

CASUÍSTICA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

NURSING CARE IN THE EMOTIONAL MANAGEMENT OF HEMODIALYSIS PATIENTS

Sandra Martínez Pizarro

Departamento de Enfermería, Hospital Comarcal la Inmaculada Huércal-Overa, Almería, España

Rev Nefrol Dial Traspl. 2020; 40 (03):237-41

RESUMEN

La hemodiálisis es una técnica de sustitución de la función renal. Los pacientes sometidos a hemodiálisis reciben tres sesiones semanales (en promedio), de cuatro horas cada una. En estos pacientes emergen emociones negativas que afectan la calidad de vida del paciente. Presentación del caso: Paciente femenina, de 55 años, con insuficiencia renal crónica, secundaria a un proceso glomerular de diabetes, manifiesta que su vida ha cambiado negativamente desde que se le indicó hemodiálisis. La paciente presenta un claro aislamiento social relacionado con el cambio de su imagen corporal y de su baja autoestima, así como una alteración de la integridad cutánea, vinculado con prurito y sequedad de piel. Se elabora e implementa un plan de cuidados siguiendo las normativas NANDA, NOC y NIC. Se evalúan los resultados tras la aplicación de las intervenciones propuestas. En este caso clínico se destaca la importancia de la participación, de aquellos pacientes en la misma situación, en un grupo de apoyo. Las intervenciones de enfermería, para gestionar las emociones del paciente en hemodiálisis, son eficaces. Las mismas se basan en la evidencia científica más actual. En ocasiones, los enfermeros se centran tan solo en el problema físico y la mejor forma de abordarlo, pero resulta fundamental considerar del mismo

modo el aspecto emocional de los pacientes, y saber enseñarles, como se ve en el presente caso, a gestionar estas emociones para mejorar su bienestar y su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: hemodiálisis; diálisis renal; aislamiento social; aspectos emocionales; calidad de vida; diagnósticos de enfermería; gestión emocional; enfermería nefrológica

ABSTRACT

Hemodialysis is a renal replacement therapy technique. Patients receiving this treatment have three sessions per week (average) for four hours. This arouses negative feelings in these patients, affecting their life quality. Case presentation: A female subject, aged 55, with chronic kidney failure, secondary to diabetic glomerular disease, states that her life has changed negatively since hemodialysis was prescribed. It is clear that the patient is experiencing social isolation due to a change in her body image and low self-esteem, as well as skin damage caused by itching and dry skin. A care plan is prepared and implemented following the NANDA, NOC and NIC standards. Results are evaluated after the application of the proposed interventions. In this case, the importance of the participation of patients in the same situation in a support group is highlighted. Nursing interventions to manage

hemodialysis patient emotions are effective. They are based on the most current scientific evidence. Sometimes, nurses only focus on the physical problem and the best way of handling it, but it is essential to consider the emotional aspects of patients as well and to teach them, as shown in this case, to manage these emotions in order to improve their wellness and life quality.

KEYWORDS: hemodialysis; renal dialysis; social isolation; emotional issues; quality of life; nursing diagnosis; emotional management; nephrology nursing

INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis (HD) es una técnica que sustituye las funciones principales del riñón. Para ello, se extrae la sangre del paciente mediante un acceso vascular, y para llevar a cabo su depuración, se la hace pasar a través de un filtro o dializador, y luego vuelve al individuo, libre de impurezas. En el dializador, la sangre pasa al interior de los capilares en un sentido, y el líquido de diálisis circula en sentido contrario, bañando dichos capilares. De esta manera, ambos líquidos quedan separados por una membrana semipermeable. El objetivo es disminuir los niveles de sustancias tóxicas cuando están presentes en exceso, que debiera poder eliminar un riñón sano.⁽¹⁾

Esta técnica, normalmente la lleva a cabo personal sanitario, aunque también se puede realizar en el domicilio del paciente. La HD se inicia cuando al riñón le queda entre un 10% y un 15% de su función renal normal. La duración de las sesiones varía, pero la media es de cuatro horas, tres veces por semana.⁽²⁾

En los pacientes sometidos a HD a menudo aparece una serie de síntomas, tanto a nivel físico, psicológico y social, que no se deben pasar desapercibidos. En muchas ocasiones surgen sentimientos y emociones negativas que afectan la calidad de vida del paciente.⁽³⁾

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente mujer, de 55 años, diagnosticada

de insuficiencia renal crónica secundaria a un proceso glomerular de diabetes. Actualmente, se encuentra en la fase moderada de la enfermedad, sometida a tratamiento con HD en su centro hospitalario de referencia, los días lunes, miércoles y viernes, desde las 09:00 a 13:00 horas. Desde que inició la HD, ha mantenido un estado de tristeza constante, falta de autoestima, dificultad para conciliar el sueño y problemas sociales.

VALORACIÓN

La valoración permite determinar la situación de salud de un paciente y su respuesta ante ella. La valoración de enfermería se lleva a cabo mediante la evaluación de los once patrones funcionales de Marjory Gordon.⁽⁴⁾ Dichos patrones se definen como una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano. Estos comportamientos suceden de manera secuencial, a lo largo del tiempo, y proporcionan un marco para la valoración, independientemente de la edad, el nivel de cuidados o la patología del individuo.⁽⁵⁾

1) Percepción y manejo de la salud

La paciente expone que su estado de salud se ha deteriorado al inicio de la HD, al haber disminuido la función de sus riñones. Siente ansiedad, baja autoestima y se encuentra excluida socialmente por no poder acudir a eventos sociales debido a las sesiones de HD y a la falta de energía.

2) Nutricional, metabólico

La paciente lleva a cabo restricciones dietéticas indicadas por los profesionales de la salud. Afirma que restringe los alimentos ricos en potasio, sodio, líquidos, proteínas. Admite que, de vez en cuando, abusa de las manzanas por ser su alimento favorito. Su peso corporal ha disminuido de forma notable en los últimos meses.

La coloración de la piel es de color parduzco y se aprecia sequedad cutánea. Esta sequedad en ocasiones le genera prurito especialmente en la

espalda. La paciente indica también tener mal sabor de boca (sabor a metal), y tendencia al sangrado de las encías cuando se lava los dientes.

Por estos motivos no sale a restaurantes a comer con sus amigos y familiares, ya que se siente insegura de sí misma e incómoda por lo que piensen los demás.

3) Eliminación

En cuanto a la eliminación urinaria, presenta oliguria. En la eliminación fecal presenta, a menudo, estreñimiento. La eliminación sudorípara es escasa.

4) Actividad, ejercicio

Realiza poco ejercicio físico porque refiere fatiga frecuente y, además, la última vez que lo realizó tuvo una fractura de tibia y peroné en el miembro inferior izquierdo. Anteriormente a la enfermedad acudía a clases de baile y pilates, pero dejó de hacerlo por el cansancio, y pensaba que las compañeras percibirían el cambio en su aspecto físico.

5) Sueño y descanso

La paciente no descansa, se siente preocupada, y además, durante la noche, el prurito es más intenso. No lleva a cabo ninguna técnica de relajación, a veces toma infusiones de tilo para mejorar el sueño, pero no consigue grandes resultados. Tiene poca energía durante el día y poca voluntad para realizar las actividades diarias.

6) Cognitivo y perceptual

En cuanto a la valoración sensorio-perceptiva (auditiva, visual, gustativa, táctil) destaca su hipermetropía, que es corregida con gafas.

7) Auto percepción y autoconcepto

La paciente tiene sensación de malestar corporal. Refiere falta de ilusión, desgano y baja autoestima.

8) Rol y relaciones

Se siente excluida socialmente, la avergüenza salir a la calle con su actual imagen corporal. Ha

perdido peso y presenta una sequedad de piel evidente, lo que le provoca rechazo a salir de su casa. Ha dejado de realizar actividades que antes llevaba a cabo, como por ejemplo, pilates. Tiene escaso apoyo familiar, sus padres fallecieron y el resto de sus familiares viven lejos de ella. Su marido es su única contención, aunque pasa la mayor parte del tiempo trabajando.

9) Sexualidad y reproducción

Presenta pérdida de vello púbico y axilar, y una disminución de la libido. Hace meses que no mantiene relaciones sexuales.

10) Adaptación y tolerancia al estrés

Tolera mal el estrés. No sabe adaptarse a la nueva situación que se le presenta, lo que aumenta su aislamiento social.

11) Valores y creencias

Es atea.

PLAN DE CUIDADOS

Tras la valoración de la paciente se pueden identificar varios diagnósticos de enfermería:

- Aislamiento social relacionado con el cambio de la imagen corporal y con la baja de la autoestima.
- Alteración de la integridad cutánea relacionado con prurito y sequedad de piel.
- Alteración de los patrones sexuales relacionado con la disminución de la libido.
- Alteración de la nutrición relacionado con restricciones dietéticas y mal sabor de boca.

Estos diagnósticos le generan aislamiento social, y, consecuentemente, atraviesa emociones y sentimientos negativos. Trabajando sobre el diagnóstico de aislamiento social se puede elaborar un plan de cuidados para la gestión emocional del paciente en HD.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define el aislamiento social como soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros, y como un estado negativo o amenazador.⁽⁵⁾ Pertenece al dominio 12 (confort), clase 3 (confort social),

a la necesidad 10 (comunicación) y al patrón 8 (rol-relaciones).

Características definitorias:

- Actitud triste
- Afección discapacitante
- Ausencia de sistema de apoyo
- Deseo de estar solo
- Enfermedad
- Falta de propósito
- Hostilidad
- Inseguridad en público

Factores relacionados:

- Alteración de la apariencia física
- Alteración del bienestar
- Recursos personales insuficientes

Una vez realizado el diagnóstico e identificadas las causas y factores, se proponen los objetivos e intervenciones, de acuerdo a las taxonomías *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC).⁽⁵⁾

Cada NOC lleva asociado indicadores de resultado, que se cuantifican mediante escalas tipo Likert de 5 puntos (desde gravemente comprometido⁽¹⁾ a no comprometido⁽⁶⁾) y que sirven para mostrar la diferencia entre la puntuación inicial y la puntuación final de los objetivos establecidos en el plan de cuidados.

El primer NOC propuesto es el 1205: “autoestima” o juicio personal sobre la capacidad de uno mismo. Los indicadores de este NOC y sus puntuaciones de resultado son:

- [120501] Verbalizaciones de autoaceptación: 1
- [120502] Aceptación de las propias limitaciones: 2
- [120511] Nivel de confianza: 1
- [120513] Respuesta esperada por los demás: 1
- [120519] Sentimientos sobre su propia persona: 1

Las NIC, que se seleccionan para el NOC “autoestima”, son:

- [5400] Potenciación de la autoestima
- [5270] Apoyo emocional
- [5240] Asesoramiento

- [5440] Aumentar los sistemas de apoyo
- [5330] Control del estado de ánimo
- [5430] Grupo de apoyo
- [4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales
- [5450] Terapia de grupo

El segundo NOC propuesto es el 1200: “imagen corporal” o percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales. Los indicadores de este NOC y las puntuaciones de resultado son:

- [120001] Imagen interna de sí mismo: 1
- [120003] Descripción de la parte corporal afectada: 2
- [120005] Satisfacción con el aspecto corporal: 1
- [120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico: 1
- [120008] Adaptación a cambios en la función corporal: 1
- [120009] Adaptación a cambios en el estado de salud: 1
- [120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto: 1

Las NIC, que se seleccionan para el NOC “imagen corporal”, son:

- [5270] Apoyo emocional
- [5220] Mejora de la imagen corporal
- [5230] Mejorar el afrontamiento
- [4700] Reestructuración cognitiva

DISCUSIÓN

La aplicación de este plan de cuidados se realizó durante dos meses. Tras el mismo, la paciente supera el aislamiento social que sufría tras su enfermedad. Ha aceptado su imagen corporal y se ha adaptado a ella para que no le afecte en la realización de actividades sociales. Ha vuelto a realizar pilates, aún no ha podido retomar baile, requiere mayor gasto energético. Ya no siente vergüenza al salir a comer con su marido, y es capaz de sonreír con más frecuencia. Lo anterior indica que ha mejorado su estado de salud físico, psicológico y social.

Para valorar la evolución de la paciente se utilizaron los indicadores de resultado. En la puntuación inicial todos ellos se situaban entre 1 y 2, según la escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde gravemente comprometido (1) a no comprometido (5). Comparando la puntuación inicial con la puntuación final, tras aplicar el plan de cuidados, la mayoría de los indicadores suben a 4, en unos pocos se alcanza el 5 y otros tan solo suben a 3. El resultado es positivo pues en todos los indicadores se logra incrementar la puntuación. Cabe destacar que la intervención con la que se ha conseguido mayor resultado en esta paciente fue su participación en los grupos de apoyo de su centro de salud, lo que le ha posibilitado compartir experiencias con otros pacientes que están atravesando situaciones similares. Si se sigue ejecutando este plan de cuidados en un período mayor, se estima que habrá mejores indicadores de resultado.

En este caso clínico se demuestra como las intervenciones de enfermería para gestionar las emociones del paciente en HD son eficaces. Todas ellas están basadas en la evidencia científica más actual.

En ocasiones, los enfermeros centran su atención solo al problema físico y la mejor forma de abordarlo, pero resulta fundamental considerar del mismo modo el aspecto emocional de los pacientes. Son necesarios profesionales que sepan enseñar a los pacientes a gestionar estas emociones con el objetivo de mejorar su bienestar y su calidad de vida.

En el futuro se debería investigar sobre nuevas

herramientas, intervenciones y estrategias para gestionar las emociones de los pacientes en HD de forma coordinada y multidisciplinar, con el objeto de ofrecer al paciente cuidados enfermeros, tanto físicos como emocionales, de calidad y basados en evidencia científica.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no poseer ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Kotanko P, Kuhlmann MK, Levin NW. Hemodialysis: principles and techniques. En: *Comprehensive clinical nephrology*. [Edited by] Richard J. Johnson, John Feehally, Jurgen Floege. Philadelphia, PA: Elsevier, Saunders; 2015, p. 1067-74.
- 2) Yeun JY, Ornt DB, Depner TA. Hemodialysis. En: *Brenner & Rector's the kidney*. [Edited by] Karl Skorecki, Glenn M. Chertow, Philip A. Marsden, et al. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016. Chapter 65.
- 3) Chiu E, Markowitz SN, Cook WL, Jassal SV. Visual impairment in elderly patients receiving long-term hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 2008;52(6):1131-8. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.05.032.
- 4) Gordon M. *Manual de diagnósticos de enfermería*. 11ª ed. Barcelona: McGraw-Hill, Interamericana de España; 2007. 432 p.
- 5) North American Nursing Diagnosis Association. NANDA, NOC, NIC. En: *NNN Consult* [Internet]. Elsevier; 2017. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com> (Consulta: 09/01/2019).

Recibido en su forma original: 15 de enero de 2020
 En su versión corregida: 12 de febrero de 2020
 Aceptación final: 27 de febrero de 2020
 Enfra. Sandra Martínez Pizarro
 Hospital Comarcal la Inmaculada Huércal-Overa, Almería, España
 ORCID: 0000-0003-3070-8299
 e-mail: mpsandrita@hotmail.com