principalmente el contar con una red de apoyo. Ya que esta puede repercutir de forma positiva o negativa en el ámbito social, en funciones a nivel orgánicas y físicas, económicas y emocionalmente, de esto depende que el paciente tenga una buena o mala calidad de vida. Es importante la familia como la principal red de apoyo como ya se ha mencionado antes, sin embargo, no se debe olvidar el gran papel con el que cuenta el personal de salud (médicos, enfermeras, nutrición, trabajo social, psicología y tanatología) donde tenemos que trabajar como equipo multidisciplinario educando, orientando, capacitando y vigilando tanto su estado de salud del paciente, así como la técnica dialítica y evaluar constantemente, para poder aclarar y retroalimentar cualquier duda que el paciente tenga en cuanto a su patología y lo que conlleva un tratamiento como la diálisis peritoneal, para que ellos tengan esa seguridad, conocimiento y autoestima de poder seguir adelante pese a su situación actual de salud. Que no ocasione en ellos pensamientos negativos como: dializarse signifique para ellos “morir”, sino que el llevar a cabo un buen tratamiento y una técnica dialítica adecuada con todos sus cuidados signifique para ellos una nueva oportunidad de vida y puedan seguir adelante al lado de su familia, amigos o cualquier ser querido, sintiéndose más seguros y tranquilos sobre su tratamiento.

Dentro de la investigación se identificaron diversos aspectos en los cuales el personal del área de la salud a nivel hospitalario tiene que trabajar mucho, si bien a lo largo de los años se nos ha hablado durante toda nuestra formación sobre el cuidado holístico, es importante no perder este cuidado ya que tiene una dimensión profunda que va más allá de una técnica simple o especializada, de una atención planificada, de recibir un turno o la de una educación rutinaria. Un cuidado holístico implica estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.

Por tanto, la problemática detectada es que los factores psicosociales como la red de apoyo en la técnica de diálisis es uno de los factores influyentes para la adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal en los pacientes del Hospital General de Zona No. 194.

PROPUESTAS

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos sugerir lo siguiente:

- I. La enfermera/o como educadora principal y gestora del interés del paciente por su tratamiento debe identificar factores claves que impidan el éxito de la terapia, algunos de estos pueden ser: el olvido, cansancio y la rutina para esto es importante el refuerzo constante en los contenidos teóricos y prácticos.
- II. Realizar actividades dinámicas que se adopten a las condiciones habituales del paciente, por lo que el apoyo familiar es un factor determinante en la adhesión y lo hace un requisito fundamental para el éxito de esta terapia.
- III. Evaluar de manera constante la técnica de conexión y desconexión, haciendo mayor hincapié en puntos críticos de contaminación.
- IV. Realizar visitas domiciliarias para evaluar el entorno del paciente y si cumple con las características o si estas son más apegadas a un entorno adecuado para la realización de la terapia de DP.
- V. Todo paciente Nefrópata se incluya en el programa de Diálisis Peritoneal el cual debe ser valorado con el personal Tanatología, tanto el paciente como los cuidadores primarios (Red de apoyo), no solo se le debe brindar una consulta, si no llevar a cabo un seguimiento hasta garantizar llegar a la etapa de aceptación del duelo que viven ambos con la pérdida de la salud.
- VI. Capacitar al personal de salud de todas las áreas pertenecientes al Programa de Diálisis Peritoneal, para educar y orientar ante cualquier situación o duda que presenten los pacientes en todas sus esferas, con ética profesional.
- VII. No se excluya al paciente en actividades grupales y familiares que se brindan en el hospital.

REFERENCIAS

- Social, I. M. (2019). *Guías de práctica clínica*. (C. T. Clínica, Ed.) Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GER.pdf>
- Salud, S. d. (2018). *Dirección General de Epidemiología*. Obtenido de <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/perfiles-epid/enf-renal-cronica/perfilepid-enfrenalcronica2018.pdf>
- Tamayo y Orozco, J. A., & Lastiri Quirós, S. H. (2016). *La enfermedad renal crónica en México, hacia una política nacional para enfrentarla*. (Intersistemas, Ed.) México: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Obtenido de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
- Rodríguez Zamora, M. C., & Saucedo Victoria, M. E. (2016). *Diálisis Peritoneal, Enseñanza y Autocuidado*. (U. N. México, Ed.) México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Salud, S. d. (2004). *CENETEC*. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/biomedica/guias_tecnologicas/16gt_dialisis.pdf
- Coronel Diaz , F., & Macía Heras , M. (2012). Indicaciones y modadlidades de diálisis peritoneal. *Nefrología al día* , 581-587.
- General, C. d. (2010). *Guía de Referencia Rápida: Catálogo Maestro de GPC*. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_642_13_intervencionesdeenfendialisis/imss_642_13_intervencionesdeenfendialisisgrr.pdf
- Salud, S. d. (25 de Septiembre de 2014). *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica*. (C. N. Salud, Ed.) Obtenido de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14-DialisisyhemoialisisIRC/727GER.pdf>
- Salud, S. d. (17 de Marzo de 2016). *Catálogo Maestro de Guías de Practica Clínica*. Obtenido de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-797-16/ER.pdf>
- Salud, S. d. (2009). *CENETEC*. (C. N. Salud, Ed.) Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/319_IMSS_10_Peritonitis_infecciosa/EyR_IMSS_319_10.pdf
- Sillas Gonzalez, D., & Jordán Jinez, M. (2011). Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*, 19(2), 67-69. Obtenido de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

- Eugenia, L. L. (2015). *PREVENCIÓN INTEGRAL*. Obtenido de <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2015/influencia-factores-psicosociales-en-salud-percibida-burnout-engagement-personal>
- Gobierno, S. d. (23 de Octubre de 2018). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Guerra, D. (24 de Agosto de 2016). *David Guerra*. Obtenido de <http://www.davidguerra.com.mx/redes-de-apoyo/>
- Fernández, X., & Robles, A. (25 de Octubre de 2007). I informe estado de situación de la persona adulta mayor . Costa Rica: ResearchGate. doi:<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.13140%2FRG.2.1.3344.7123>
- Mujeres, I. N. (Febrero de 2015). *Gobierno de la República*. Obtenido de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf
- Gutiérrez Capulín, R., Díaz Otero, K. Y., & Román Reyes, R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA Ergo Sum*, 23(3). Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf>
- Esteban Sobreviela, J. M., Ramírez Puerto, D., & Sánchez del Corral Usoala, F. (2005). (S. (. Internatinal Marketing & Communication, Ed.) Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
- Ortego, M., López, S., Álvarez, M., & Aparicio, M. (s.f.). *Open Course Ware*. (U. d. Cantabria, Ed.) Obtenido de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema-11.pdf>
- Forero Villalobos, J., Hurtado Castillo, Y., & Barrios Araya, S. (2017). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 20(2). Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v20n2/2255-3517-enfro-20-02-00149.pdf>
- Martínez Vega, A. L., Alberto Bazán, M., & Morales de la Cruz, M. (2010). Factores Favorables para la realización de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el Hogar. *CONAMED*, 15(3), 140-146. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2010/con103d.pdf>

- Díaz Soto, C. M., Présiga Ríos, P. A., & Zapata Rueda, C. M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17-25.
- López Lena, M. M., Rivera Ledesma, A., Zavala Jiménez, S., Chapa Romero, A. C., & Gómez, G. J. (2014). Familia e Insuficiencia Renal Crónica Terminal. En J. A. Viseda Heras, & J. M. Bezanilla Sanches, *Enfermedad y Familia* (págs. 86-106). Toluca, Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Rivera Ledesma, A., López Lena, M. M., & Sandoval Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. (C. d. Científica, Ed.) *SALUD MENTAL*, 35(4), 329-337. Obtenido de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3504/sm3504329.pdf>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
- Mujeres, I. N. (2015). *Gobierno de la República*. Obtenido de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf
- Perales Montilla, C. M., García León, A., & Reyes del Paso, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. (D. d. Psicología, Ed.) *Revista Nefrológica*, 32(5), 622-630. doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447
- Ortego Maté, M., López González, S., & Álvarez Trigueros, M. L. (2010). *Open Course Ware*. (U. d. Cantabria, Ed.) Obtenido de https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf
- Reyes Luna, A. G., Garrido Garduño, A., Torres Velázquez, L., & Ortega Silva, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. (F. d. Iztacala, Ed.) *Psicología y Salud*, 20, 111-117. Obtenido de https://www.academia.edu/29512540/Cambios_en_la_cotidianidad_familiar_por_enfermedades_cr%C3%B3nicas
- Aguilar Rivera, T., González López, A. M., & Pérez Rosete, A. (2014). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Aten Fam*, 21(2), 50-54. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S1405887116300141>
- Ruiz de Gauna, R., Minguela Pesquera, I., Ocharán Corcuera, J., Gimeno Martín, I., & Chena Alejandro, A. (2008). El entorno social de los pacientes en diálisis peritoneal. (O. O. Nefrología, Ed.) *Nefrología*, 28(S6), 133-136. Obtenido de <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699508032630>

- Carballo Monreal , M., Ortega Ramírez , N., Lizárrga Zambrano, E., & Díaz Palafox, J. (2008). Adherencia individual y familiar al tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* , 16(1), 13-18. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadellInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2008/vol16/no1/4.pdf>
- Orozco Gómez , Á. M., & Catiblanco Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología* , 24(1), 203-207. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategia de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. doi:10.1016 / j.aprim.2008.09.03

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento Informado

Objetivo: Analizar la correlación de los factores psicosociales en los pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal para destacar la influencia en la no adherencia al tratamiento.

Procedimiento: Se aplicará un cuestionario que consta de 25 ítems los cuales permitirá recabar información necesaria para determinar si tienen una correlación en los pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal, así como su influencia en la no adherencia al tratamiento; así mismo el estará en todo su derecho de abandonar la investigación en el momento que así lo deseé.

Con base en lo que establece la Ley general de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y cuya reforma fue el 17 de noviembre de 2017 que establece en el título 5^o de investigación para la salud en su capítulo único, nos ubicamos en el artículo 96^o La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan

Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos

De acuerdo en lo establecido en el artículo 100^o de la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I.-Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud

Yo _____ Acepto que leí, comprendí y me fue explicado el procedimiento que se realizará; así como el bajo riesgo al que me encuentro expuesto y los posibles efectos emocionales que me pudiera ocasionar.

Nombre y firma

Anexo 2.

“Factores psicosociales que limitan la adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal en pacientes del Hospital General de Zona 194”

Instrucciones: Marcar con una X la opción que considere correcta, no deje preguntas sin contestar.

Nota: Toda la información proporcionada es de carácter confidencial y con uso exclusivo de investigación.

Datos Generales: Sexo F__ M__ Edad____ Escolaridad _____ Estado civil _____

Ocupación _____ Religión _____.

1. ¿Qué emociones/sentimientos tuvo cuando se enteró de la enfermedad y el tratamiento a realizar?
Seleccione la frecuencia en la siguiente tabla:

a) Confusión	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
b) Negación/enojo	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
c) Depresión	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
d) Culpa	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
e) Aceptación	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

2. ¿Qué tiempo tiene con el tratamiento de Diálisis Peritoneal? _____.

3. ¿Qué tipo de familia es en la que usted vive?
- a) Nuclear (Madre, padre, hijos)
 - b) Mononuclear (solo uno de los padres)
 - c) Compuesta (Madre, Padre, Hijos ,Abuelos, Tíos,)
 - d) Solo/a
 - e) Pareja

Número de integrantes: _____

4. ¿Qué lugar ocupa usted en la familia?
- a) Madre
 - b) Padre
 - c) Hijo/a
 - d) Otro _____
5. ¿Cuenta con red de apoyo?
- a) Sí
 - b) No
6. ¿Quién realiza el tratamiento de Diálisis Peritoneal?
- a) Esposa
 - b) Hijo
 - c) Padre/Madre

- d) Usted mismo
- e) Otro _____.

7. ¿Considera que requiera atención Psicológica?
 - a) Sí
 - b) No
8. ¿Se le brinda esta atención en el hospital?
 - a) Sí
 - b) No
9. ¿Considera que requiera atención tanatológica? (la cual se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales).
 - a) Sí
 - b) No
10. ¿Se le brinda esta atención en el hospital?
 - a) Sí
 - b) No
11. ¿Sabía que dentro de este hospital se cuenta con la atención psicológica y tanatológica?
 - a) Sí
 - b) No
12. ¿Usted pregunta y se informa sobre el tratamiento de Diálisis peritoneal?
 - a) Sí
 - b) No
13. ¿Considera que traer un catéter es límite para realizar actividades familiares?
 - a) Sí
 - b) No
14. ¿Considera que usted mismo/a puede realizar el proceso de diálisis peritoneal?
 - a) Sí
 - b) No
15. ¿Cuál es su horario para realizar su diálisis peritoneal?, cada:
 - a) 4 horas
 - b) 6 horas
 - c) 24 horas
 - d) 48 horas
16. ¿Cuántas veces se dializa al día?
 - a) 6
 - b) 4
 - c) 1
 - d) 1 cada 2 días
17. ¿Qué tipo de solución utiliza?
 - a) Al 1.5 (Amarilla)
 - b) Al 2.5 (Verde)
 - c) Al 4.25 (Roja)
18. Considera que usted o su cuidador lleva a cabo de manera estricta su tratamiento de Diálisis Peritoneal en cuanto a:
 - I. Horarios establecidos:
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces

- d) Casi nunca
 - e) Nunca
- II. Cumple con todos los pasos de la técnica:
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Casi nunca
 - e) Nunca
- III. Vigilancia del orificio y cuidado del catéter:
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Casi nunca
 - e) Nunca
19. ¿Cómo considera su relación con su familia?
- a) Excelente
 - b) Buena
 - c) Regular
20. ¿Cree que su familia se interesa por su estado de salud?
- a) Sí
 - b) No
21. ¿Cómo considera su relación con el personal de salud?
- a) Excelente
 - b) Buena
 - c) Regular
22. ¿Cree que el personal de salud se interesa por su estado de salud?
- a) Sí
 - b) No
23. Considera ha recibido apoyo por parte del personal que se muestra en la tabla. Seleccione la frecuencia:

a) Medicina	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
b) Enfermería	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
c) Nutrición	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
d) Trabajo social	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
e) Psicología	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
f) Tanatología	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

24. ¿Considera importante contar con redes de apoyo (familia, amigos, conocidos, personal biomédico)?
- a) Sí
 - b) No
25. ¿Considera que un factor económico sea limitante de la calidad de su tratamiento de su Diálisis Peritoneal?
- a) Sí
 - b) No