



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

Informe final de investigación previo a la obtención del título de licenciatura en Enfermería

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Aplicación de la teoría de Katharine Kolcaba en el cuidado de enfermería al paciente  
Hemodialítico

**Autoras:** Jessica Patricia Guamán Guapulema

Diana Gabriela Hernández Limaico

**Tutora:**

Msc. Luz María Lalón Ramos

**RIOBAMBA - ECUADOR**

**2021**

## ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación realizado por Guamán Guapulema Jessica Patricia y Hernández Limaico Diana Gabriela, asesorado por MsC. Luz María Lalón Ramos en calidad de tutora, una vez escuchada la defensa oral y revisando el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, para lo cual remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud Unach.

Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba 17 de Noviembre de 2021

Dr. Leonel Rodríguez Álvarez

**PRESIDENTE**

Firma.....



PhD. Katuska Figueredo Villa

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Firma.....



MsC. Jimena Morales Guaraca

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

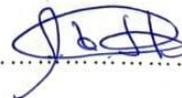
Firma.....



MSc. Luz María Lalón Ramos

**TUTORA**

Firma.....



## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema “Aplicación de la teoría de Katharine Kolcaba en el cuidado de enfermería al paciente hemodialítico”, ha sido elaborado por la señorita Guamán Guapulema Jessica Patricia con CI: 060517021-6 y asesorado por la MSc. Luz María Lalón Ramos, en calidad de tutora se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

**LUZ MARIA**

**LALON**

MSc. Luz María Lalón Ramos  
0601742901

**Tutora**

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema “Aplicación de la teoría de Katharine Kolcaba en el cuidado de enfermería al paciente hemodialítico”, ha sido elaborado por la señorita Hernández Limaico Diana Gabriela con CI: 060555547-3 y asesorado por la MSc. Luz María Lalón Ramos, en calidad de tutora se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

**LUZ MARIA  
LALON**

MSc. Luz María Lalón Ramos  
0601742901  
**Tutora**

## DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras Jessica Patricia Guamán Guapulema y Diana Gabriela Hernández Limaico, presentamos como trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería, el cual es auténtico, basado en el proceso de investigación, anteriormente establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud. En tal virtud, los aportes intelectuales de otros autores se han referenciado debidamente en presente trabajo, los fundamentos científicos y resultados alcanzados son de responsabilidad única de las autoras y los derechos le atribuyen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

En la ciudad de Riobamba, 18 de septiembre de 2021



.....  
Jessica Patricia Guamán Guapulema  
CI: 060517021-6



.....  
Diana Gabriela Hernández Limaico  
CI: 060555547-3

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por guiarnos y permitirnos salir adelante, y poder afirmar que por todas sus bendiciones esta meta pudo ser cumplida; a nuestros padres quienes son un pilar fundamental en nuestra formación personal. A la Universidad Nacional de Chimborazo por darnos la oportunidad de formación como profesionales. Nuestra eterna gratitud al personal de docentes de la Carrera de Enfermería por su calidez y profesionalismo al servicio de los/las estudiantes. Y finalmente agradecemos con todo el corazón a la Master Luz María Lalón Ramos por su apoyo, constancia y valioso aporte en la realización del presente trabajo.

## **DEDICATORIA**

A Dios por ser mi fortaleza en los momentos difíciles, a mi madre Mary por ser mi pilar y brindarme su amor incondicional, por sus palabras de aliento que me ayudaron a nunca rendirme en mis metas. A mi abuelito Vicente por todos sus cuidados y su cariño. A Santiago por su apoyo, confianza y ternura. Gracias a todas las personas que de una u otra manera me acompañaron en todo este proceso de formación y serán parte de este momento especial.

***Diana***

A Dios por su amor infinito, por guiarme y nunca soltar mi mano, a mis padres por ser mis consejeros y mi motivación para no rendirme en mis estudios para lograr cada meta propuesta. A mis hermanos, sobrina y cuñada por su compañía, consejos y ayuda en cada paso de mi vida.

A mi abuelita Rosa, aunque no esté físicamente conmigo, pero desde el cielo siempre me cuida y me guía para que todo salga bien. A Geovany por su confianza y amor infinito dándome fuerza para salir adelante siempre. Gracias a todas las personas de una u otra forma fueron parte de este proceso de formación en mi vida.

***Jessica***

## INDICE

PORTADA.....	I
ACEPTACIÓN DEL TUTOR .....	III
DERECHOS DE AUTORÍA .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
RESUMEN .....	IX
ABSTRACT.....	X
Capítulo I. INTRODUCCIÓN .....	1
Capítulo II. METODOLOGÍA.....	11
Capítulo III. DESARROLLO .....	13
Cuadro 1. Contextos de la Teoría del confort en el paciente hemodialítico.....	20
CONCLUSIONES .....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

## **RESUMEN**

La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre, según datos obtenidos por el Ministerio de Salud Pública durante los años 2015 al 2017 alrededor de 3.102 usuarios se encontraban en tratamiento sustitutivo renal. Quienes a su vez pueden presentar comportamientos que alteran su calidad de vida como son: el estrés, aislamiento social, inseguridad, dependencia y miedo, teniendo una repercusión en la adherencia al tratamiento. El objetivo general es identificar la aplicación de la teoría de Katharine Kolcaba en el cuidado de enfermería al paciente Hemodialítico. Se revisaron 95 fuentes bibliográficas de diferentes bases de datos y tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra de 70 fuentes bibliográficas, de las cuales 30 fueron utilizados para el proceso de triangulación. En base a los resultados se determinaron intervenciones mediante cuatro contextos: físico, ambiental, social y psicoespiritual mencionados en la teoría de Kolcaba proporcionando una sensación de alivio, tranquilidad y trascendencia. Se propusieron etiquetas diagnósticas NANDA, que permitirán mayor expresión de emociones, vivencias y expectativas de la calidad de vida.

**Palabras clave:** hemodiálisis, contextos de confort, Atención de Enfermería

## **ABSTRACT**

Hemodialysis is an extracorporeal blood purification technique. According to data obtained by the Ministerio de Salud Pública from 2015 to 2017, around 3,102 users were undergoing renal replacement therapy. Who in turn may present behaviors that alter their quality of life such as: stress, social isolation, insecurity, dependence and fear, having an impact on adherence to treatment. The general objective is to identify the application of Katharine Kolcaba's theory in nursing care for hemodialysis patients. The 95 bibliographic sources from different databases were reviewed and after applying inclusion and exclusion criteria, a sample of 70 bibliographic sources was obtained, of which 30 were used for the triangulation process. Based on the results, interventions were determined through four contexts: physical, environmental, social and spiritual mentioned in Kolcaba's theory, but not a feeling of relief, tranquility and transcendence. NANDA diagnostic labels were proposed, which will allow greater expression of emotions, experiences and expectations of quality of life.

**Key words:** hemodialysis, comfort contexts, Nursing Care.



### **Reviewed by:**

Lcda. Diana Chávez

**ENGLISH PROFESSOR**

C.C. 065003795-5

## Capítulo I. INTRODUCCIÓN

Según el reporte de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la insuficiencia renal provoca un aproximado de 850 000 muertes cada año, por lo que es considerado a nivel mundial un problema de salud pública.<sup>(1,2,3)</sup> Incluso en el 2015 en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología (SLN) menciona que existe una prevalencia mundial de 10 %, en calidad de epidemia silenciosa ya que suele pasar inadvertida para la población general.<sup>(3,4)</sup>

Según Gómez y Arias<sup>(5)</sup> definen a la insuficiencia renal crónica (IRC) como una enfermedad no transmisible que se caracteriza por la pérdida progresiva, permanente y definitiva de la tasa de filtración glomerular (TFG) durante al menos 3 meses, la cual se expresa por un descenso del aclaramiento de creatinina estimado. Por lo tanto es un síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas.<sup>(6)</sup>

Vos y Bikbov<sup>(7)</sup> mencionan que a nivel mundial en 2017, 1.2 millones de personas murieron con IRC, por lo que la tasa global de mortalidad aumentó un 41,5 % entre 1990 y 2017. Mientras en América Latina, según información ofrecida por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), la prevalencia de la IRC es de 650 pacientes por cada millón de habitantes estadística que muestra un incremento anual de alrededor del 10 %.<sup>(8,9)</sup>

Además, en Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2017, existió 317 defunciones por egresos hospitalarios en hombres y 264 en mujeres a causa de esta patología.<sup>(10,11,12)</sup> La ERC es la cuarta causa de mortalidad en el país y alcanza niveles entre el 6% y el 7% de la población en el año 2016.<sup>(2)</sup>

Al ser considerada como una enfermedad de alta incidencia es importante mencionar factores de riesgo, entre los cuales se hace referencia a: enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, dislipidemia, hiperlipidemia) y cardiovasculares (hipertensión, hipertrofia del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca, aterosclerosis, entre otros.), incluso puede influir la edad, antecedentes familiares, bajo nivel educativo, situación económica, raza y género<sup>(13,14)</sup>. En el estudio realizado por Díaz et al.<sup>(12)</sup> refiere que en el Ecuador este último factor se considera con mayor prevalencia en el sexo masculino en un 63.1 %, mientras que en el sexo femenino con el 36,9 %.

Se debe recalcar que el tratamiento se enfocará en las técnicas de terapia renal sustitutiva, que se encargaran de cumplir la función del riñón, cuando éstos presenten un deterioro importante de entre el 5-15 % de su capacidad, es preciso elegir la técnica dependiendo de las características del paciente. Existen dos tipos de diálisis; la diálisis peritoneal y la hemodiálisis (HD).<sup>(15)</sup>

Buitrago et al.<sup>(16)</sup> define a la diálisis peritoneal como un procedimiento terapéutico que induce el metabolismo entre el espacio intravascular y la cavidad abdominal, este proceso se logra inyectando solución en la cavidad abdominal, creando movimiento de partículas y líquidos. El resultado final es un líquido que contiene los metabolitos del cuerpo que los riñones han dejado de excretar.

Mientras que Lorenzo y López<sup>(17)</sup> describen a la HD como una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico. La HD es un procedimiento en la que se utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador), en el cual la sangre del paciente ingresa a la máquina desde el punto de acceso (fístula, injerto vascular o una línea central temporal), posterior se filtra por el dializador y luego vuelve al paciente. La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semipermeable que solo permite el paso a las moléculas de mayor peso. Este procedimiento tarda entre 3 y 6 horas, por lo general, se realiza tres veces por semana.<sup>(18)</sup>

Razón por la cual, es necesario crear un acceso venoso varios meses antes de llevar a cabo la primera hemodiálisis. De esta manera la sangre podrá ser transportada desde el cuerpo hasta el dializador y de regreso al cuerpo sin causar molestias, los accesos más utilizados son: la fístula Arteriovenosa (FAV) la cual consiste en establecer una unión entre una arteria y una vena logrando un buen flujo de sangre para su posterior utilización. El injerto es la unión de la arteria radial a una vena cerca del codo del brazo mediante un tubo plástico, el mismo que se coloca a manera de un puente en forma de U debajo de la piel. El catéter es otro tipo de acceso vascular que se introduce en las venas yugular, subclavia o femoral para uso transitorio, mientras que la fístula o el injerto estén en condiciones de usarse.<sup>(3)</sup>

Se debe tomar en cuenta que a nivel mundial según el reporte realizado por Fresenius Medical Care Survey, se estima que la población de pacientes con cualquier modalidad de tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal) es de 2.786.000 pacientes.

Además 1.929.000 se encuentran recibiendo hemodiálisis, 235.000 reciben diálisis peritoneal y 622.000 son portadores de trasplante renal.<sup>(19)</sup>

La Sociedad latinoamericana de nefrología e hipertensión (SLANH) en el 2016, menciona que Ecuador se encuentra en el séptimo lugar con 748 personas por cada millón de habitantes con enfermedad renal crónica terminal con terapia de reemplazo renal. Mientras que los países que ocupan los primeros puestos son Puerto Rico, Chile, México, Uruguay, Argentina, Brasil.<sup>(20)</sup>

Incluso se menciona, que los pacientes en HD se han incrementado de forma alarmante según datos obtenidos por el MSP. Durante los años 2015 al 2017 se atendieron en la red pública integral de salud en hemodiálisis: a 3.102 pacientes (24,8 %), en diálisis peritoneal a 2.101 pacientes (14,8 %), total cobertura 5.203 (39,7 %), trasplante renal ideal: 520 pacientes (10 %), el resto de pacientes es atendido en IESS y Red Privada.<sup>(10,21)</sup>

Sin embargo, este tratamiento constituye un desafío en el manejo de la ERC, se debe realizar un exhaustivo análisis sobre las condiciones clínicas, sociales y las comorbilidades presentes, pues servirán de base para un proceso de toma de decisiones adecuado, priorizándose calidad de vida sobre supervivencia. El tratamiento con diálisis en pacientes mayores debe ser brindado a todos aquellos a los que contribuya a prolongar una mejor calidad de vida, excluyendo el tratamiento para prolongar un proceso mortal. Se trata de añadir vida a los años y no años a la vida.<sup>(22)</sup>

En la bibliografía consultada no se constata una contraindicación absoluta para la HD, únicamente se plantea no ofrecer este tratamiento a pacientes con dolor intratable (neoplásicos terminales) en estado vegetativo. En el caso de enfermedades malignas, se contempla la realización de HD si se prevé una supervivencia superior a seis meses.<sup>(15)</sup>

Por lo anteriormente descrito, se debe reconocer que el paciente hemodialítico tendrá comprometido varios aspectos relacionados con su salud, debido a las condiciones de tratamiento y la evolución crónica de la enfermedad. Por lo que presenta factores que desencadenan: estrés, aislamiento social, así como limitaciones a la posibilidad de locomoción y paseos, disminución de las actividades físicas, dependencia y sentimiento de miedo e inseguridad con relación a la salud y bienestar.<sup>(23)</sup>

Renz et al.<sup>(24)</sup> menciona que las principales complicaciones que presenta este tipo de paciente durante y posterior a la HD son: hipotensión, calambre en las extremidades inferiores, manos y abdomen relacionado con la hipovolemia, la hipomagnesemia, y los niveles séricos elevados

de leptina y dolor. Oliveira<sup>(25)</sup> concuerda con lo mencionado por Renz et al.<sup>(24)</sup> y agrega varias complicaciones entre las cuales describió: náuseas y vómitos, dolor de pecho y espalda, edema pulmonar agudo, síndrome de desequilibrio hidroelectrolítico, provocando que en el diario vivir se experimenten sensaciones de incapacidad y debilidad. Salvador y Gulias<sup>(26)</sup> consideran que la fiebre y escalofríos en pacientes en HD debe ser atribuida a infecciones endovasculares, sobre todo en presencia de un catéter venoso de alto flujo.

Pereira et al.<sup>(15)</sup> indica en su estudio que las alteraciones musculares son factores limitantes de su capacidad funcional. El estilo de vida sedentario es una de las principales causas de la baja capacidad física y un elemento de riesgo independiente de muerte en pacientes con ERC terminal sometidos a HD.

El profesional sanitario debe tomar en cuenta el estado emocional del paciente hemodialítico y no solo ofrecer el mejor tratamiento técnico posible. Por ello, se recomienda que se comience a ofrecer apoyo emocional en la etapa pre-diálisis para dar al paciente recursos que le sean de ayuda a la hora de afrontar los diversos cambios que tendrá en su vida. De esta forma podrá tolerar el estrés y adaptarse a las necesidades propias de la enfermedad.<sup>(27)</sup>

Esto se fundamenta con lo mencionado por Olmedo et al.<sup>(28)</sup> quien recalca que cualquier enfermedad crónica que pueda ocasionar la muerte, crea un estado de rabia. Incluso se añade un factor de estrés al saber que en el caso de este tipo de usuarios su vida está ligada a una máquina de por vida, dando lugar a cambios de carácter negativos e inesperados, permanentes y estables. Convertirse en un enfermo crónico supone un impacto que afecta a la autoimagen, la sensación de inseguridad y de control sobre los acontecimientos. Además de requerir un periodo de afrontamiento donde las respuestas emocionales del enfermo están relacionadas con la ansiedad y las alteraciones del ánimo.

Igualmente, los cambios psicosociales y biológicos relacionados con el tratamiento de diálisis aumentan el riesgo de desarrollar depresión. Se estima que esta población tiene tasas de este trastorno de tres a cuatro veces más altas que la población general y de dos a tres veces más altas que en individuos con otras enfermedades crónicas<sup>(24)</sup>.

La depresión también aumenta el riesgo de progresión de la enfermedad renal, peores resultados clínicos y mortalidad. En este sentido el profesional de enfermería que se encuentra en contacto directo con el paciente durante la sesión de HD puede identificar mediante expresiones verbales o fáciles sentimientos de tristeza o factores que afectan la calidad de vida de estos pacientes. Incluso desarrollar actividades capaces de reducir los síntomas, mejorar la

capacidad física y mental, promover el autocuidado, el confort y ayudar a los pacientes a adaptarse y hacer frente a los problemas.<sup>(24)</sup>

Hernández et al.<sup>(29)</sup> se enfocan en la jerarquía de Maslow con las necesidades de los pacientes en hemodiálisis. Describen que la necesidad más alta fue la autorrealización, mientras que la más baja fue de amor y pertenencia, lo que apoya que la vida de los pacientes con HD requieren de intervenciones de afrontamiento y adaptación con el fin de obtener mayor supervivencia. La sed es un síntoma frecuente y estresante que experimentan los pacientes en hemodiálisis, por lo tanto, la educación del paciente y la creación de actividades oportunas con respecto a la dieta, restricción de líquidos y otras limitaciones físicas son parte de las necesidades fisiológicas básicas que deben cumplirse.<sup>(29,30,31)</sup>

La seguridad es la segunda etapa de la jerarquía de Maslow, donde los pacientes necesitan sentirse seguros y protegidos durante las sesiones de diálisis. Lo que indica que el equipo de salud debe estar lo suficientemente entrenado para atender e identificar oportunamente cualquier tipo de complicación que ocurra durante las sesiones de hemodiálisis. Así mismo la intervención oportuna por parte de psicología para la reducción de síntomas relacionados con depresión, ansiedad e ira. Incluso se encontró que la angustia emocional se encuentra en el diario vivir pues sintieron pérdida de su propósito de vida, ya que consideraban que ahora está desprovista de cualquier ambición, o que no hay nada en el futuro para ellos, después de haber sido diagnosticados con enfermedad renal terminal.<sup>(29,30,31)</sup>

El profesional de Enfermería emplea la investigación basada en el conocimiento propio, como evidencia para el razonamiento crítico y la toma de decisiones en el quehacer diario. Cuando se maneja la teoría y las evidencias basadas en ella para guiar su práctica mejora la calidad de los cuidados que proporcionan, por ejemplo, deciden la acción de Enfermería apropiada para el momento.<sup>(32)</sup>

Con lo expuesto anteriormente, se debe destacar que en la práctica existe un vacío en el sustento teórico para la determinación del cuidado con un enfoque en la promoción de la comodidad. Como se describe en la teoría de Katharine Kolcaba, quien define al confort como una experiencia inmediata y holística de la persona de realizarse cuando se satisfacen las necesidades, para tres tipos de confort: alivio, tranquilidad y trascendencia; incluso reafirma la idea de que las intervenciones de confort no suelen ser completamente técnicas, sino que complementan la asistencia clínica, a la vez que abogan por integrar las necesidades humanas básicas.<sup>(33)</sup>

Kolcaba nació en Clevelan, Ohio en 1944; en 1965 se diplomó en enfermería en St. Luke's Hospital de Clevelan. Trabajo tiempo parcial durante algunos años como enfermera medicoquirúrgica, considerando el cuidado prolongado y cuidado domiciliario. Estudio una especialidad en gerontología, mientras la llevaba a cabo, asumió el cargo de enfermera en jefe de la unidad de demencia. En dicha unidad, empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort.<sup>(34)</sup>

Según Kolcaba conceptualiza tres tipos de comodidad entre los cuales se menciona: alivio de los malestares que presentan los pacientes, tranquilidad o estado de calma relacionado con el estado físico y psicológico, finalmente trascendencia cuando el paciente es capaz de superar sus problemas y dolor fortaleciéndolo como persona.<sup>(34)</sup>

Los tipos de comodidad también se relacionan con los cuatro contextos de la experiencia como: físico referente a las sensaciones corporales, psicoespiritual el cual pertenece a la consciencia interna del yo acompañado de la autoestima, autoconcepto, sexualidad y el significado de la vida en relación con un orden o estado superior. Mientras que el social hace referencia a las relaciones interpersonales y finalmente el ambiental que incluye al entorno y condiciones externas como: luz, ruido, temperatura, entre otros. Buscando la correlación de los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual se encuentra la comodidad.<sup>(34)</sup>

El confort son todas aquellas sensaciones que se forman en los pacientes que han recibido las intervenciones, que les permite encontrar el equilibrio dentro de las diversas situaciones que deben enfrentar durante el estado de hemodiálisis. Mientras que la variable de intervención corresponde a las diferentes actividades del vivir cotidiano de los pacientes, en los que involucra o altera su percepción de comodidad.<sup>(35)</sup>

Por lo tanto, las actividades que producen comodidad y bienestar en el paciente hemodialítico les permitirá experimentar la sensación de alivio tranquilidad y trascendencia en sus cuatro aspectos: psicoespirituales, físicos, ambientales y socioculturales. Se denomina confort considerando que va más allá que la ausencia del dolor y comodidad física. Por ello, se utiliza esta teoría debido a la simplicidad y claridad de sus conceptos que son aplicados en la práctica diaria, convirtiéndose en el eje fundamental dentro de la disciplina enfermera.<sup>(35)</sup>

La teoría del Confort desarrollada por Kolcaba menciona en sus metaparadigmas el cuidado integral en el cual intervienen definiciones como: persona calificada como receptor o receptores del cuidado (paciente, individuo o familia). El segundo es el cuidado de Enfermería donde se realiza la valoración de las distintas necesidades de confort y aplican las

intervenciones de enfermería al paciente hemodialítico. El tercero es la salud y comprende el funcionamiento adecuado de los sistemas del paciente, familia y profesionales de salud, mientras que el entorno es considerado todo el ambiente que rodea al paciente en general y el cual la enfermera puede modificar para suplir la necesidad del paciente relacionado con el confort.<sup>(35)</sup>

También señala tres afirmaciones: la primera se centra en que las intervenciones son eficaces, pues permiten aumentar el confort de los receptores. Posteriormente sugiere que el paciente puede manifestar si está satisfecho con las acciones tomadas. Finalmente refiere que mientras más implicación por parte del centro de salud para mejorar la calidad de atención se presente mayor será la capacidad de satisfacer las necesidades de confort hacia los usuarios.<sup>(35)</sup>

Katharine Kolcaba en la teoría del confort, menciona los siguientes supuestos: los seres humanos ofrecen diferentes respuestas ante estímulos complejos, la comodidad es un tipo de respuesta deseable que se relaciona íntimamente con la disciplina enfermera. Todas las personas se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga, el aumento del bienestar ayuda a que los pacientes escojan conductas en búsqueda de la salud.<sup>(34)</sup>

El desarrollo de la teoría del confort se basa en tres teorías entre las que se plantearon: la teoría del alivio definida por Orlando; teoría de la tranquilidad de Henderson con las 14 necesidades básicas de los seres humanos y la teoría de trascendencia en la obra de Paterson y Zderad. Toma como referencia la teoría de Kubler-Ross quien señala los cuidados específicos que se brindan en pacientes de etapa terminal, conceptualiza la muerte digna y es considerado como un referente mundial en el manejo de la etapa final de la vida. Por ende la aplicación de cuidados que brindan confort para satisfacer sus necesidades plantean 5 etapas, a través de las cuales la mayor parte de personas que sufren de enfermedades terminales atraviesan: negación, ira, negociación, depresión y la aceptación.<sup>(36)</sup>

Kolcaba es considerada un referente fundamental para la práctica del cuidado en paciente en HD que reconoce una de las necesidades centrales de atención y objetivo de la terapéutica en estos pacientes es el confort. Una forma de expresar el arte de enfermería es mediante acciones reconfortantes y como resultado una mayor comodidad.<sup>(37)</sup>

Se ha documentado la necesidad de aplicar cuidados en las unidades de HD y que éstos se adecuen a brindar un completo bienestar en base al contexto de Kolcaba y no solo a la atención del paciente al final de la vida. El estudio realizado por Axelsson et al.<sup>(38)</sup> justifica que el

abordaje completo de cuidados en los pacientes con ERC puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, independiente de los planes terapéuticos y ser adaptados a las necesidades de pacientes y sus familias.

De acuerdo al estudio de Agüero<sup>(22)</sup> determina aspectos que deben ser tratados en el paciente hemodialítico como: manejo del dolor, trastornos del sueño, disfunción sexual vinculado a ERC. Igualmente, el diagnóstico y tratamiento de la depresión en diálisis, rehabilitación física, evaluación de la calidad de vida, cuidado integral del paciente renal al final de la vida, apoyo psicosocial y espiritual a pacientes, familiares y cuidadores.

El paciente hemodialítico puede presentar un deterioro de la comodidad debido a una serie de factores como: pérdida de autonomía por desplazamiento a unidades de hemodiálisis, limitación para realizar las actividades de la vida diaria, falta de apoyo de los familiares, carencia en la autoimagen, pérdida de sentido de la vida, ansiedad, debilidad entre otros.<sup>(39)</sup> La mayoría de estudios existentes se han centrado en determinar una correcta atención al usuario dejando de lado la oportunidad de brindar confort para mejorar su calidad de vida. Por lo que Kolcaba permite identificar los elementos o aspectos que impiden el estado de completo bienestar del usuario.<sup>(39)</sup>

Lo cual se fundamenta en el estudio de Meneses et al.<sup>(39)</sup> determina cinco subcategorías para estar y sentirse cómodo: bienestar psicológico, ambiente tranquilo, buena calidad de atención, sin cambios de salud y reducción en la frecuencia/duración de la hemodiálisis. En cuanto a la dimensionalidad, el alivio se consigue cuando el paciente está desconectado de la máquina, no asiste a una sesión o no presenta manifestaciones clínicas de complicaciones de la hemodiálisis.

En la calma, malestares visibles vinculados al cambio de rutina; abandono de actividades laborales; dificultades económicas y escaso apoyo familiar; y problemas psicoespirituales que se debilitan a diario, haciéndolos vulnerables al malestar. En la trascendencia aparecieron como índices la ausencia de síntomas, el apego a la religión, la fe o espiritualidad y la resiliencia a la nueva rutina.<sup>(39)</sup>

El paciente que se somete a HD también sufre cambios en su vida habitual, y es fundamental que entienda: restricciones en alimentos, complicaciones, uso de medicamentos, cambios en su imagen, trastornos emocionales (conflicto y ansiedad), disminuyendo la adherencia a la terapia.<sup>(40)</sup> Todos estos conocimientos interfieren con el autocuidado y con su estado de comodidad, dado que el individuo es el principal responsable de su calidad de vida ya que vivir con diálisis esta fuera de su zona de confort.<sup>(40)</sup>

Convirtiéndose en beneficiosa la intervención de cuidados de enfermería, que promueve un cambio positivo significativo en la mejora del diario vivir mediante la dieta, control de la presión arterial, peso, ejercicio y descanso. Por lo tanto, los cuidados en salud de enfermería se deben aplicar de una manera continua en la práctica clínica con la finalidad del confort de los pacientes. <sup>(40)</sup>

Por esta razón, la teoría del confort aplicada por el personal de enfermería debe mejorar y mantener un buen estado de salud del hemodialítico. Mediante la observación continua y permanente para detectar complicaciones intradialíticas y poder actuar inmediatamente ante eventos adversos. Para lo cual debe conocer qué es lo mejor para el paciente, responder a sus necesidades, ser técnicamente competente, dominar científicamente el procedimiento y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud. <sup>(3)</sup>

Desarrollando habilidades de comunicación como: una escucha activa para así tener la capacidad de explicar el fundamento científico de las intervenciones aplicadas al usuario. Así como, controlar las situaciones del paciente a través del manejo de sus propias emociones y apoyo constante tanto al paciente como a la familia. <sup>(3)</sup>

La finalidad de esta revisión bibliográfica es responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los cuidados basados en la teoría de Katharine Kolcaba que necesita el paciente hemodialítico?

Se plantea este tema en varios artículos como en el de Partida et al. <sup>(41)</sup> mencionan que para el personal de enfermería el cuidado representa desafíos por la compleja condición física y emocional de los enfermos con ERC. Por la multiplicidad de necesidades y problemas que exigen un cuidado intensivo y específico para cada paciente, necesitando una alta capacitación que permita satisfacerlo.

La teoría del confort de Katharine Kolcaba propone un objetivo del personal de salud para la praxis de enfermería, establecida en las necesidades de cada uno de los pacientes y la participación activa de la familia para favorecer la tranquilidad y bienestar. Por lo tanto, permitirá a través de las intervenciones que se planteen brindar confort y satisfacción en cada uno de sus modos de adaptación física, psicoespiritual, ambiental y social, de esta manera contribuir en una calidad de vida mejor. <sup>(42,43)</sup>

Por consiguiente, el objetivo del presente trabajo es identificar la aplicación de la teoría de Katharine Kolcaba en el cuidado de enfermería al paciente Hemodialítico que permita la

propuesta de los principales diagnósticos de enfermería basados en la North American Nursing Diagnosis Association 2018 - 2020 (NANDA).

El presente proyecto de investigación describirá aspectos relacionados con la teoría del confort en el cuidado del paciente hemodialítico, que requiere de ayuda parcial o total para realizar las distintas actividades de la vida diaria acorde a sus limitaciones y a su terapia sustitutiva renal. Permitiendo en lo posterior la planificación de cuidados específicos a fin de mantener un adecuado estado de salud, que brinde un estado de comodidad para el usuario e incluso su familia, promoviendo la prevención de complicaciones.

## Capítulo II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio tipo documental, sobre la aplicación de la teoría de Katharine Kolcaba en el cuidado de enfermería al paciente Hemodialítico. La búsqueda se realizó en el período junio-agosto 2021 mediante la revisión y el análisis en bases de datos nacionales e internacionales como: Google Académico, Elsevier, MedLine, PubMed, Lilacs, Scielo, igualmente en páginas web oficiales de instituciones como la OMS y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP-Ecuador).

La estrategia de investigación se ha realizado mediante distintas cadenas de búsqueda definidas en las diferentes bases de datos ya mencionadas, utilizando los operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR”, “O”, “NOT” que al aplicarlas a la temática quedaron conformadas de la siguiente manera:

- Paciente hemodialítico / Hemodialytic patient / Paciente em hemodiálise
  - Hemodialytic patient AND Katherine Kolcaba
  - Hemodialytic patient AND Katherine Kolcaba NOT surgery
- Hemodiálisis / Hemodialytic / hemodiálise
  - Hemodialytic OR comfort state
  - Hemodialytic OR comfort state AND Katherine Kolcaba
- Estado de confort / Comfort state / Estado de conforto
  - Comfort state OR Hemodialytic O Theorist
- Enfermería/ nursing/ Enfermagen
  - Nursing AND comfort state
  - Nursing AND comfort state AND Katherine Kolcaba
- Teorizante / Theorist / teorico
  - Theorist AND confort state
  - Theorist AND confort state AND Katherine Kolcaba
- Katherine Kolcaba

Katherine Kolcaba AND Theorist

### Criterios de inclusión

- Restricción de tiempo: desde junio 2016 hasta 2021
- Documentos publicados en el idioma de español, inglés, portugués

- Artículos que contengan resumen, introducción, estado del arte que incluya cuidados de enfermería relacionados a la teoría del confort
- Publicaciones de los últimos 5 años en el caso de artículos y 10 años para libros, disponibles en el formato de texto completo.

Se obtuvo como resultado de la búsqueda 95 documentos convirtiéndose en la población de estudio, tomando en cuenta tesis, páginas web, guías de práctica clínica y revistas indexadas de las bases de datos electrónicas de plataformas digitales registradas a nivel mundial como fuente confiable de almacenamiento y reposición de contenido científico, mismas que al aplicar criterios de inclusión, se alcanzó una muestra conformada por la totalidad de 70 fuentes bibliográficas.

Al contextualizar en los motores de búsqueda, aplicación de la teoría de Katharine Kolcaba en el paciente hemodialítico, se encontró 95 resultados, luego de aplicar los criterios de inclusión se consiguió 80 artículos. Para optimizar la selección de la muestra se aplicó una lectura crítica descartando las investigaciones duplicadas se conformó una muestra de 70 referencias bibliográficas publicadas en revistas indexadas, regionales y de impacto mundial, los mismos que abordan la temática ya mencionada.

El análisis para la elaboración de la investigación se realizó en dos etapas: la primera donde los artículos recopilados fueron leídos y analizados para seleccionar la muestra de acuerdo con aspectos como: objetivos, metodología, resultados y conclusiones. En la segunda, se desarrolló una triangulación con la información recopilada, donde se exponen las intervenciones de enfermería en el paciente con HD; así como el registro de cita de escritores que coinciden en las intervenciones mencionadas.

Las 70 publicaciones, se emplearon en la elaboración de la introducción, planteamiento del problema y para la triangulación. La información obtenida se recopiló de: Google Académico (16), Elsevier (3), MedLine (10), PubMed (10), Lilacs (8), Scielo (19), igualmente en páginas web oficiales de instituciones como la OMS (1 página web de actualización recurrente) y 3 guías de práctica clínica del MSP-Ecuador.

El algoritmo de búsqueda se describe en el anexo 1.

### Capítulo III. DESARROLLO

Katherine Kolcaba propone en su Teoría del confort profundizar en las estrategias necesarias para incorporar cuidados terapéuticos de comodidad, de manera holística logrando un completo bienestar al receptor.<sup>(44,45,46)</sup> En relación a esta teoría, Yapud<sup>(44)</sup> menciona que tiene gran importancia desde la práctica en la disciplina de enfermería pues ayuda a planificar cuidados y proporciona una forma de validar la mejoría del confort, por lo tanto las medidas van orientadas a proveer un entorno tranquilo y agradable para satisfacer las necesidades físicas psicoespirituales que pudieran verse perturbadas por la aparición de la enfermedad.

La teoría aborda tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) y en cuatro contextos o dimensiones (físico, ambiental, psicoespiritual y social); motivo por el cual se plantea como primer punto exponer los estudios que hacen referencia a intervenciones que permiten satisfacer los cuatro contextos.

Para empezar con el primer contexto físico, los autores Aguayo y Valenzuela<sup>(32)</sup>, Nava<sup>(34)</sup> y Yapud<sup>(44)</sup> coinciden en que en esta dimensión se destaca la valoración física y el manejo del dolor, el cual se trata principalmente con la administración de analgésicos endovenosos. Además, destacan: cambios de posición, rollos de gel para evitar úlceras por presión, frazadas o mantas térmicas para aumentar la temperatura, entre otros.

Por consiguiente, Gómez et al.<sup>(47)</sup> y Nelli<sup>(48)</sup> mencionan que el dolor es un síntoma complejo en el paciente HD, evidenciándose en sus estudios que el 37-50 % experimentan de manera crónica y más del 80 % de estos lo perciben moderado a intenso. Además, trae consigo otras comorbilidades como: depresión, trastornos del sueño, inmunosupresión, lo que puede provocar que los pacientes se retiren del tratamiento. Identificar la causa que lo produce es el primer paso para ayudar a los pacientes a manejarlo adecuadamente.

Del mismo modo, Nelli<sup>(48)</sup> refiere que el dolor rara vez se maneja con un solo tipo de terapia. Es necesario el uso de una combinación de tratamientos: puede incluir el uso de terapia farmacológica y no farmacológica. Dentro del tratamiento farmacológico, la autora<sup>(48)</sup> considera que los medicamentos no sean nefrotóxicos, asimismo el MSP del Ecuador menciona utilizar opioides con precaución, manteniendo dosis y frecuencias disminuidas. El fentanilo, metadona y la oxicodona, en su presentación de acción rápida o vida media corta son los opioides de elección y más seguros en este tipo de pacientes. Además, se debe manejar dosis previas adicionales o durante el procedimiento para mantener un adecuado control del dolor.<sup>(49)</sup>

Con respecto al tratamiento no farmacológico, Nelli<sup>(48)</sup> y Sánchez<sup>(50)</sup> concuerdan que la musicoterapia es una técnica útil para controlar el dolor. Recomiendan utilizarla en el tratamiento de HD y permitir que la persona escoja la música de su preferencia, colocar la música durante todo el tratamiento de sustitución renal y escuchar música en casa.<sup>(51)</sup>

De igual forma, Sánchez<sup>(50)</sup> menciona que la musicoterapia contribuye a mejorar la presión arterial, frecuencia cardiaca. Además, es un método eficaz como intervención de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad de vida mediante la reducción de la ansiedad y la depresión de los pacientes sometidos a hemodiálisis.

Por el contrario; refiriéndose a la valoración física, Nava<sup>(34)</sup> considera que es esencial satisfacer aquellas sensaciones que se encuentren alteradas, lo que obtendrá como resultado el alivio del paciente en un malestar físico o incluso brindará un estado de calma o satisfacción, alcanzando comodidad en la mente y cuerpo.

De igual forma; distintos autores como Janeta y Melo<sup>(3)</sup> Quesada et al.<sup>(52)</sup> Aguirremota et al.<sup>(53)</sup> y Figuera<sup>(54)</sup> refieren, que el contexto físico puede enfocarse en intervenciones que se centran en: cuidado del acceso vascular, higiene personal, control de líquidos, educación sobre: alimentación, tratamiento, complicaciones o signos de alarma, actividad física.

Se considera que estas intervenciones tanto en cuidado directo como en educación, se adaptan a cubrir el contexto mencionado ya que permite un alivio mediante el control de su sintomatología como el manejo de líquidos. El cuidado a nivel del acceso vascular e incluso lograr satisfacer la necesidad de conocimiento relacionado con las sensaciones corporales que puede presentar el paciente hemodialítico, estas intervenciones se describirán a continuación.

Por ejemplo, Quesada J et al.<sup>(52)</sup> mencionan intervenciones que se centran en la valoración y manejo de líquidos en el paciente hemodialítico como: observar signos de sobrecarga/retención de líquidos (edema, oliguria, anuria), realizar un registro preciso de ingesta y excreta, vigilar el estado de hidratación, controlar los cambios de peso antes y después de la diálisis, monitorizar signos vitales.

Mientras que autores como: Janeta y Melo<sup>(3)</sup> Quesada et al.<sup>(52)</sup> y Aguirremota et al.<sup>(53)</sup> refieren intervenciones para el cuidado del acceso vascular: mantener la zona bien seca y limpia mediante lavado diario, proteger catéter al bañarse, prevenir desplazamiento o retiro accidental, cubrir el acceso vascular cuando se pueda perjudicar o infectar (labores de campo, con animales). De igual manera evitar cualquier golpe o presión en dicha zona donde está la FAV,

evadir tensiones tales como: ropa que corte la circulación, relojes, pulseras, vendajes oclusivos en el brazo portador, evitar dormir sobre el brazo indicado y tampoco permitir que se tome la presión arterial o se realice venopunción en el mismo, antes de entrar a la sesión de HD se deberá lavar el brazo, enseñar al paciente a valorar el soplo y thrill.

Autores como Janeta y Melo<sup>(3)</sup> proponen incentivar a la realización actividad física para evitar debilidad, fatiga e intolerancia a la actividad. Por lo cual sugiere: evitar ejercicios bruscos tales como levantar peso con el brazo portador, mantener la extremidad elevada durante todo el período de reposo para beneficiar el retorno venoso y evitar que surja una inflamación

De igual forma Janeta y Melo<sup>(3)</sup> y Quesada J et al.<sup>(52)</sup> coinciden en que es necesario brindar adecuada educación para mejorar el cuidado y a su vez el confort en su hogar, proporcionando información sobre: posibles signos de infección y el acceso vascular. Mientras que Figuera<sup>(54)</sup> menciona que la educación brindada no debe basarse solo en cuidados sobre el acceso vascular y tratamiento de manera general, pues sugiere que hablar sobre la alimentación realmente es fundamental en el paciente hemodialítico. El aprendizaje no debe reducirse a una enumeración de dietas, si no centrarse en los principios de una alimentación sana. Tomando las siguientes intervenciones de educación: acceso vascular, importancia de adhesión del tratamiento, posibles signos de infección: eritema, el aumento injustificado de la temperatura, el dolor, edema, drenaje de material seroso o purulento, así como síntomas de isquemia: frialdad, palidez, dolor, llenado capilar.

Como segundo contexto se encuentra el ambiental, en el que Aguayo y Valenzuela<sup>(32)</sup> Yapud<sup>(44)</sup> están de acuerdo en que distintos factores externos podrían irrumpir en la tranquilidad del paciente provocando una disminución en su confort tales como: intensidad de las luces, ruidos molestos, conversaciones en un tono muy alto, entre otros. González et al.<sup>(55)</sup> puntualiza en su estudio que se determina al ruido como el factor que mayor intranquilidad e incomodidad provoca tanto en el área de HD como hospitalización.

En este caso se considera al área de hemodiálisis, como el factor externo principal tomando como objetivo mejorar la estancia y brindar seguridad al paciente hemodialítico el momento de su tratamiento.

Igualmente, distintos autores como Janeta y Melo<sup>(3)</sup>, Quesada J et al.<sup>(52)</sup>, Montalván y Villavicencio<sup>(56)</sup>, Lima y Cavalcante<sup>(57)</sup> entre otros refieren que el contexto ambiental puede enfocarse en intervenciones que se centran en: aplicación de medidas de bioseguridad, técnicas

estériles, comprobación de equipos, medidas de comodidad por bajas temperaturas en la sala, prevención de riesgo de hipotermia, entre otros.

Se considera que estas intervenciones son relevantes, debido a que el paciente puede presentar intranquilidad cuando no se siente cómodo con el procedimiento o incluso cuando observa algo que no comprende en su totalidad, lo último mencionado se correlaciona con la actividad de educación mencionada en el contexto anterior. Por lo mismo se pretende brindar alivio y tranquilidad mediante su aplicación.

Con similar criterio Janeta y Melo<sup>(3)</sup>, Quesada J et al.<sup>(52)</sup>, Montalván y Villavicencio<sup>(56)</sup>, Lima y Cavalcante<sup>(57)</sup> en sus diferentes estudios, coinciden en la propuesta de intervenciones que satisfacen o brindan alivio en el contexto ambiental. Se relacionan con las condiciones externas que rodean al paciente en este caso el área de hemodiálisis, son: utilizar técnicas estériles, comprobación de todos los monitores que contiene el sistema para brindar seguridad al paciente, aseo adecuado del área tras el uso de cada paciente, informar señales y síntomas de hipotermia al paciente, además es importante mantener caliente al paciente con medios físicos, para evitar la pérdida de calor por convección (usar cobertores calientes).

Incluso Yapud<sup>(44)</sup> revela que en el área de HD o la habitación donde habite el usuario debe estar conformada por muebles cómodos, evitar el exceso de ruido, sugiere que en la sala de tratamiento de sustitución renal se emplee musicoterapia para evitar la tensión causada por el ruido de los monitores, uso de cortinas que impidan el paso de gran cantidad de luz, actividades de entretenimiento (lectura, televisión), todo esto ayudará también a un mejor descanso.

Con relación al tercer contexto definido como el psicoespiritual, Yapud<sup>(44)</sup> lo describe como el conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el autoconcepto y el significado de la vida; la relación de una persona con un orden o un estado superiores. Por lo que abarca a la autoestima, la fe en Dios si es el caso, ser independiente, sentirse relajado, estar informado y sentirse útil.

Incluso es necesario mencionar que el tercer contexto va de la mano con el tipo de confort de trascendencia en el cual se busca que el paciente surja de una manera holística sobrellevando los conflictos a nivel físico o espiritual, relacionando lo mencionado con el contexto psicoespiritual que se aplica en la teoría estudiada, todo esto se corroborara en los estudios mencionados a continuación.

Por consiguiente, Partida et al.<sup>(41)</sup> destaca que el cuidado de enfermería a pacientes en condición compleja o en etapa terminal como es el caso del paciente hemodialítico comúnmente supone enfrentar dilemas. Uno de las principales acciones es ejercer el cuidado frente a la resistencia o expresiones ambivalentes de los enfermos sobre recibir el tratamiento de HD, mediante la valoración de su sufrimiento, sus sentimientos y sus decisiones respecto a la continuidad del tratamiento. Esta valoración se podrá realizar mediante la escucha activa como lo menciona Quesada J et al.<sup>(52)</sup> le permitirá al paciente expresar sus sentimientos debido al cambio que presenta en su estado de salud.

Mientras que Martínez<sup>(58)</sup> en su estudio, refiere identificar: ansiedad, bajo autoestima, cambios en la imagen corporal lo que a su vez provoca inseguridad. Además, propone intervenciones como: evaluar el estado de ánimo el cual a su vez puede valorarse con cuestionarios complementarios, animar al paciente en sus decisiones, brindarle acompañamiento, mejorar el afrontamiento mediante la ayuda y apoyo a resolver problemas, alentar el uso de fuentes espirituales si fuera el caso y principalmente apoyo emocional.<sup>(58)</sup>

En este sentido Martínez<sup>(58)</sup> coincide con Moya<sup>(59)</sup> pues en su investigación sugiere que para conseguir dar apoyo emocional es necesario potenciar el afrontamiento activo del paciente ante las distintas adversidades que se va encontrando.

Por lo cual se sustenta, que el cuidado de enfermería también debe abarcar la comodidad psicoespiritual como lo menciona Katherine Kolcaba, pues la autoestima, auto concepto y el significado de la vida está plenamente afectado en el paciente hemodialítico. Una vez que alcance este tipo de comodidad alcanzará la clase de confort de trascendencia lo que traerá como resultado que el paciente se encuentre por encima de sus miedos, pensamientos negativos e incluso del dolor que esto le puede ocasionar.

Aparte de eso se logra evitar que muchas de las veces las intervenciones de enfermería se centren solo en el problema físico y la mejor forma de abordarlo, convirtiéndose en algo 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.<sup>(48)</sup>

Por último, se debe puntualizar al cuarto contexto el cual se centra en lo social, en donde Nava<sup>(34)</sup> y Yapud<sup>(44)</sup> lo definen como perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares

y sociales. Últimamente, se ha agregado la idea de cultura para incluir historias familiares, tradiciones, idioma, vestimenta y costumbres.

Se ha evidenciado que en este contexto también existe alteraciones debido a una falta de integración social por el amplio tiempo que conlleva la hemodiálisis, además por los cambios físicos los pacientes prefieren privarse de actividades de ocio porque no existe una aceptación en sus cambios de imagen o incluso no existe el apoyo suficiente a nivel familiar, todo esto se corrobora con los siguientes autores, motivo por el que es importante implementar intervenciones que ayuden a brindar confort en esta esfera.

En este sentido Martínez<sup>(58)</sup> y Espin et al.<sup>(60)</sup> coinciden con lo anteriormente mencionado, señalando que la enfermedad renal crónica es un estado difícil de aceptar para los pacientes ya que muchos de los mismos terminan en estado de negación. Por lo cual se deterioran rápidamente y hacen que su estilo de vida sea inadecuado y más aún en hemodiálisis, ya que tienen que asistir a las terapias de sustitución renal 3 veces a la semana durante 4 horas, dificultando sus actividades laborales y sociales, lo que puede resultar en un aislamiento social para el paciente.

Por otra parte, los autores Yapud<sup>(44)</sup> y Rojas<sup>(61)</sup> acotan que los pacientes renales deben disipar su mente y regular el estrés que genera su estado de salud, siendo necesario que se relacione con su familia para que sientan su apoyo. Esto se puede llevar a cabo mediante llamadas telefónicas, expresiones de cariño para que la enfermedad no se algo tedioso y molesto, por lo cual recomienda que el personal de enfermería trabaje con la familia, los incluya en los cuidados y en la educación brindada. También hace énfasis en el apoyo afectivo, este representa la sensación percibida por el paciente de tener y contar con alguien, frente a sus necesidades y sentirse acompañado socialmente.

De igual forma, Díaz<sup>(62)</sup> describe que la familia debe brindar un cuidado con amor, seguridad, ternura y un toque de alerta, esto permitirá que exista una mayor expresión de emociones, vivencias y expectativas de la calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, existe coincidencia en las intervenciones expuestas por Yapud<sup>(44)</sup>, Martínez<sup>(58)</sup>, Espín et al.<sup>(60)</sup>, Rojas<sup>(61)</sup> y Díaz<sup>(62)</sup> quienes se basan en: apoyo a la familia, estimulación a la integridad familiar, escucha activa e incluso educación.

Como resultado de la búsqueda bibliográfica se plantea la propuesta de diagnósticos de enfermería para el paciente hemodialítico basado en la teoría de Katherine Kolcaba. En referencia al contexto físico Spigolon et al.<sup>(63)</sup>, Torres et al.<sup>(64)</sup>, Dalle<sup>(66)</sup>, Galache<sup>(67)</sup> propone los siguientes diagnósticos: 00146 ansiedad, 00046 deterioro de la integridad cutánea, 00025 riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, 00004 riesgo de infección, 00133 dolor crónico, 00198 trastorno del patrón del sueño.<sup>(65)</sup>

Mientras que Lima y Cavalcante<sup>(57)</sup> proponen diagnósticos de enfermería referente al contexto ambiental de la teoría de confort, como son: 00005 riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, 00006 hipotermia, 00009 riesgo de hipotermia, 00214 disconfort.<sup>(65)</sup>

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada Spigolon et al.<sup>(63)</sup>, Salces<sup>(68)</sup>, Rus<sup>(69)</sup> proponen los siguientes diagnósticos en el contexto psicoespiritual como son: 00120 Baja autoestima situacional, 00148 temor, 00072 negación ineficaz, 00125 impotencia, 00146 ansiedad, 00069 afrontamiento ineficaz. Finalmente, las etiquetas diagnosticas propuestas por Yapud<sup>(44)</sup> en el contexto social son: 00074 afrontamiento familiar comprometido, 0053 aislamiento social, 00125 impotencia.<sup>(70)</sup>

En el siguiente cuadro se incluirá cuidados enfermeros con su respectivo diagnóstico NANDA y un análisis del contexto: físico, social, ambiental y psicoespiritual planteados por Katherine Kolcaba en su Teoría del confort.

**Cuadro 1.** Contextos de la Teoría del confort en el paciente hemodialítico

Estudio	Año de publicación	Base de obtención	Contexto	Análisis	Cuidados de enfermería	Etiquetas diagnosticas NANDA
Aguayo y Valenzuela <sup>(32)</sup>	2019	Google académico	Físico	El dolor es un síntoma común en el paciente hemodialítico, el cual aparece de manera moderada a intensa, provocando complicaciones como trastornos del sueño y aún más el abandono al tratamiento sustitutivo renal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de tratamiento farmacológico</li> <li>• Enseñanza y aplicación de musicoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00146 Ansiedad R/C factores estresantes, necesidades no satisfechas M/P impaciencia, insomnio, aumento de la sudoración</li> <li>• 00133 Dolor crónico R/C cambios en el patrón del sueño M/P expresión facial de dolor (ojos sin brillo, movimientos fijos o escasos)</li> <li>• 00198 Trastorno del patrón del sueño R/C factores ambientales (entorno no familiar, ruido ambiental, exposición a la luz, temperatura ambiental) M/P</li> </ul>
Nava <sup>(34)</sup>	2016	Lilacs				
Yapud <sup>(44)</sup>	2019	Google académico				
Gómez et al. <sup>(47)</sup>	2016	Scielo				
Nelli <sup>(48)</sup>	2016	Pubmed				
Sánchez <sup>(50)</sup>	2017	Medline				

						cambios en el patrón del sueño, dificultad para conciliar el sueño. <sup>(65)</sup>
Quesada et al. <sup>(52)</sup>	2017	Lilacs	Físico	Cuando existe una retención de líquidos el paciente notara fatiga, cansancio, disnea motivo que impedirá un estado plenamente de comodidad, razón necesaria para intervenir en el manejo de líquidos que incluso ayudara a prevenir complicaciones intra y post diálisis brindando	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar signos de retención de líquidos</li> <li>• Registro de ingesta y excreta</li> <li>• Vigilar estado de hidratación</li> <li>• Control de peso pre y post diálisis</li> <li>• Monitorización de signos vitales</li> <li>• Distribuir la ingesta de líquidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, R/C Edemas periféricos, disnea, aumento de peso excesivo interdiálisis.<sup>(65)</sup></li> </ul>

				seguridad y tranquilidad al usuario.		
Janeta y Melo <sup>(3)</sup>	2018	Google académico	Físico	Los autores consideran que un cuidado correcto del acceso vascular evitara molestias en el diario vivir del paciente hemodialítico disminuyendo sensaciones que alteren la tranquilidad del mismo, previniendo infecciones	Educación al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la zona bien seca y limpia mediante lavado diario.</li> <li>• Evitar golpes o presión en la zona de la FAV, ejemplo: ropa que corte la circulación, relojes, pulseras, vendajes.</li> <li>• Evitar dormir sobre el brazo indicado y tampoco permitir que se tome la presión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00126 Conocimiento deficiente R/C información insuficiente M/P conocimientos suficientes.</li> <li>• 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Factores mecánicos: Hematomas repetidos, zona de punción repetidas, vías centrales, sustancias químicas M/P alteración de la integridad de la piel</li> <li>• 00004 Riesgo de infección. R/C procedimientos invasivos: (acceso vascular), alteración de la integridad de la piel.<sup>(65)</sup></li> </ul>
Quesada et al. <sup>(52)</sup>	2017	Lilacs				
Aguirremota et al. <sup>(53)</sup>	2019	Medline				

				endovasculares o retiro accidental.	arterial o se realice venopunción <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de entrar a la sesión de HD se deberá lavar el brazo</li> <li>• Enseñar al paciente a valorar el soplo y thrill.</li> </ul>	
Janeta y Melo <sup>(3)</sup>	2018	Google académico	Físico	Proponen incentivar a la realización actividad física para evitar debilidad, fatiga e intolerancia a la actividad.	Se recomienda realizar: Ejercicio físico al menos treinta minutos diarios, 5 veces a la semana (150 min total). Dicho ejercicio puede incluir caminata ligera, ciclismo o natación a un ritmo constante que represente esfuerzo moderado según la capacidad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00093 Fatiga R/C afección fisiología M/P aumentos de los síntomas físicos, aumento de requerimiento de descanso, deterioro de la habilidad para mantener la actividad física habitual.<sup>(65)</sup></li> </ul>

<p>Aguayo y Valenzuela<sup>(32)</sup> Yapud<sup>(44)</sup>  González et al.<sup>(55)</sup></p>	<p>2019  2019  2017</p>	<p>Pubmed  Google académico  Scielo</p>	<p>Ambiental</p>	<p>El ruido y la intensidad de luces se consideran los factores más estresantes en la sala de hemodiálisis, provoca incomodidad y discomfort durante el tratamiento sustitutivo renal o de igual manera en el área de hospitalización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar el exceso de ruido, sugiere que en la sala de HD se emplee musicoterapia para evitar la tensión causada por el ruido de los monitores.</li> <li>• Uso de cortinas que impidan el paso de gran cantidad de luz.</li> <li>• La habitación donde habite el usuario debe estar conformada por muebles cómodos.</li> <li>• Actividades de entretenimiento (lectura, televisión), todo esto ayudará también a un mejor descanso.</li> </ul>	<p>00214 Discomfort R/C régimen terapéutico, control insuficiente sobre su entorno M/P sensación de discomfort, cambios en el patrón del sueño, sensación de frío, ansiedad, incapacidad para relajarse, inquietud.  (65)</p>
--	---	---	------------------	--	---	---

Janeta y Melo <sup>(3)</sup>	2019	Google académico	Ambiental	La hipotermia es un síntoma común durante la sesión de HD dándose una pérdida de temperatura por convección a causa de una vasoconstricción periférica presentándose escalofríos y malestar en el usuario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar señales y síntomas de hipotermia al paciente.</li> <li>• Mantener caliente al paciente con medios físicos, (usar cobertores calientes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C temperaturas ambientales y afección que perjudica la regulación de la temperatura.</li> <li>• 00006 Hipotermia R/C temperatura ambiental baja, transferencia de calor (convección) M/P escalofríos, piel fría al tacto.</li> <li>• 00009 Riesgo de hipotermia R/C Temperatura ambiental baja, transferencia de calor (convección).<sup>(65)</sup></li> </ul>
Quesada J et al. <sup>(52)</sup>	2016	Lilacs				
Montalván y Villavicencio <sup>(56)</sup>	2020	Pubmed				
Lima y Cavalcante <sup>(57)</sup>	2017	Scielo				
Yapud <sup>(44)</sup>	2019	Google académico	Psicoespiritual	El paciente hemodialítico puede presentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La escucha activa le permitirá al paciente expresar sus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00120 Baja autoestima situacional R/C alteración de la imagen corporal M/P verbalización de negación de sí mismo.</li> </ul>

Partida et al. <sup>(41)</sup>	2019	Scielo		expresiones ambivalentes a causa del cambio brusco en su diario vivir. Presenta: temor, tristeza, ansiedad, sufrimiento, pérdida de creencias, baja autoestima ligado a cambios en su imagen corporal e incluso se afecta su capacidad de tomar decisiones con respecto a si mismo.	sentimientos debido al cambio que presenta en su estado de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00148 Temor R/C separación del sistema de apoyo, entorno desconocido M/P sentimiento de temor, disminución de la seguridad en si mismo.</li> <li>• 00072 Negación ineficaz R/C temor a la muerte, ansiedad, amenaza a una realidad desagradable, apoyo emocional insuficiente, afrontamiento ineficaz M/P emociones inapropiadas, no acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida, rechaza y retraso en los cuidados sanitarios</li> <li>• 00125 Impotencia R/C régimen terapéutico complejo M/P depresión.</li> <li>• 00146 Ansiedad R/C grandes cambios (estado de salud, entorno), factores estresantes M/P</li> </ul>
Quesada J et al. <sup>(52)</sup>	2016	Lilacs				
	2020	Elsevier				
Martínez <sup>(58)</sup>	2017	Scielo			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente en sus decisiones.</li> <li>• Mejorar el afrontamiento mediante la ayuda y apoyo a resolver problemas.</li> <li>• Alentar el uso de fuentes espirituales si fuera el caso y principalmente apoyo emocional.</li> </ul>	
Moya <sup>(59)</sup>						

						<p>angustia, incertidumbre, sentimiento de insuficiencia, sufrimiento, preocupación, cambios en el patrón del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 00069 Afrontamiento ineficaz. R/C confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación, alto grado de amenaza, incertidumbre M/P conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de problemas e incapacidad para mejorar la situación.<sup>(65)</sup></li> </ul>
<p>Nava<sup>(34)</sup></p> <p>Yapud<sup>(44)</sup></p> <p>Martinez<sup>(58)</sup></p>	<p>2016</p> <p>2019</p> <p>2020</p>	<p>Lilacs</p> <p>Google académico</p> <p>Elsevier</p>	<p>Social.</p>	<p>Este contexto se ve alterado debido a una disminución de la integración social, pues el paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación a la familia sobre los cuidados antes, durante y después de la hemodiálisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 00074 Afrontamiento familiar comprometido R/C enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia M/P preocupación del paciente por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud.</li> </ul>

Espin et al. <sup>(60)</sup>	2017	Google académico		hemodialítico prefiere privarse de actividades de ocio por falta de aceptación de su imagen o por falta de apoyo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar al apoyo afectivo, para que el paciente se sienta acompañado socialmente.</li> <li>• Disipar su mente y regular el estrés que genera su estado de salud mediante llamadas telefónicas, expresiones de cariño para que la enfermedad no se algo tedioso y molesto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0053 Aislamiento social R/C factores que causan un impacto en las relaciones personales M/P enfermedad.</li> <li>• 00125 Impotencia R/C interacciones interpersonales insuficientes M/P frustración por la incapacidad de realizar actividades previas.<sup>(65)</sup></li> </ul>
Rojas <sup>(61)</sup>	2019	Google académico				

## CONCLUSIONES

- La teoría del confort de Katherine Kolcaba se aplica al paciente hemodialítico mediante cuatro contextos: físico, ambiental, social y psicoespiritual. Lo que a su vez proporciona una sensación de alivio, tranquilidad y trascendencia al existir una relación entre los contextos y tipos de confort, logrando obtener un cuidado holístico y humanizado en el paciente hemodialítico.
- En la revisión de los distintos artículos científicos, se logró identificar y analizar las principales intervenciones para el paciente hemodialítico como son: control de líquidos, cuidados del acceso arteriovenoso, educación sobre estilos de vida, escucha activa, apoyo emocional, apoyo al cuidador y a la familia, aplicación de técnicas asépticas y brindar medidas de comodidad en el entorno del paciente, manejo del dolor con tratamiento farmacológico y no farmacológico como la musicoterapia.
- Las principales etiquetas diagnósticas que se identifican en estos usuarios son: ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, riesgo de infección, dolor crónico, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, hipotermia, riesgo de hipotermia, disconfort, temor, negación ineficaz, impotencia, ansiedad, afrontamiento familiar comprometido y aislamiento social; que establecerán el punto de partida para el posterior desarrollo de intervenciones que permitan mantener un adecuado estado de salud, que brinde un estado de comodidad para el usuario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad crónica del riñón. OMS [Internet]. 2017.[citado 2021 Jun 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de práctica clínica [Internet]. 2018 [consulta el 1 de junio de 2021]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia\\_prevencion\\_diagnostico\\_tratamiento\\_enfermedad\\_renal\\_cronica\\_2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf)
3. Janeta Cayambe J. & Melo Freire J. Cuidados de Enfermería en pacientes que reciben Hemodiálisis. Ecuador, 2018. Unach [Internet]. 2019 [citado 2021 Julio 17]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5683/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0025.pdf>
4. Aldrete Velasco JA, Chiquete E, Rodríguez García JA, Rincón Pedrero R, Correa Rotter R, García Peña R et al . Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2021 Jul 18].Disponible en:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662018000400004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400004)
5. Gómez Carracedo A, Arias Muñana E. Insuficiencia renal crónica. Tratado de geriatría. 2017. P:637-646.
6. Alvis Peña D, Calderón Franco C. Descripción de factores de riesgo para mortalidad en adultos con enfermedad renal crónica en estadio 3 – 5. AMP [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Junio 09]; 37(2):163-8 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-163.pdf>
7. Vos T, Bikbov B. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet [Internet]. 2020 Feb [citado 2021 Jul 01] ; 395( 20 ): 709-33. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930045-3>
8. Chuquicondor Rochina S, Espín Chalán M, Machado Herrera P. Cuidados de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según Hildegard Peplau.

- Unach [Internet]; 2019 [citado 2021 Jul 01. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6096/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0038.pdf>
9. Huertas, J; Osorio W, Loachamín, F; Guala, G; Heredia, J; Gavidia, J; Silva, D; Larrea, M; Gerka, P; Pareja, C; García, G; Bonilla E. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. MSP, editor. Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud Pública [Internet] 2018 [citado 2021 Jul 01] ; 1-111. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2018/10/guia\\_prevencion\\_diagnostico\\_t ratamiento\\_enfermedad\\_renal\\_cronica\\_2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2018/10/guia_prevencion_diagnostico_t ratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf)
  10. Quinde G. Prevalencia en Latinoamérica de diálisis y factores de progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos e hipertensos. [Internet]. 2019 Febrero [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13999/1/QUINDE%20SEMIGLI A%20CRISTINA%20GISELLA.pdf>
  11. Lorenzo Sellares V, López Gómez JM. Principios físicos en Hemodiálisis. Nefrología al día. Sociedad Española de Nefrología. [Internet]. 2019 Junio [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-principios-fisicos-hemodialisis-188>
  12. Díaz T, Gómez B, Robalino P, Lucero A. Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador.[Internet]. 2018 Jun. [citado 2021 Junio 09]; 22(2): 312-324. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812018000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812018000200011&lng=es).
  13. Torres Rondón G, Bandera Ramos Y, Ge Martínez P, Amaro Guerra I. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica en pacientes del municipio de II Frente. MEDISAN [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Jul 08] ; 21( 3 ): 265-272. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192017000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000300004&lng=es).
  14. Gárate Campoverde M, Mena De La Cruz R, Cañarte Baque G, Sarmiento Cabrera M, Delgado Janumis D. Patología desencadenante en la enfermedad renal crónica. Dialnet 2019 Enero; 1(5) pp. 218-241
  15. Pereira Rodríguez J, Boada Morales L, Peñaranda Florez D, Torrado Navarro R, Diálisis y hemodiálisis. Nefrología Argentina [Internet]. 2017 Jul [citado 2021 Junio

- 15]; Disponible en: [http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15\\_2/articulo2.pdf](http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf).
16. Buitrago C, Restrepo C, Torres J, Serna J. Diálisis peritoneal. Nefrología básica 2. 2º ed, Barcelona 2018. Capítulo 28. pp 243-257
17. Lorenzo Sellares V, López Gómez JM. Principios físicos en Hemodiálisis. Nefrología al día. Sociedad Española de Nefrología. [Internet]. 2019 Junio [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-principios-fisicos-hemodialisis-188>
18. Pat Piaskowski. Hemodiálisis y diálisis peritoneal. [Internet]. 2016 Junio [citado 2021 Junio 09]; Cap 19 pp 289-302. Disponible en: [https://www.theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish\\_ch19\\_PRESS.pdf](https://www.theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch19_PRESS.pdf)
19. Silva Tobar S. Hemodiálisis: antecedentes históricos, su epidemiología en Latinoamérica y perspectivas para el Ecuador. Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación. Ene-Mar 2016. [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/EPISTEME/article/view/210/117>.
20. Gonzalez M, Rosa G, Ferreiro A. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. Nefrol Latinoam. . [Internet]. 2017. [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nefrologia-latinoamericana-265-articulo-elregistro-latinoamericano-dialisis-trasplante-S2444903216300051>
21. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de salud renal. [Internet]. 2015 [citado 2021 Junio 15]; Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1469/Presentación%20Diálisis%20Criterios%20de%20Priorización%20y%20Planificación.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentación%20Diálisis%20Criterios%20de%20Priorización%20y%20Planificación.pdf)
22. Agüero D. Implementación de cuidados paliativos en la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Rev. Arg. de Gerontología y Geriátría; [Internet]. 2018 May [citado 2021 Jun 17]; Vol 32(1): pp 57-67. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2018/08/RAGG-08-2018-57-67.pdf>
23. Costa Gabrielle M, Pinheiro M, Gomes N, Medeiros S, Cossi Santos M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Enferm glob. [Internet]. 2016 Jul [citado 2021 Jul 18] ; 15( 43 ): 59-73. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412016000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000300003&lng=es).

24. Renz C, Winkelman E, Hildebrandt L, Barbosa D, Colet C, Fernandes E. Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2020.[citado 2021 Julio 10]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNYTBwTMqt4br7svXJT4v/?format=pdf&lang=es>
25. Oliveira E. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS.2017.[citado 2021 Julio 9].Disponible en: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/hemodialisis>
26. Salvador Zubirán, Gullías Herrero A. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias. Complicaciones agudas asociadas a hemodiálisis.7º ed Mex. Mc Graw Hill 2016. Capitulo 53.
27. Moya Ruiz M. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet] 2017: enero-marzo [citado 2021 Jun 17];20 (1): pp 48-56 Disponible en : [https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n1/07\\_original6.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n1/07_original6.pdf)
28. Olmedo Moreno N, Sánchez Izquierdo F, Urbón Peláez N, Rico González A, Milagro Abad Lambert M, González Miñano J. Valoración enfermera del estado emocional del paciente en hemodiálisis mediante la herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D). [Internet] 2017 [citado 2021 Jun 17]; Disponible en: <https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094100094097424170>
29. Hernández Zambrano S, Torres Melo L, Barrero Tello S, Saldaña García Isl, Sotelo Rozo K, Carrillo Algarra A . Needs of paliative care in hemodialysis perceived by patients, principal caregivers and nursing professionals. Enferm Nefrol [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Jul 18] ; 22( 2 ): 141-149. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S225428842019000200141&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842019000200141&lng=es)
30. Velázquez Pérez Y, Espín Andrade M. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Rev Cubana Salud Pública. 2014;40(1):3-17.
31. Bayoumi, M. Identification of the needs of haemodialysis patients using the concept of maslow's hierarchy of needs. Journal of Renal Care. 2012;38: 43-9.

32. Aguayo Verdugo N, Valenzuela Suazo, S. Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería. Sarus [Internet]. 2019 [citado 2021 Jul 18]; 1(9): pp 26-37. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Sanus/2019/no9/3.pdf>
33. Bosch Alcaraz A, Falcó Pegueroles A, Alcolea Monge S, Domínguez Delso Mc, Santaolalla Bertolin M, Jordán I. La teoría del confort en los cuidados enfermeros. Revista Rol de Enfermería 2018. [citado 2021 Julio 9]. Disponible en: <https://medes.com/publication/140630>
34. Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoríade rango medio del confort. NeurológicaEnf Neurol 2016.[citado 2021 Julio 9]. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/113/113>
35. Paillacho M. Teoría del confort en el cuidado al adulto mayor encamado. 2020. .[citado 2021 Julio 15]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7142/1/TESIS%20Myrian%20Patricia%20Paillacho%20Coque-ENF.pdf>
36. Alligood M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 2018. [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&q=.+Modelos+y+teorias+de+enfermeria&ots=6p3ykm0o1K&sig=NfXqZVC0UBtfZLGAuF\\_k-W\\_KAg](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&q=.+Modelos+y+teorias+de+enfermeria&ots=6p3ykm0o1K&sig=NfXqZVC0UBtfZLGAuF_k-W_KAg)
37. Gomez O, Carrillo G, Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016. [citado 2021 Julio 03]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a04.pdf>
38. Axelsson L, Alvariza A, Lindberg J, Ohlén J, Hakanson C, Reimertz H. et al. Unmet Palliative Care Needs Among Patients With End-Stage Kidney Disease: A National Registry Study About the Last Week of Life. Journal of Pain and Symptom Management. 2018;55(2):236-44
39. Menezes S, Silva R, Alencar G, Lima L, Caetano J, Meaning and dimensionality of state of comfort in patients with chronic hemodialysis kidney disease. 2020. [citado 2021 Julio 03]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/7zzTPTk3DTVzRhGjgwPvmxz/?lang=en>
40. Duque A, Tovar D. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. Enferm Nefro 2016. [citado 2021 Julio 9]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n3/03\\_revision2.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n3/03_revision2.pdf)

41. Partida K, Tejada L, Chávez Y, Hernández O, Lozano M, Anguiano A. El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. Elsevier. 2019. [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/yX3zxJHLnpR9XLXgvwzVH3d/?lang=es>
42. Bosch Alcaraz A, Falcó Pegueroles A, Alcolea Monge S, Domínguez Delso Mc, Santaolalla Bertolin M, Jordán I. La teoría del confort en los cuidados enfermeros. Rol de Enfermería 41(10). [Internet].; 2018. [citado 2021 Junio 09]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-179761>
43. Santos M, Garcia R, Silva M. Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Scielo.2021. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000100017](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100017)
44. Yapud E. Dimensiones del confort enfocado en la Teoría De Kolcaba en pacientes encamados. Hospital San Vicente De Paúl. Ibarra. 2019. [citado 2021 Agosto 14]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10328/2/06%20ENF%201153%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
45. Bautista Rojas G. Teorías y modelos en enfermería. NLE. 2015. [citado 2021 Agosto 14]; Disponible en: [https://www.academia.edu/30862246/INSTITUTO\\_DE\\_CIENCIAS\\_Y\\_ESTUDIOS\\_SUPERIORES\\_DE\\_TAMAULIPAS\\_A\\_C\\_ANTOLOG%C3%8DA\\_TEOR%C3%8DAS\\_Y\\_MODELOS\\_EN\\_ENFERMER%C3%8DA](https://www.academia.edu/30862246/INSTITUTO_DE_CIENCIAS_Y_ESTUDIOS_SUPERIORES_DE_TAMAULIPAS_A_C_ANTOLOG%C3%8DA_TEOR%C3%8DAS_Y_MODELOS_EN_ENFERMER%C3%8DA)
46. Artanti E, Nurjannah I. Validity and reliability of shortened general Comfort questionnaire in indonesian version. Belitung nursing journal. 2018. [citado 2021 Agosto 14]; Disponible en: <https://belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/437>
47. Gómez Pozo M, Ruiz Parrado M, Crespo Garrido M, Gómez López V, Crespo Montero R. Caracterización del dolor en el paciente en hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Ago 14] ; 20( 4 ): 295-304. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S225428842017000400295&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842017000400295&lng=es).

48. Nelli A. Manejo del dolor crónico en pacientes en diálisis. DPC [Internet]. 2020 Ago [citado 2021 Ago 14] ; Disponible en: <https://www.dpcedcenter.org/wp-content/uploads/2020/08/Managing-Chronic-Pain-in-Dialysis-Patients-Spanish.pdf>
49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tratamiento del dolor oncológico en adultos. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; [Internet]. 2017. [citado 2021 Ago 14] ; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Dolor-oncol%C3%B3gico-GPC-final-12-12-2016-1.pdf>
50. Sánchez Z. Efecto de la musicoterapia en la frecuencia de asistencia a tratamiento y tiempo de permanencia en cada sesión entre personas que reciben hemodiálisis. [Internet]. 2019. [citado 2021 Ago 14] 1(5).
51. Nava Mateos M, Olmo Barros M. La musicoterapia como mejora de contextos hospitalarios. Revista de Investigación en Musicoterapia. [Internet] 2020 [citado 2021 Agos 14].
52. Quesada J, Velasco P, García A. Plan de cuidados del paciente en hemodiálisis. 2016. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: <https://www.revistaseden.org/files/235a.pdf>
53. Aguirremota M, Andollo M, Cano M, Esparza M, Gonzalez M, Mayor F, Merino M. Guía de cuidados para el enfermo renal. España. 2016. [citado 2021 Julio 31]; Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_ezencr\\_cruces\\_infoutil/es\\_def/adjuntos/otras/2016NFRSIN117%20Gu%C3%ADa%20Paciente%20Renal%20CAS.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_ezencr_cruces_infoutil/es_def/adjuntos/otras/2016NFRSIN117%20Gu%C3%ADa%20Paciente%20Renal%20CAS.pdf)
54. Figuera E. Cuidado humano dado al paciente renal con tratamiento sustitutivo por los profesionales de enfermería en la unidad de diálisis Juan Pablo II, distrito sanitario n° 5 municipio Libertador. Caracas. 2017. [citado 2021 Julio 31]; Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/4608/1/Cuidado%20humano%20al%20paciente%20renal.pdf>

55. Gonzalez A, Montalvo A, Herrera A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. 2017. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf>
56. Montalván L, Villavicencio J. Cuidados de enfermería en personas que reciben hemodiálisis. 2020. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: <file:///C:/Users/pc/Downloads/CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20PERSONAS%20QUE%20RECIBEN%20HEMODIALISIS.pdf>
57. Lima L, Cavalcante M. Diagnósticos e intervenciones de enfermería del dominio seguridad y protección de los pacientes en hemodiálisis. Scielo. 2017. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300001)
58. Martínez S. Cuidados de enfermería en la gestión emocional del paciente en hemodiálisis. Rev Nefrol Dial Traspl. 2020; 40 (03):237-41. [citado 2021 Julio 31]; Disponible en: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/537/1049>
59. Moya M. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. Scielo Enferm Nefrol [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Ago 01]; 20(1): 48-56. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S225428842017000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842017000100007&lng=es).
60. Espin A, Campoverde E, Rivera V. El estilo de vida y la dinámica familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Ambato (IESS).2017. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/185>
61. Rojas K. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes adultos en hemodiálisis en un Hospital Lima Enero – Junio. 2019 [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7092/Apoyo\\_RojasConteras\\_Karol.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7092/Apoyo_RojasConteras_Karol.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
62. Díaz N. Enfermería: modos de cuidar del paciente con tratamiento en hemodiálisis. 2019. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15231/D%c3%adaz%20Castillo%2c%20Nancy%20Liliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

63. Spigolon D, Teston F, Souza O, Santos B, Souza R, Moreira Neto A. Diagnósticos de enfermería de pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis: un estudio transversal. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 2021 Ago. 01]; 71 (4): 2014-20: Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0225>
64. Torres J, Velasco García P, Ila García A. Plan de cuidados del paciente en hemodiálisis. [Internet]. 2017 [citado 2021 Ago. 01] Disponible en: <https://www.revistaseden.org/files/235a.pdf>
65. NANDA North American Nursing Diagnosis Association 2018 - 2020 Madrid. Elsevier 2018.
66. Dalle J. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. 2016. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/LPBBG4XhVK3WxQNKxcQvt8s/?lang=pt&format=pdf>
67. Galache B. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. 2016. [citado 2021 Julio 22]; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art02.pdf>
68. Salces Sáez E. Guía de diagnósticos enfermeros del paciente en hemodiálisis (Interrelaciones NANDA-NOC-NIC). SEDEN [Internet]. 2017 [citado 2021 Ago. 01]; 3 Madrid. Disponible en: [http://www.seden.org/files/documents/GUIA%20SEDEN%20COMPLETA%20WEB%20FINAL\\_1625\\_a5ae.pdf](http://www.seden.org/files/documents/GUIA%20SEDEN%20COMPLETA%20WEB%20FINAL_1625_a5ae.pdf)
69. Rus S. Plan de cuidados estandarizado en hemodiálisis domiciliaria. [Internet]. 2019 [citado 2021 Ago. 14]; Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/183110/TFG\\_2019\\_TiradoMolina\\_FloreniaValeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/183110/TFG_2019_TiradoMolina_FloreniaValeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
70. Silva J. La comodidad del paciente en cuidados intensivos - una revisión integradora. 2016. [citado 2021 Ago. 14]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3658/365858287017/html/>

## ANEXOS:

### Anexo 1: Algoritmo de búsqueda bibliográfica

