

ESTUDIO CUALITATIVO DEL ESTADO EMOCIONAL Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE ANTE LA REALIZACIÓN DE UNA FÍSTULA PARA HEMODIÁLISIS

M^a Teresa Calderó Urrea, Nuria Freixas Casanovas, Amaranta Fuenmayor Díaz, Marta Beatriz Luque Llaosa

Fundación Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la enfermedad renal crónica con hemodiálisis requiere de la realización de un acceso vascular que permita un abordaje sencillo y repetitivo, a un flujo sanguíneo superior a 250 ml/min. Es conveniente a su vez que la técnica no presente complicaciones graves para el paciente, que le permita continuar con sus actividades cotidianas y que sea de larga duración (1).

La fístula arteriovenosa interna (FAVI) consiste en la anastomosis entre vena y arteria, obteniéndose una dilatación del sistema venoso superficial que facilitará la punción y obtención de flujos para una hemodiálisis con suficiente calidad (2). Es el acceso vascular de elección para la práctica de hemodiálisis periódica en el caso del fracaso renal crónico en estadio terminal.

La fístula radiocefálica sigue considerándose el mejor acceso vascular permanente por ser el más duradero y presentar menos complicaciones que los accesos protésicos no autólogos (1, 2, 3). El periodo de maduración hasta ser viable para su utilización es de dos a tres semanas para fístulas radiocefálicas y 3-4 semanas para las localizadas en el codo, mientras que algunos autores lo amplían a 1-2 meses (4).

En nuestro Centro se realizaron un total de 179 fístulas a lo largo del año 2006, además de 29 reparaciones o revisiones y 27 cierres definitivos. La estancia media hospitalaria es de 36 horas en las que el paciente permanece ingresado en la Unidad de Nefrología.

La idea de este trabajo surgió en el contexto de la práctica asistencial en relación a las personas que ingresan para la realización de una FAVI. La observación y la interacción diaria permitieron detectar una gama muy amplia de maneras de vivir la misma experiencia. Además, algunos pacientes presentaban alteraciones como: déficit de conocimientos relacionado con (r/c) la cirugía, déficit de conocimientos r/c autocuidado de la fístula, miedo y ansiedad moderada o aguda r/c la cirugía, angustia ante la idea de estar despiertos en el transcurso de la misma o sentimientos negativos acerca de su significado (inicio de diálisis).

La investigación cualitativa en ciencias de la salud abarca diversos paradigmas y perspectivas. El constructivismo entiende la realidad como un compendio de múltiples e intangibles construcciones mentales que no son más o menos ciertas en términos absolutos, sino distintas según individuos o grupos (5). Cada persona otorga un significado a sus experiencias en función de las características intrínsecas y extrínsecas del individuo, sin que haya un único mundo real independiente de la actividad mental humana y de su lenguaje simbólico (6). De este modo, cada individuo construye su propia realidad y le otorga un significado.

El constructivismo considera, pues, que la realidad emerge no como una visión objetiva sino como una fotografía compuesta de cómo piensan los individuos (7).

El objetivo de este estudio es conocer la realidad subjetiva de las personas que se realizan una primera FAVI desde una doble perspectiva, cognitiva y emocional, para elaborar un plan de cuidados futuro que contemple al ser humano en su totalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño cualitativo, perspectiva constructivista y entrevistas semiestructuradas como método de obtención de la información (registro escrito).

Los entrevistados fueron un total de 22 personas (13 varones y 9 mujeres) que ingresaron en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Nefrología para realizarse una FAVI entre diciembre de 2006 y marzo de 2007. Los criterios de inclusión fueron: funciones cognitivas conservadas y primera realización de fístula. El tamaño de la muestra responde al criterio de saturación de la información.

Las entrevistas se estructuraron en dos momentos, previo y posterior a la realización de la cirugía.

- Entrevista previa: transcurridas unas horas tras el momento de ingreso. El paciente se pudo situar, familiarizarse con el entorno y con el equipo asistencial. Fue el día previo a la cirugía. Los aspectos a estudiar son:

Nivel cognitivo: información acerca de la técnica y finalidad de la cirugía, duración y tipo de anestesia, fuentes de información previas al ingreso y cuidados de la fístula.

Nivel emocional: significado de la cirugía y sentimientos que se derivan.

- Entrevista posterior: transcurridas unas horas de la intervención (al día siguiente del ingreso).

Nivel cognitivo: valoración de la información recibida desde el inicio del proceso hasta ese momento: clara, pertinente, oportuna y suficiente.

Nivel emocional: descripción de la experiencia quirúrgica

Se realizó un análisis de los contenidos mediante la categorización de conceptos y significados.

RESULTADOS

En la **esfera cognitiva**, la descripción de la cirugía y la finalidad de la misma fueron unidas, interrelacionadas en el relato del entrevistado.

Descripción y finalidad de la cirugía
<i>“Es una conexión de venas para que cuando entre en diálisis no tengan que pincharme más veces” (Entrevista 3; varón, 69 años)</i>
<i>“Juntan una arteria y una vena para darles más vida, más fuerza, prepararlas y hacer luego la diálisis” (E9; varón, 81)</i>
<i>“Juntan una vena y una arteria en el brazo para retirar el catéter yugular que es muy engorroso y poder hacer diálisis” (E19; mujer, 72)</i>

Sin embargo, la idea central fue el inicio de hemodiálisis, de manera que la técnica quirúrgica en sí misma perdió relevancia, quedando en un segundo plano.

Idea central: inicio de hemodiálisis
<i>“Me harán un cortecito en la muñeca que es para la diálisis” (E10; varón, 68)</i>
<i>“Es una cirugía para limpiar el riñón” (E11; varón, 81)</i>
<i>“Me van a poner una vena artificial para ir a diálisis y ponerme la sangre buena” (E16; mujer, 85)</i>

En general, los entrevistados fueron informados y recordaron el tiempo de duración aproximado de la cirugía, así como el tipo de anestesia requerida. La información la recibieron, en todos los casos, a través de su médico (nefrólogo de referencia y/o cirujano vascular) y del personal de enfermería del Hospital de Día de diálisis.

La mayoría de entrevistados ignoró inicialmente cuáles iban a ser los futuros cuidados que iba a precisar el acceso, así como posibles cambios en su estilo de vida. No obstante, se observó que en algunos casos, las personas olvidaron la información que recibieron previamente y no fueron capaces de recordarla de forma espontánea durante el ingreso a causa de un bloqueo puntual (“Ah, sí, lo de no tomarme la tensión también me lo habían dicho. Es que estoy muy nerviosa” E14; mujer, 73).

Por otra parte, el **significado** otorgado por cada persona a un mismo fenómeno (la realización de una fístula) fue muy variable entre individuos en función de factores individuales concretos. En algunos casos, la cirugía abarcó un mundo de significados muy negativo donde estaban presentes las categorías de: solución única (resignación ante lo inevitable), deterioro del estado de salud, dependencia o invalidez futura por limitación de la libertad y de las actividades, contacto con la

realidad (final de la negación) y exclusión en la toma de decisiones (el paciente no compartía la decisión de realizarse la fístula en ese momento).

Solución única	<p><i>“Es una pesadilla, se me cae el mundo encima. Pero...si lo quieres bien, y si no también” (E1; varón, 65)</i></p> <p><i>“Es la única solución hasta que llegue el trasplante” (E2; varón, 56)</i></p> <p><i>“Llevo dos días pensando mucho, pero no tengo más salidas” (E1; varón, 65)</i></p>
Deterioro	<p><i>“Significará que viviré menos años porque me irán encontrando más patologías. He conocido gente mayor que ha entrado en diálisis, y cada vez los veo peor y muchos mueren pronto” (E13; varón, 82)</i></p>
Dependencia/invalidez	<p><i>“Es una interrupción de mi vida, me romperán la rutina. Yo trabajo en el campo todo el día...¿qué va a pasar ahora? De momento, se acaba todo” (E4; varón, 69)</i></p> <p><i>“Esto significa verte atada a pasar tu vida amarrada a la máquina. ¿Podré llevar una vida normal? Voy a encontrarme peor. La cirugía no me da miedo” (E15; mujer, 61)</i></p> <p><i>“Yo ya no voy a valer para nada más. He sido muy activa, muy trabajadora, y ahora me tengo que limitar a lo que pueda, a depender de la máquina” (E21; mujer, 72)</i></p>
Realidad	<p><i>“Creía que a mí nunca me llegaría este momento, esto no iba conmigo” (E3; varón, 69)</i></p> <p><i>“Es la muerte inminente. Pensaba que nunca llegaría este momento. Prefiero que no me informéis, ignorarlo todo, para no preocuparme” (E16; mujer, 85)</i></p>
Exclusión decisiones	<p><i>“Yo no estaba tan mal, podía trabajar. Lo he hecho de mala gana desde el principio. Yo no quería, se lo dije a ellos (los médicos), pero no me han hecho caso” (E4; varón, 69)</i></p> <p><i>“Si yo no tengo dolor, no me duele nada, no sé por qué estoy aquí. Si no tengo dolor, ¿he de hacer diálisis? No sé si es para alargar o acortar la vida” (E17; mujer, 77)</i></p>

Sin embargo, hubo individuos cuya construcción del significado de la cirugía partió de una perspectiva más positiva que abarca una mejoría de la calidad de vida futura, así como una prolongación de la misma.

Calidad de vida	<p><i>“Deseo que a partir de ahora mejore mi vida, pueda caminar más tiempo sin fatigarme. (...) Tendré más calidad de vida” (E8; varón, 83)</i></p> <p><i>“Tengo muchas rampas y náuseas y ahora tengo ganas de empezar la diálisis para mejorar esta situación” (E3; varón, 69)</i></p>
Prolongación vida	<p><i>“Es un adelanto porque no padeces tanto. Se puede evitar la muerte. Hace la función del riñón y te puede alargar la vida” (E10; varón, 68)</i></p> <p><i>“Si con esto puedo seguir adelante y no morirme, ¿qué más quiero?” (E20; mujer, 71)</i></p>

En cuanto a los sentimientos expresados por las personas entrevistadas en relación a la cirugía, éstos se agruparon en las categorías de: miedo, tranquilidad, perspectiva relativista (por experiencias anteriores) y consideración del sufrimiento familiar.

Miedo	<p><i>"Estoy asustado, porque soy mayor y tengo miedo a morir" (E12; varón, 82)</i></p> <p><i>"Tengo miedo a que me duerman y no despertar" (E14; mujer, 73)</i></p> <p><i>"Estoy muerta de miedo. No por la cirugía, es por la diálisis. Pero más vale hacerlo ahora que tener que correr" (E17; mujer, 77)</i></p>
Tranquilidad	<p><i>"Tengo respeto, pero no miedo. No estoy asustado" (E2; varón, 56)</i></p> <p><i>"Estoy tranquilo, confío en el personal" (E6; varón, 66)</i></p> <p><i>"Como nunca me han operado y no sé lo que es, no tengo ningún miedo" (E9; varón, 81)</i></p>
Relativismo	<p><i>"No tengo ningún miedo, después de un trasplante cardíaco..." (E5; varón, 50)</i></p> <p><i>"Después de un trasplante y la quimio...estoy un poco nervioso, inquieto, pero no tengo miedo" (E7, varón, 62)</i></p> <p><i>"No tengo miedo, estoy operado de tres by-pass. Y estoy dispuesto a hacer lo que sea para prolongar mi vida" (E13; varón, 82)</i></p>
Sufrimiento familiar	<p><i>"Hago ver que no tengo miedo por mi marido, él sufre más que yo. Me lo callo, no lo expreso por él" (E14; mujer, 73)</i></p> <p><i>"Mi mujer está muy asustada" (E9; varón, 81)</i></p>

La **experiencia de la cirugía** fue relatada en la mayoría de los casos desde una óptica positiva. Destaca la sensación de sentirse bien atendido en todo momento y de haber recibido información sobre el desarrollo de la técnica por parte del cirujano:

"Todo ha ido muy bien. Me lo han explicado todo y no he sentido molestias gracias a la anestesia" (E2; varón, 56)

"Muy bien. Los cirujanos muy agradables y las enfermeras también. El cirujano ha sido muy amable y me lo ha explicado todo" (E6; varón, 66)

"Le he preguntado al cirujano en qué consistía y me ha explicado (...). Ha ido haciendo broma y ha sido muy relajante" (E12; varón, 82)

Algunos pacientes destacaron la importancia del entorno durante la técnica:

"Me han tapado la cara y eso, supongo que por la sangre. Ha ido muy bien" (E7; v 72)

"Me he angustiado porque lo veía todo, hasta que han puesto la cortina" (E14; m 73)

"La cortina que te colocan ayuda a no ver la cirugía" (E15; mujer, 61)

"Estaba tranquila aunque impone el quirófano, las lámparas, todo" (E19; mujer, 72)

El dolor no apareció como tal en los relatos de la experiencia quirúrgica, aunque sí molestias de diversa intensidad en relación a la administración del anestésico local:

"He sentido un poquito de dolor al pinchar y después un calambre, pero después ya nada" (E7; varón, 62)

"Me ha dolido el pinchazo de la anestesia local y después el bisturí, que me ha dado sensación de corriente" (E14; mujer, 73)

En la entrevista posterior a la cirugía, la mayoría de personas valoraron que la información recibida había sido suficiente. Sin embargo, algunas de ellas desconocían aspectos relevantes acerca del cuidado de la fístula:

"No sabía que no pueden pincharme, ni tomar la tensión, ni coger pesos con este brazo" (E18; mujer, 56)

Una de las personas entrevistadas consideró que no fue bien informada durante el proceso:

"Creo que no he sido informada correctamente, ha sido muy superficial. Me ha informado mi compañero de habitación. Me ha faltado más información verbal y no considero imprescindible la información escrita. No me han informado de si tendría o no dolor, si me marearía o no en algún momento..." (E3; varón, 69)

Sin embargo, en algunos casos se valoró como conveniente la información escrita de cara al alta domiciliaria, por si algunos aspectos del cuidado se pudieran olvidar:

"No sé cómo cuidar la fístula, agradecería información por escrito" (E6; varón, 66)

"No vendría mal tener información por escrito, sobre todo del proceso de diálisis: si es sentado, es estirado, el tiempo que dura, si te mareas después..." (E10; varón, 68)

“No iría mal un documento o papel por si algún día tuviera una duda y lo pudiera comprobar” (E11; varón, 81).

DISCUSIÓN

El inicio de hemodiálisis a corto plazo y de por vida adquiere tal relevancia para la mayoría de personas, que la importancia de la cirugía en sí misma queda relegada a un segundo plano. Sus pensamientos y sentimientos se dirigen su significado a largo plazo, más allá del acto quirúrgico.

Por otra parte, el estrés del ingreso y la inmediatez de la cirugía pueden contribuir a bloquear la memoria. Los términos técnicos con que se informa en ocasiones a los pacientes también pueden dificultar su comprensión. Consideramos imprescindible en el futuro la verificación inicial de la información recibida, así como su refuerzo o ampliación cuando sea necesario, ya que una buena información puede contribuir a disminuir la ansiedad del paciente (8).

La construcción del significado de esta cirugía es propia de cada individuo, como lo es el de la experiencia de enfermedad crónica en general (9). Además, el significado que cada persona otorga a su vida a partir de la FAVI puede ser diametralmente opuesto; en algunos casos existe la creencia de que se precipita el deterioro y muerte del individuo, su dependencia e invalidez, sentimiento especialmente acentuado en varones laboralmente activos. En algunos casos, la inexistencia de sintomatología clínica dificulta la comprensión y la aceptación del inicio de diálisis. Otros pacientes lo reciben como una mejoría futura en su calidad de vida, así como una prolongación de la misma, tal y como reflejan este y otros estudios (10).

En cuanto a los sentimientos detectados, el miedo y la ansiedad pueden estar presentes. A pesar de ser una cirugía menor con una estancia media corta, anestesia local y poca incidencia de complicaciones, la ansiedad y el estrés pueden existir (11, 12). La observación es un instrumento crucial para su detección, ya que no siempre son referidos de forma clara y directa (13).

Los resultados de este trabajo demuestran la conveniencia de protocolizar la atención de enfermería al paciente que ingresa para realización de una FAVI desde una perspectiva integral. Esto nos plantea la elaboración de un documento escrito informativo para unificar criterios y actuaciones. En cuanto a la educación sanitaria para fomentar el autocuidado, la edad avanzada muchos usuarios nos obliga a potenciar la información verbal, reflejando el avance en su comprensión en los registros de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu L y Force E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Masson 1997 (7): 89
2. Llach F y Valderrábano F. Insuficiencia Renal Crónica. Ediciones Norma. 1997 (20):927-945
3. Jofré R, López JM, Luño J, Pérez R y Rodríguez P. Tratado de hemodiálisis. 1999; Editorial Médica Jims (9):213-237
4. Hernando L, Aljama P, Arias M, Caramelo C, Egido C y Lamas J. 2003; Editorial Panamericana. (19): 777-779
5. Denzin NK y Lincoln YS. Competing Paradigms in Qualitative Research. Handbook of Qualitative Research. 1994; London: sage 105-117
6. Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Síntesis Sociología. 59
7. Appleton, J y King, L. Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research. Journal of Advanced Nursing 2002 40 (6): 641-648
8. Alord, C, Gili M, González D, Pomar A, Prieto J y Aloy, C. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Enfermería Clínica. 1999 may.jun. 9 (3):109-114
9. Caress AL, Luker K y Owens R. A descriptive study of meaning of illness in chronic renal disease. Journal of Advanced Nursing 2001, 33 (6), 716:727
10. Birger IM, Severinsson E, Litzén K y Clyne N. Dialysis machine as lifeline: experiences of suffering in terminal chronic renal disease. JAN. 2001
11. Moreno F. Cirugía ambulatoria: causa de estrés. Hygia. 1999 ene-abr (41) 40:42
12. Reyes B, Rodríguez M y Pino D. Algunos factores del nivel de ansiedad en pacientes sometidos a cirugía vascular. Rev Cubana Enferm 1989 5 (3) 157-161.
13. Freixa G y Marcos M. Comunicación no verbal en el enfermo prequirúrgico. Rev ROL Enferm. 1999 feb. 22 (2) 103:110