



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

***“EL AUTOCUIDADO DIRIGIDO EN PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA”***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTAN
LUCERO IVONNE BACA GARCÍA
GUADALUPE VIRGINIA NIETO GONZÁLEZ
ALMA CRISTINA PÉREZ LÓPEZ

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. MARÍA CRISTINA RODRÍGUEZ ZAMORA

Los Reyes Iztacala, 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Por brindarnos la oportunidad de formar parte de sus filas, y permitirnos pasar cuatro años increíbles llenos de conocimientos, experiencias, alegrías, tristezas, y miles de emociones mas que nos ayudaron a crecer en el ámbito personal y profesional para poder cumplir esta meta.

A nuestra Directora María Cristina Rodríguez Zamora

Por guiarnos en la realización de esta investigación, por su apoyo, paciencia y dedicación, por compartirnos sus conocimiento y experiencias en el área, y enseñarnos el valor del esfuerzo.

A los miembros del Jurado y Asesores

Por su increíble labor docente y contribuir en el desarrollo de este proyecto.

A los profesores

Que a lo largo del camino supieron transmitir el conocimiento y constituyen parte esencial de nuestra formación, no solo como profesionistas, también como personas.

Al Hospital, especialmente a la Jefatura de Enseñanza de Enfermería y Servicio de Nefrología

Por otorgarnos las facilidades y apoyo necesarios para la realización de la presente tesis.

Al Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) 2012.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Problema de Estudio	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Pregunta de investigación	5
1.3 Hipótesis	6
1.4 Objetivos	7
1.5 Justificación	8
1.6 Antecedentes	10
Capítulo II. Marco Conceptual	13
2.1 Estado actual de la Enfermedad Renal Crónica en México	13
2.2 Requerimientos técnicos de la diálisis	19
2.3 Autocuidado	24
2.3.1 Teoría del autocuidado	26
2.3.2 Teoría del déficit del autocuidado	27
2.3.3 Sistemas de Enfermería	28
2.4 Teoría de la Autoeficacia del aprendizaje	30
2.5 Programa educativo	33
Capítulo III. Metodología	37
3.1 Población y muestra	37
3.2 Tipo de estudio	37
3.3 Instrumento de medición	37
3.4 Proceso metodológico	38
3.5 Operacionalización de variables	39
3.6 Análisis estadístico	43
3.7 Confiabilidad y validez	43

3.8 Consideraciones éticas	44
Capítulo IV. Resultados y Análisis	45
Capítulo V. Conclusiones	55
5.1 Discusión	55
5.2 Conclusiones	57
5.3 Aportaciones a la disciplina	59
5.4 Sugerencias.	60
Referencia Bibliográfica	61
Anexos	64
1. Cronograma de actividades	64
2. Consentimiento informado	70
3. Instrumento	71
4. Temario del programa educativo	73
5. Registro de asistencia	82
6. Formato de evaluación de visita domiciliaria	84
7. Evidencias	86

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo aplicar un programa de reentrenamiento en el servicio de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) que responde a necesidades de autocuidado del paciente con el fin de prevenir y disminuir las complicaciones.

La metodología que se utilizó para obtener los datos del análisis, consistió en el método de investigación de campo por medio de evaluación diagnóstica pre-test y final post-test de un total de 10 ítems tipo abiertas y cerradas que medían nivel de conocimientos, autocuidado y métodos de aprendizaje.

Se realizó en el Hospital General de Zona No. 58 con una población en DPCA de 278 pacientes de la cual se obtuvo una muestra de 60. Se formaron dos grupos, uno control y un experimental de 30 pacientes respectivamente. El programa educativo se dividió en cuatro fases: evaluación diagnóstica, implementación, visita domiciliaria y evaluación final.

Se utilizó análisis de comparación y porcentajes entre grupos para conocer el nivel de autocuidado, conocimientos y métodos de aprendizaje preferidos por los pacientes.

Los resultados más sobresalientes con respecto al nivel de autocuidado alto fueron 66.5% del grupo experimental, en contraste con el grupo control con 3.3% en esa categoría.

El nivel de conocimientos del grupo experimental incrementó posterior a la implementación del programa educativo comprobando así la hipótesis de trabajo.

Se concluyó que la utilización de métodos didácticos innovadores facilita e incrementa el nivel de conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento, lo que lleva a un mejor nivel de autocuidado.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) ha incrementado sus cifras considerablemente en los últimos años por lo que los sistemas de salud deben enfatizar la atención a los grupos vulnerables tales son pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, obesidad, proteinuria, entre otros factores predisponentes a la ERC. Cuando el desarrollo de la enfermedad es inminente y se presenta el estadio IV en donde la función renal no cumple los requerimientos necesarios de homeostasis, la preparación para una terapia sustitutiva es fundamental; la enfermera debe educar al paciente para recibir su tratamiento ya sea con Diálisis Peritoneal (DP) o con Hemodiálisis siendo este capaz de llevar a cabo su autocuidado.

La presente investigación se enfoca en el fomento del autocuidado en pacientes de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del Hospital General de Zona No. 58, por medio de un programa de reentrenamiento que incluye la utilización de diferentes técnicas didácticas que promuevan la obtención de conocimientos sobre la ERC con la participación del paciente como de su cuidador primario.

En el capítulo uno se describe la problemática observada en el hospital mencionado siendo esta el motivo de la investigación, se plantean las hipótesis, los objetivos a seguir así como una breve aportación de investigaciones previas sobre el tema.

El capítulo dos aborda el tema de la ERC en México, como ha incrementado durante el transcurso del tiempo, los factores predisponentes y la sintomatología presentada por estadios. También se toca el tema de los requerimientos necesarios para la realización de la técnica dialítica. Un aspecto fundamental es el tema del autocuidado y la relación que tiene con la teoría de la autoeficacia.

El proceso metodológico se describe en el capítulo tres, en el que se desglosa el desarrollo de la investigación, desde la selección de los participantes hasta la operacionalización de las variables.

Los resultados obtenidos y su análisis se exponen en el capítulo cuatro, en el que además se expondrán las gráficas correspondientes.

Finalmente, el capítulo cinco muestra la discusión, conclusión, sugerencias y aportaciones de la investigación a la enfermería.

CAPÍTULO I. PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1 Planteamiento del problema

Uno de los principales problemas en las unidades de diálisis peritoneal es la demanda de atención ante el incremento de pacientes que ingresan al programa de diálisis y el número reducido de enfermeras (ros) que laboran en las unidades.

Los indicadores internacionales¹ sugieren un tipo de enseñanza uno a uno para obtener mejores resultados. La saturación de pacientes en el programa educativo obliga a enfermería a formar grupos de pacientes de 5, 10 o más con la participación de un familiar, lo que trae como consecuencia que no se detecten necesidades individuales o grado de avance, no se ha considerado el nivel de inseguridad que provoca en cada uno de ellos, el cual muchas veces pasa inadvertido ante la cantidad de personas que se encuentran en el grupo.

En el Hospital General de Zona No.58 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se observó la falta de continuidad educativa en el programa de enseñanza a pacientes y/o cuidadores primarios lo que propiciaba la falla reiterativa de las técnicas y la presencia complicaciones como peritonitis e Infección del Orificio de Salida.

El protocolo de enseñanza para el ingreso al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) consideraba la inclusión del familiar más cercano para recibir la capacitación teórica y práctica sobre el proceso dialítico, obteniendo una acreditación para realizar el procedimiento en domicilio; de ahí que el paciente y cuidador primario no vuelven a tener otro tipo de enseñanza o reentrenamiento.

¹ Bernardini J, Price V, Figueiredo A. ISPD Guidelines/Recommendations. Peritoneal Dialysis Patient Training. Peritoneal Dialysis International. [Internet]. 2006; 26(6): 625-632. Disponible en: <http://www.pdiconnect.com/content/26/6/625.full.pdf+html?sid=4891362b-5170-431e-bff4-5949c53e02d6>

1.2 Pregunta de Investigación

¿El reentrenamiento como un programa educativo y la utilización de diferentes técnicas de enseñanza-aprendizaje incrementan los conocimientos y habilidades para mejorar el autocuidado?

1.3 Hipótesis

Hi: La implementación de un programa de reentrenamiento donde se incluyen técnicas didácticas y de autoeficacia puede favorecer la integración de conocimientos teórico-prácticos en el cuidador primario y paciente, obteniendo un mejor autocuidado, lo que influye en la disminución de complicaciones relacionadas con la técnica.

Ho: La implementación de un programa de reentrenamiento donde se incluyen técnicas didácticas y de autoeficacia no mejora la integración de conocimientos teórico-prácticos, ni favorece el autocuidado en el cuidador primario y paciente y no influye en la disminución de complicaciones relacionadas con la técnica.

Ha: El reentrenamiento sirve a los pacientes como una información extra para evitar complicaciones pero hay factores como la motivación, cooperación y estado de salud del paciente que influye en su autocuidado.

1.4 Objetivos

Objetivo General

Aplicar un programa educativo de reentrenamiento en el servicio de DPCA, que responda a necesidades de autocuidado del paciente y/o familiar con la utilización de diferentes técnicas didácticas y de autoeficacia para prevenir y disminuir las complicaciones.

Objetivos Específicos

- Detectar las principales necesidades que demandan los pacientes en DPCA sobre el Programa Educativo.
- Diseñar, implementar y proponer un programa educativo en DPCA, para pacientes y/o familiares con IRC que favorezca la disminución de complicaciones relacionadas con la técnica y mejore la capacidad de autocuidado.
- Proporcionar información de fácil comprensión, con un lenguaje entendible, sobre las técnicas de asepsia y antisepsia a seguir en la diálisis con el fin de evitar complicaciones infecciosas.
- Fomentar el autocuidado del paciente en DPCA a través de la implementación de técnicas didácticas y de autoeficacia que favorezcan la participación proactiva del cuidador primario

1.5 Justificación

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública, que incrementa sus cifras día con día en todo el mundo, agravándose en países en desarrollo en los que predominan las enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad que con una mala atención pueden provocar daño renal. Se estima que a futuro esta enfermedad será de las causas más frecuentes de mortalidad.

La ERC es una de las principales causas de atención en los servicios de hospitalización y de urgencias, en México no se cuenta con un registro nacional epidemiológico, sin embargo el Registro de Diálisis y Trasplante del Estado de Jalisco (REDTJAL) reportó en 2009, 419 pacientes por millón de habitantes (ppmh) enfermos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) y el Registro del Estado de Morelos que documentó 597 ppmh².

El constante crecimiento epidemiológico de la enfermedad renal ha causado graves problemas en el sistema de salud, debido a los costos que esto conlleva, los hospitales no cubren la demanda de atención que los enfermos renales requieren. El personal de salud capacitado no es suficiente para brindar la atención específica que el paciente necesita.

Las opciones de tratamiento sustitutivo para los enfermos renales son el trasplante renal, Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal en sus diferentes modalidades; esta última requiere de un constante reentrenamiento por parte del personal de diálisis ya que es la única opción en la que el paciente participa de forma activa, pues es él o su cuidador primario quien se encargara de realizar el procedimiento dialítico en su domicilio.

² Cueto MA, Cortés SL, Martínez RH, Rojas CE. Enfermedad Renal Crónica Temprana. Prevención, diagnóstico y tratamiento. México: Editorial Medica Panamericana; 2013.

En nuestro país, la diálisis peritoneal es la opción más utilizada con una ocupación de 56% en su modalidad Continua Ambulatoria (DPCA) y 18% la modalidad Automatizada (DPA). La hemodiálisis constituye el 26% de la distribución.³

En el H.G.Z. No. 58 se tiene una población de pacientes en DPA de 278 y en DPCA de 171. El protocolo de ingreso al programa de terapia sustitutiva establecido por dicha unidad, señala que el familiar más cercano debe tomar un curso de capacitación sobre la técnica de DPCA para la obtención de conocimientos básicos sobre el proceso dialítico, con el objetivo de acreditar una evaluación y así poder realizar el procedimiento de diálisis en domicilio con las medidas de seguridad indicadas que eviten las complicaciones infecciosas del procedimiento. Posterior a dicha capacitación, el familiar no vuelve al hospital a reentrenamiento sobre la técnica dialítica.

La enfermera es la encargada de capacitar a los pacientes y cuidadores primarios y brindarles los diferentes conocimientos que son necesarios para el logro de su autocuidado y la realización adecuada de procedimientos dialíticos, así como corroborar de forma continua su desempeño.

La demanda de pacientes en el programa de DPCA y la falta de personal de enfermería capacitado en el área o en formación, son factores que influyen de forma directa en la calidad del programa educativo e impide el logro de metas e indicadores que buscan reducir el índice de infecciones, mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida.

Por los motivos anteriores decidimos durante el servicio social desarrollar un proyecto de investigación que nos permitiera identificar las causas e implementar programas educativos con mayor nivel de participación por parte de enfermería para mejorar tanto la enseñanza a los pacientes como el nivel de autocuidado.

³ Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos, México: Secretaría de Salud; 2009.

1.6 Antecedentes

Idealmente el paciente con ERC en estadio IV debería ingresar a los programas de diálisis peritoneal⁴ para su estabilización y preparación para la diálisis (colocación de catéter y capacitación) sin embargo en la mayoría de los casos el ingreso es de urgencia, donde la diálisis tiene un inicio abrupto, sin capacitación o enseñanza; debido a la rapidez del incidente la familia y el paciente no alcanzan a comprender la magnitud de la enfermedad y la terapia dialítica, creyendo que es temporal la fase agónica y el tratamiento.

La primera impresión que se percibe sobre la DPCA es de rechazo, pues tanto paciente como cuidador primario presentan problemas psicológicos, médicos, económicos, sociales y familiares debidos a la adaptación que conlleva el tratamiento de diálisis.

La enfermera del programa de diálisis debe contar con la habilidad de enseñar a los pacientes y cuidadores a integrar el tratamiento en su estilo de vida, de manera sencilla y entendible debe lograr la paulatina aceptación del procedimiento dialítico hasta que el paciente mismo pueda desarrollar su autocuidado.

La atención que brinda enfermería en los programas de diálisis peritoneal juega un papel determinante para su éxito y la permanencia del paciente, considerando entre los objetivos principales promover la cultura del autocuidado y autonomía⁵.

El modelo de autocuidado refiere que para satisfacer las necesidades del paciente renal, la enfermera debe identificar las limitaciones que éste presenta y planear estrategias para resolver las deficiencias detectadas de acuerdo a las condiciones

⁴ National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis 39:S1-S266, [Internet]. 2002 (suppl 1). Disponible en : http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

⁵ Tapia YT, Muñoz MA, Méndez DA. La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal. IMSS. [Internet]. 2010; 18(3): 159-162. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=59:la-consulta-de-enfermeria-propuesta-de-mejora-en-los-programas-de-dialisis-peritoneal

de cada persona, ya sea la edad, grado de estudios, estado emocional, participación de la familia entre otros.⁶

El objetivo de crear un programa basado en necesidades proporciona al paciente un entorno confiable con personas que se identifique y comparta sus experiencias relacionadas a la enfermedad renal y la diálisis. Cuando se logra la participación del paciente, este adquirirá nuevas habilidades y conocimientos en los que la enfermera lo auxiliara hasta lograr el autocuidado y solo intervendrá en aquellos procedimientos que el paciente desconozca.

La Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal (ISPD) en la Guía de recomendaciones para el entrenamiento del paciente en DP menciona que el tiempo de la capacitación debe ser de 6 a 8 semanas en las que la enfermera deberá estar dispuesta a desarrollar habilidades adecuadas para que los pacientes, –especialmente adultos- adquieran los conocimientos requeridos para el autocuidado y plantean los temas que se deben tratar en el programa de capacitación, además de los conceptos y procedimientos propios de la DP, deben incluir el fomento del autocuidado como objetivo principal, apoyo emocional y orientación sobre los cambios fisiológicos a consecuencia de la enfermedad renal. En el programa práctico se asocia el conocimiento teórico para adquirir habilidades motrices específicas y el uso de materiales didácticos que el paciente pueda utilizar, ya sea impreso, audio-visual, maniqués de entrenamiento, pizarrones entre otros; entre los aspectos relevantes que plantea esta guía son la relación enfermera-paciente, para lo que el artículo señala: “La relación enfermera-paciente ideal es de 1:1, en la práctica diaria la educación de pacientes es de 1:2 o 1:3”; sin embargo sobre la capacitación en grupo no hay estudios que demuestren

⁶ Peña AP, García LJ, De la Torre PM, Sánchez JL, Jiménez DM, Lupiáñez LY. Desarrollo del Modelo de Autocuidados de Dorotea Orem en Pacientes en DPCA. SEDEN. [Internet]. 1998; 1(3): 15-21. Disponible en: http://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones_revistadet.asp&bu-scar=&id=35&idarticulo=250&Datapageid=14&intInicio=11

resultados positivos, y el Comité de la ISPD recomienda la proporción de 1:1 hasta que nuevas investigaciones demuestren la eficacia de la capacitación en grupos.⁷

El Protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (SEDEN, 2009) propone los contenidos que un programa educativo debe abarcar, así mismo menciona la importancia de la participación del equipo multidisciplinario de salud en la planificación de las sesiones y contenidos del programa para beneficio del paciente. Destaca el papel de la enfermera educadora en la elección de tratamiento, participación del cuidador primario, condiciones del domicilio, como en el proceso de planificación, ejecución y evaluación del programa educativo; sobresalen la visita domiciliaria y el reentrenamiento como parte del programa. Se incluyen algunos aspectos cualitativos como: información correcta y suficiente, fomentar la confianza, el trato individualizado y la colaboración del equipo multidisciplinario⁸.

⁷ Bernardini, Op. Cit. 1. P1.

⁸ Martín EJ. Protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). En: Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería Nefrológica. SEDEN [Internet] 2004; 271-308. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art105_1.pdf

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Estado actual de la Enfermedad Renal Crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como la disminución de la función renal expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albominuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en las pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos tres meses.⁹ Generalmente el paciente cursa la enfermedad de forma progresiva e irreversible, suele confundirla con síntomas pasajeros como vómitos, dolor abdominal o disuria hasta que el daño es inminente y se llega a un estado terminal en el que se requiere de terapia de reemplazo renal.

La ERC se caracteriza por una pérdida de la función renal, en la que la TFG puede verse disminuida por tres factores: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado con los factores anteriores. Para regular la homeostasis frente a la pérdida estructural y funcional del tejido renal, ocurre una hipertrofia compensadora de las nefronas sobrevivientes que pretenden mantener la TFG.¹⁰ En estadios iniciales de la ERC, este proceso compensatorio mantiene una adecuada depuración de sustancias lo que disimula la sintomatología evidente; sin embargo, a largo plazo induce el deterioro renal progresivo siendo hasta que la pérdida de la función renal es menor de 50% cuando se ven incrementos de urea

⁹ Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México; Secretaría de Salud, [Internet]. 2009: 10. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

¹⁰ Venado EA, Moreno LJ, Rodríguez AM, López CM. Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Proyectos Especiales UNAM. [Internet]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf

y creatinina en plasma y cuando la TFG es menor del 5-10% es cuando el paciente no puede continuar sin terapia de reemplazo renal.¹¹

El desarrollo de la ERC esta presedido por multiples factores que pueden acelerar su aparición y avance al estadio terminal. Los factores de susceptibilidad son: edad (mayor de 60 años), historia familiar de ECR, grupo étnico (origen hispano), género masculino y otros factores genéticos.¹²

Entre los factores de inicio se encuentran aquellos que estan estrechamente relacionados o que tienen como complicación el desarrollo de la ERC. Estos son: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedades autoinmunes, uso excesivo de nefrotoxinas (AINEs, aminoglucósidos, medios de contraste IV y patologías urológicas (obstrucción urinaria, litiasis urinaria e infección urinaria recurrente).¹³

Los factores de progresión se refieren a aquellos que pueden acelerar la evolución de la enfermedad renal;sin embargo la actuación terapéutica sobre estos factores ha demostrado reducir su desarrollo además de un beneficio sobre el riesgo cardiovascular.¹⁴Entre ellos se encuentran: la proteinuria que además de ser un marcador de la función renal, es conciderado como el más potente predictor de progresión de la ERC; la hipertensión arterial, aspectos dietéticos que engloban el mal control de la glucemia en pacientes diabeticos, obesidad, anemia, síndrome metabólico y dislipidemias; tabaquismo y el uso de medicamentos nefrotoxicos.

¹¹ Idem

¹² Guía de Práctica Clínica. Op. Cit. 9. P 16

¹³ Idem

¹⁴ García de VS. Factores de progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Prevención secundaria. Guías S.E.N. [Internet] 2008; Supl. 3: 17-21 Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E285/P1-E285-S1146-A5706.pdf>

En conclusión los marcadores de daño renal que deben ser evaluados en diabéticos e hipertensos son la proteinuria o albuminuria en orina, glucosuria, hematuria y sedimento urinario.

La ERC se divide en cinco estadios de acuerdo a la alteración de la TFG y presencia de daño renal, independientemente de la causa de origen:

- Estadio I se caracteriza por una TFG normal (≥ 90 ml/min/1.73m²) pero con la presencia de daño renal, es decir, se puede presentar microalbuminuria/proteinuria (regularmente los pacientes diabéticos se encuentran en este estadio). En esta etapa, la función renal es suficiente para mantener al paciente asintomático debido a la función adaptativa mencionada anteriormente.¹⁵
- Estadio II define un daño renal asociado a una TFG levemente disminuida (60-89 ml/min/1.73m²). Se caracteriza por la presencia de alguno de los marcadores de daño renal, es fundamental que en este estadio y el anterior se implementen medidas preventivas de progresión de ERC, especialmente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión. La mayoría de los pacientes ubicados en esta etapa son adultos mayores.¹⁶

Los anteriores estadios son considerados como nefropatía temprana en los que el plan de acción debe enfocarse al diagnóstico y tratamiento de la morbilidad asociada, retardar la progresión de la ERC y reducir factores de riesgo cardiovascular.

¹⁵ Gómez CA, Arias ME, Jiménez RC. Insuficiencia Renal Crónica. En: Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 637- 646. Disponible en: http://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2062_III.pdf

¹⁶ Soriano CS. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. [Internet] 2004. Nefrología 24:S6, 27-35. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3100.pdf>

Del estadio 3 al 5 no es necesario que se presenten los marcadores de daño renal, sino que sólo es necesario considerar la disminución de la TFG.¹⁷

- Estadio III presenta una moderada disminución de la TFG (30-59ml/min/1.73m²) y puede haber ausencia o no de daño renal. Se observa un riesgo claramente aumentado de progresión de la ERC y complicaciones cardiovasculares, una vez que se llega a este estadio, comienza la aparición de síntomas clínicos como: acumulación de tóxicos urea y creatinina en sangre (uremia), fatiga, edema, insomnio, prurito, calambres, anemia, hiperlipidemia, alteraciones leves del metabolismo fosfo-calcico, poliuria, hematuria y nicturia e hipertensión. Los pacientes de esta etapa deben ser sometidos a evaluaciones continuas desde el punto de vista cardiovascular y renal así como recibir tratamiento adecuado para la prevención de complicaciones.¹⁸
- Estadio IV refiere daño renal grave con una disminución importante de la TFG (15-29ml/min/1.73m²), los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al siguiente estadio y de complicaciones cardiovasculares. Además de los síntomas presentados en el estadio anterior, aparecen náuseas, sabor metálico, aliento uremico, anorexia, alteraciones nerviosas como dificultad de concentración y parestesia en las extremidades. En esta etapa de la ERC se debe empezar a preparar al paciente para recibir terapia de reemplazo renal, informando las opciones que se adapten a su situación.¹⁹
- Estadio V o Enfermedad Renal Crónica Terminal se caracteriza por una TFG \leq a 15ml/min/1.73m². Cursa con osteodistrofia renal y trastornos

¹⁷ Guía de Práctica Clínica. Op. Cit. 9. P 16

¹⁸ Idem

¹⁹ Soriano. Op. Cit. 16. P 18

endocrinos y dermatológicos añadidos a las alteraciones previas. Se presenta el síndrome urémico en el que es obligada la valoración del inicio de la terapia de reemplazo renal o tratamiento sustitutivo: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal.

En 2012 se actualizaron las guías KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) para dar lugar a la guía KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), esta mantiene la definición de ERC, sin embargo, ofrece una clasificación mejorada. Indica que la ERC se clasificará según las categorías de FG y albuminuria y según la etiología. La causa de ERC se establecerá según la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica con potencial afectación renal o mediante alteraciones anatomopatológicas observadas o presuntas (GR, sin grado)

Con respecto a la clasificación de la guía anterior, se conserva como dato definitorio una FG de $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, a diferencia de la nueva que tiene un cambio en el estadio 3; en adelante se clasificara como grado 3a (G3a) y grado 3b (G3b) según el FG esté entre 59 y 45 o entre 44 y $30\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ²⁰

La siguiente tabla expone los grados de FG (G1-G5) y de albuminuria.²¹

²⁰ Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Revista Nefrología. [Internet] 2014; 34(3):302-16. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E569/P1-E569-S4589-A12464.pdf>

²¹ KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Official Journal of the International Society of Nephrology. [Internet] 2013; 3(1). Disponible en: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

Clasificación ERC de acuerdo a la Guía KDIGO, 2012

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012

				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60-89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44			
	G4	Severely decreased	15-29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

Bajo (verde), moderado (amarillo), alto (naranja) y muy alto riesgo (rojo). (A1-A3).

2.2 Requerimientos Técnicos de la Diálisis

Para la diálisis peritoneal se requieren cuatro componentes básicos: membrana peritoneal, flujo sanguíneo, el líquido de diálisis y drenaje linfático, elementos que cumplen la finalidad de remover tanto solutos como fluidos del paciente urémico.

El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo dividido en dos capas, una parietal que recubre la pared abdominal y otra visceral que recubre las vísceras intraperitoneales. Recibe un flujo sanguíneo de 90-120ml/min y su área oscila de 1.7 a 2m² en los adultos. Está compuesto por una capa de células mesoteliales sobre una membrana basal, el intersticio y los capilares peritoneales. El transporte de sustancias y líquido a través del peritoneo ocurre mediante un sistema de poros en los capilares peritoneales, los cuales están distribuidos de una manera particular que proporciona un área de intercambio extensa. Con la finalidad de dializar, las funciones del peritoneo son dos: el transporte de solutos y el transporte de agua.

Los principios fisicoquímicos que fundamentan la diálisis peritoneal son la difusión entendida como el mecanismo principal de la diálisis por el cual ocurre un intercambio de solutos entre dos soluciones de diferente concentración separadas por una membrana semipermeable; una de las dos soluciones es la sangre que perfunde los capilares adyacentes a la membrana peritoneal, la otra solución es el líquido de diálisis en el abdomen. La ultrafiltración, es el paso de agua y solutos producido por una diferencia de presiones a través de la membrana, pudiendo ser estas presiones positivas o negativas. La ósmosis se refiere a la propagación de moléculas de agua a través de una membrana semipermeable desde el lugar de menor a mayor concentración de un soluto, que por su tamaño no puede atravesar la membrana.²²

²² Haya C. Bases Físico-químicas de la diálisis. Hospital Regional Universitario. Servicio Andaluz de Salud Disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/blancamos1.PDF>

Las soluciones de diálisis peritoneal tienen características especiales que ocasionan que los solutos de la sangre atraviesen por difusión los poros del peritoneo hacia la cavidad peritoneal. El agente osmótico más frecuente es la glucosa que se emplea en soluciones al 1,36%; al 2,27%; y al 3,86%, que proporcionan una osmolaridad de 350; 400 y 485 mOsm/Kg. Además contienen lactato como amortiguador de pH, el cual se convierte en bicarbonato en el hígado y es efectivo para mantener el equilibrio ácido-base del paciente.

La absorción de líquido peritoneal se estima entre 1 a 2ml/min, es decir entre 250 y 500ml en una sesión de 4 horas, y el resultado es que tanto agua como solutos regresan a la sangre, disminuyendo el efecto neto de la diálisis de depurar sustancias y remover líquido del paciente urémico.²³

Una parte fundamental para el procedimiento dialítico es el catéter de diálisis, el cual tiene como propósito facilitar el paso del líquido dializante del exterior a la cavidad peritoneal. Está compuesto por tres segmentos: una porción intraperitoneal que suele ser recto o en espiral con perforaciones para la entrada y salida del líquido dializante, la porción intraparietal en la que se encuentran uno o dos cojinetes de dacrón destinados tanto al crecimiento de tejido fibroso para la fijación del catéter como al aumento de resistencia a la penetración de bacterias y una porción externa conectada a la línea de transferencia del paciente. El catéter más utilizado es el de Tenckhoff, dado su facilidad de implantación y su buen funcionamiento. La complicación más usual es la infección del orificio de salida del catéter peritoneal que está asociada con frecuencia a la infección del túnel subcutáneo en el que los principales signos son enrojecimiento y salida de líquido purulento.²⁴

²³ Macía HM, Coronel DF. Diálisis peritoneal: definición, membrana, transporte peritoneal, catéteres, conexiones y soluciones de diálisis. Nefrología al día. Barcelona. Sociedad Española de Nefrología/Plusmedical; disponible en: http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/modules.php?name=libro&op=viewCapNewVersion&id_publication=1&idedition=13&idcapitulo=85&idversion=&wordsearch=

²⁴ Montenegro MJ. Peritonitis e infecciones del catéter en la diálisis peritoneal. Nefrología al día. Barcelona. Sociedad Española de Nefrología/Plusmedical Disponible en:

De acuerdo a las necesidades del paciente, se debe elegir la modalidad dialítica más adecuada. Las modalidades de diálisis son:

- Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) o Continua por Cicladora (DPCC)²⁵. Se utiliza una máquina llamada cicladora para automáticamente hacer los intercambios en la noche mientras el paciente duerme. Se indica a pacientes con dolor relacionado con la infusión o drenaje del líquido peritoneal o cuando existen drenajes lentos en la posición supina. Generalmente realiza de cuatro a cincuenta y siete intercambios que se llevan a cabo cada noche y se vacía la bolsa de drenaje cuando el paciente despierta por la mañana. La intención primordial de la DPA es promover diálisis de manera conveniente y automática, eliminando todos los procedimientos y cambios de dializado a lo largo del día. La intención secundaria es la prevención de la peritonitis, eliminando muchas de las desconexiones necesarias en la DPCA.

La selección de la modalidad de esta terapia depende mayormente de las preferencias del paciente, las experiencias de nefrólogo y el acceso a la terapia en el centro de diálisis.

Las indicaciones principales de la DPA son paciente activos y empleados, con necesidad de amplio tiempo para trabajar durante el día, casi siempre prefieren esta modalidad. También son candidatos aquellos que no son capaces de participar en la terapia propia o que prefieren la ayuda de un familiar. Los pacientes tímidos y los que prefieren la privacidad del hogar para llevar a cabo cambios de dializado, pueden beneficiarse e la DPA manteniendo las ventajas de la diálisis peritoneal continua.

<http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/modules.php?name=libro&op=viewCap&idpublication=1&idedition=13&idcapitulo=88&blink=1>

²⁵ Montenegro J. Diálisis Peritoneal. México. Trillas. 1994. Pp. 183-200

Este programa ofrece más libertad, porque no se conecta a una máquina durante el día. La sesión dura alrededor de ocho a diez horas.

La ultrafiltración peritoneal depende del gradiente osmótico entre el comportamiento sanguíneo y la solución dialítica. Este gradiente se logra con el uso de dextrosa en la solución. Debido a la absorción de dextrosa, el gradiente disminuye con el tiempo de permanencia peritoneal. Por tanto, la ultrafiltración es mayor con un periodo de permanencia corto. La DPA es capaz de remover 2 a 3 L/día de líquido extracelular en paciente con capacidad de ultrafiltración normal.

- Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)²⁶: es un procedimiento sencillo que el paciente puede realizar fácilmente en su domicilio tras un entrenamiento adecuado. Por lo general, se realizan tres o cuatro recambios de 1.5 a 2.5L, con una duración de 4 a 6 horas durante el día y 8 a 9 horas durante la noche. La bolsa de entrada y de salida están acopladas mediante un tubo en forma de “Y” que se conecta con el catéter, lo que disminuye significativamente el riesgo de peritonitis asociado a la manipulación del paciente al conectar la bolsa de entrada al catéter.

Se consideran contraindicaciones para la DPCA aquellas circunstancias que impidan la realización de dicha técnica, bien por la escasa superficie peritoneal para la transferencia; o por alteraciones metabólicas que puedan empeorar con la diálisis peritoneal; por causas que favorezcan una elevada incidencia de peritonitis o por circunstancias del paciente que le impidan llevar a cabo las maniobras necesarias etc. Las siguientes pueden ser contraindicaciones:

²⁶ Ídem

- ✓ Disminución significativa del área de transferencia peritoneal y de flujo de sangre del peritoneo.
- ✓ Las ostomias, tales como colostomía, ileostomía y nefrostomía pueden conllevar una infección crónica de la pared abdominal y condicionar un elevado riesgo de peritonitis.
- ✓ Las hernias abdominales, con el aumento de presión intra-abdominal, pueden agravarse, tanto las umbilicales como las inguinales y diafragmáticas. Algo parecido sucede con las hemorroides que pueden aumentar con la DPCA. Es prudente la reparación de las hernias voluminosas antes de iniciar el tratamiento.
- ✓ La obesidad severa
- ✓ La enfermedad pulmonar obstructiva
- ✓ La enfermedad vascular periférica severa
- ✓ El tratamiento inmunosupresor a las enfermedades

Con respecto a la función renal residual es muy variable de unos pacientes a otros. Aunque los enfermos mantenidos en DPCA suelen conservar su función renal residual en forma considerable mejor que en hemodiálisis transcurrido un cierto tiempo en diálisis, entre dos y cinco años, la función de los propios riñones suele ser insignificante. Su pérdida aumenta los requerimientos de diálisis.

2.3 Autocuidado

El Autocuidado se considera como las actividades que los individuos realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.²⁷

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1998) el autocuidado es el término que define todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades. Es un término amplio que abarca: higiene, nutrición, estilo de vida, factores ambientales, socioeconómicos y automedicación.²⁸

Las actividades de autocuidado son importantes para lograr una buena calidad de vida, por la influencia que ejercen en el control de los principales factores de riesgo que originan complicaciones en el paciente que se encuentra en diálisis peritoneal; si las personas adquieren educación oportuna, adecuada e individualizada, integrando aspectos físicos, emocionales y sociales, se espera que se hagan responsables del cuidado de su propia salud.

El conocimiento acerca de cómo cuidarse y las habilidades para hacerlo, aumentan la capacidad de las personas y familias para evaluar su estado de salud y determinar la necesidad de buscar atención profesional, así lo concluyó Sánchez (2004) en un estudio realizado con pacientes con cardiopatía isquémica cuando

²⁷Requisitos de Autocuidado. ENEO UNAM. Disponible en: www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../Fundamentacion_teorica.doc

²⁸ OMS Reporte de la 4ª Reunión del Grupo Consultivo de la OMS sobre el papel del farmacéutico La Haya, Países Bajos 26 – 28 de agosto de 1998 Departamento de drogas esenciales y otros medicamentos Organización Mundial de la Salud.

escribe, *"El apoyo educativo que proporciona el personal de enfermería al paciente influye positivamente en su capacidad de autocuidado"*²⁹

El autocuidado es el resultado de un episodio educativo, es decir algo que adquiere el individuo y que puede tener lugar con un propósito intencionado que impacte la conducta del individuo frente a la vida y la salud, la educación puede contribuir socializando aquellos conocimientos que resultan básicos en el cuidado que han de tener los individuos en su salud, empleando el conocimiento en la solución de las demandas problemáticas de salud, este conocimiento es transformado en acciones.

Las acciones dirigidas a cuidarse son aprendidas, y en este aprendizaje influyen múltiples factores que determinan tanto el tipo como la cantidad de autocuidados que cada uno aplica a si mismo.

Para que el aprendizaje se asimile hay que integrar las acciones de autocuidado en las actividades cotidianas y de esta forma el autocuidado pasa a formar parte del estilo de vida personal convirtiéndose en una acción automática que contribuye a elevar el autoconcepto y la estima personal, luego entonces un personaje importante en el proceso enseñanza – aprendizaje, es la enfermera, la cual debe brindar una atención de enfermería de liderazgo, en las acciones para el cuidado de la salud, consecuentemente, la toma de decisiones, la planeación valorativa constante, la coordinación con otros miembros del equipo de salud y la interrelación con los sujetos a quienes proporcione el servicio de enfermería

Dorothea Elizabeth Orem desarrolló un modelo conceptual donde propone tres teorías relacionadas entre sí y cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante su autocuidado. Sus teorías buscan identificar las necesidades de la persona para satisfacerlas, así como ayudarlos a lograr independencia mediante la sustitución de las actividades que no pueden realizar

²⁹ Sánchez C. Influencia del apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente con cardiopatía isquémica. Desarrollo científico de enfermería. [Internet]. 2004. 12(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200004&script=sci_arttext

por sí mismas a través de la educación y con la colaboración de la misma persona hasta recuperar su salud o lograr la adaptación de sus limitaciones.³⁰

2.3.1 Teoría del autocuidado

Muestra lo que las personas necesitan saber, qué se requiere y qué deben hacer para cuidarse ellos mismo. Expresa el objetivo, los métodos y los resultados de autocuidado.

Define el autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.³¹. Uno de los componentes principales de la teoría son los requisitos de autocuidado que indican las actividades que el individuo debe realizar para lograr un objetivo. Se clasificaron en tres categorías:³²

- Requisitos universales del autocuidado: son ocho actividades para el logro del autocuidado, comunes para todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la vida humana.³³

³⁰ Pereda AM. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica*. México [Internet] 2011; 10(3). Pp 163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

³¹ Mariner A., Raile M. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Elsevier-Mosby. Sexta Edición, 2007. P. 271

³² Cisneros GF. *Teorías y modelos de Enfermería*. Universidad del Cuaca. 2005. Disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

³³ Pereda, Op. Cit 26. P.25

- Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo: surgen como resultado de los procesos desarrollo o maduración del ser humano, y de estados que afectan el mismo.³⁴
- Requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud: una enfermedad afecta el funcionamiento humano integrado, esto afecta la capacidad de acción en desarrollo del individuo de forma temporal o permanente. El propio malestar y frustración que resultan de la asistencia medica originan los requisitos de autocuidado para proporcionar alivio, así de un estado patológico surge la necesidad de autocuidado. Para que las personas enfermas sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas circunstancias es necesario que cuenten y sean capaces de aplicar conocimientos oportunos sobre su padecimiento.³⁵

2.3.2 Teoría del déficit del autocuidado

Plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos; el déficit surge cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda. Esta teoría determina cuándo y por qué se necesita la intervención de la enfermera.³⁶

En esta se manejan variables del paciente, que se relacionan entre sí:

- Agencia de autocuidado: Se refiere a la capacidad de la persona para participar en su propio cuidado, se considera un agente a cualquier persona

³⁴ Ídem

³⁵ Ídem

³⁶ Vega AO, González ED. Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. Universidad Francisco de Paula Santander. 4(4). Pp. 28-35. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de cuidado.

- Agente de autocuidado al dependiente. Es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona.
- Agente de autocuidado terapéutico. La persona que brinda el cuidado es el profesional de enfermería.

2.3.3 Sistemas de Enfermería

Se le denomina a la manera y el contexto en los que la enfermera se relaciona con el paciente, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. Los elementos que conforman el sistema de enfermería son:

- La enfermera
- El paciente o grupo de personas
- Los acontecimientos ocurridos, incluyendo las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería:

- Totalmente compensatorio: se requiere cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente quien es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta que el paciente recupere la capacidad para realizarlos.
- Parcialmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

- De apoyo/educación: este sistema es apropiado para el paciente capaz de realizar las acciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. El papel de la enfermera se enfoca principalmente en regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el paciente realiza su propio autocuidado.³⁷

³⁷ ENEO, Op. Cit. 25. P 25

2.4 Teoría de la Autoeficacia del aprendizaje

Albert Bandura define a la Autoeficacia como los “juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986).

Desde sus comienzos hasta la actualidad, esta teoría ha intentado demostrar cómo los aspectos cognitivos, conductuales, contextuales y afectivos de las personas están condicionados por la autoeficacia.

Tal como afirma Bandura (1987) las elecciones que hace un individuo durante el período de formación y que influyen en su desarrollo son determinantes del curso futuro de su vida. Tales elecciones favorecen el desarrollo de distintas competencias, intereses y preferencias.³⁸

De acuerdo con la teoría Social Cognitiva, las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

- Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.³⁹
- Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente

38. Maté, M. d. C. O., González, S. L., Trigueros, M. L. Á. Teoría de la autoeficacia de Bandura. Retrieved, [Internet] 2014. Universidad de Cantabria. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.4-teoria-de-la-autoeficacia-de-bandura>.

39. Olaz, F.O. La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional. Facultad de Psicología. [Internet] 2001, U.N.C. Argentina, Págs. 13 – 29. Disponible en www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf

a los obstáculos que puedan presentársele. Cuánto mayor la autoeficacia, mayor será el grado de esfuerzo invertido y la persistencia de las personas en la actividad.⁴⁰

- La tercera forma es mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.⁴¹
- La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee.⁴²

Las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes:

- a) Los logros de ejecución: se basan en experiencias de dominio real (Bandura, 1987). El éxito repetido en determinadas tareas aumenta las

⁴⁰ Idem

⁴¹ Idem

⁴² Idem

evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente cuando los fracasos no pueden atribuirse a un esfuerzo insuficiente o a circunstancias externas.

- b) Experiencia Vicaria: Viendo a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, o imaginándolo, el sujeto puede llegar a creer que él mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito.
- c) Persuasión Verbal: aquellas personas que ya poseen un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito.
- d) Estado Fisiológico: Los dolores y la fatiga pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud. En general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento.

Las expectativas de autoeficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

2.5 Programa Educativo

Un programa educativo permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir, generalmente se expresa en un documento.

Por lo general, incluye el detalle de los contenidos temáticos, se explican cuáles son los objetivos de aprendizaje, se menciona la metodología de enseñanza y los modos de evaluación y se aclara la bibliografía que se utiliza durante el curso.

Se divide en tres etapas:

- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

Componentes del programa educativo:

- Contenido
- Destinatarios
- Objetivos educativos
- Actividades cognitivas
- Multimedia

Técnica de aprendizaje

Cuando nos referimos a una técnica, pensamos siempre en un sentido de eficacia, de logro, de conseguir lo propuesto por medios más adecuados a los específicamente naturales. La palabra técnica deriva de la palabra griega *technikos* y de la latina *technicus* y significa relativo al arte o conjunto de procesos de un arte o de una fabricación. Es decir, significa cómo hacer algo.

El concepto de técnica didáctica suele también aplicarse mediante términos tales como *estrategia didáctica* o *método de enseñanza*, por lo que es importante establecer algunos marcos de referencia que permitan esclarecerlos.

Estrategia didáctica. es un procedimiento organizado, formalizado y orientado a la obtención de una meta claramente establecida. Su aplicación en la práctica diaria requiere del perfeccionamiento de procedimientos y de técnicas cuya elección detallada y diseño son responsabilidad del docente.

Método de enseñanza. Es la serie de aquellos procesos ordenados de acciones que se fundamentan en alguna área del conocimiento, o bien modelos de orden filosófico, psicológico, de carácter ideológico, etc. Por lo tanto, hablamos de método clínico, de método Montessori, de método de enseñanza activa, etc.

Método significa camino para llegar a un lugar determinado. Por lo tanto, el método indica el camino y la técnica cómo recorrerlo. Se puede decir que con base en un método se parte de una determinada postura para razonar y decidir el camino concreto que habrá de seguirse para llegar a una meta propuesta. Los pasos que se dan en el camino elegido no son en ningún modo arbitrarios, sino que han pasado por un proceso de razonamiento y se sostienen en un orden lógico fundamentado.

Técnica de enseñanza. Finalmente, con relación al concepto de técnica, ésta es considerada como un procedimiento didáctico que se presta a ayudar a realizar una parte del aprendizaje que se persigue con la estrategia. Mientras que la estrategia abarca aspectos más generales del curso o de un proceso de formación completo, la técnica se enfoca a la orientación del aprendizaje en áreas delimitadas del curso. Dicho de otra manera, la técnica didáctica es el recurso particular de que se vale el docente para llevar a efecto los propósitos planeados desde la estrategia.

Las técnicas son, en general, procedimientos que buscan obtener eficazmente, a través de una secuencia determinada de pasos o comportamientos, uno o varios

productos precisos. Las técnicas determinan de manera ordenada la forma de llevar a cabo un proceso, sus pasos definen claramente cómo ha de ser guiado el curso de las acciones para conseguir los objetivos propuestos.

Tipos de técnicas

Consiste en que el alumno conozca su propio proceso de aprendizaje, la programación consiste de estrategias de aprendizaje de memoria, de resolución de problemas, de elección y toma de decisiones y, en definitiva, de autorregulación. Esto hará que se amplíe extraordinariamente la capacidad y la eficacia del conocimiento.

Factores importantes para una estrategia

- Conocimientos previos
- Recursos personales
- Interés
- Objetivos del trabajo
- Características del contenido
- Tiempo
- Lugar
- Materiales
- Adecuación a la demanda
- Planificación
- Regulación
- Evaluación

Hay diferentes técnicas que se puede adaptar dependiendo los factores ya mencionados y son:

Técnicas que conducen al conocimiento

- Auto-observación (sujeto y objeto se centran en uno mismo).

- Observación directa (se observa el hecho o el elemento en su lugar natural de acción).
- Observación indirecta (se aprovechan las observaciones de otras personas o registros).
- Habilidades cognitivas y técnicas de estudio
- Métodos basados en la memorización: ensayo y aprendizaje mecánico
- Métodos basados en habilidades de comunicación
- Tarjetas didácticas
- Métodos basados en condensación de información, sumarización y el uso de palabras clave
- Diagramas de araña
- Métodos basados en imágenes visuales
- Métodos basados en acrónimos y nemotecnias
- Métodos basados en estrategias de exámenes
- Comprensión de textos
 - Lectura global
 - Lectura por párrafos
 - Representación de lo leído
 - Memorización
 - Aplicación

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Población y Muestra

El Hospital General de Zona No. 58 cuenta con una población en DPA de 278 y en DPCA 171 pacientes. Los criterios de inclusión se consideraron pacientes subsecuentes y de nuevo ingreso de la consulta de nefrología que contaban con cuidador primario y sin cuidador primario. Los de exclusión fueron pacientes hospitalizados con y sin peritonitis y los de eliminación, aquellos que faltaban a más de tres sesiones al programa educativo.

La muestra elegida para participar en esta investigación fue de 60 pacientes en edades de 15 a 65 años, la conformación de grupos fue de manera no probabilística por juicio del investigador conformando dos grupos con la misma cantidad de pacientes: 30 correspondieron al Grupo Control (GC) con 10 hombres y 20 mujeres quienes recibieron el programa educativo establecido por el servicio de Nefrología y 30 para el Grupo de Estudio (GE) con 16 hombres y 14 mujeres a los que se les aplicó el programa educativo “Autocuidado Dirigido en pacientes en DPCA”.

3.2 Tipo de estudio

Estudio Cuantitativo de tipo Cuasi-experimental comparativo y descriptivo.

3.3 Instrumento de medición

La “Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA”, consta de 10 ítems donde 6 preguntas son cerradas y 4 preguntas abiertas. La primera sección sobre autocuidado (preguntas de la 1-6) es el resultado de investigaciones previas sobre autocuidado y conocimientos sobre la ERC y su tratamiento. La segunda sección señala la percepción de los pacientes y su relación sobre los métodos de enseñanza- aprendizaje del autocuidado.

3.4 Procedimiento metodológico

El programa educativo consistió en cuatro fases:

- Fase uno, evaluación diagnóstica de pre-test: se aplicó la “Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA” a la muestra seleccionada de forma colectiva con un límite de tiempo de 30 - 40 minutos, previo consentimiento informado del paciente.
- Fase dos, implementación de sesiones Teórico-Prácticas: conformada por 10 sesiones de 2 H un día a la semana durante tres meses, donde se abordaron los temas de ERC, técnica DPCA, cuidados del orificio de salida, peritonitis, control de líquidos, alimentación en diálisis y estilos de vida, con el apoyo de materiales impresos y audiovisuales (Power Point, videos, carteles, maquetas y dinámicas grupales).
- Fase tres, visita domiciliaria: se identificó y evaluó el área y la ejecución de la técnica dialítica, valoración y cuidados al orificio de salida.
- Fase cuatro, evaluación final o pos-test: se utilizó la misma “Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA”.

3.5 Operacionalización de variables

- Nivel de conocimientos en diálisis peritoneal.
- Nivel de autocuidado
- Métodos de aprendizaje

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Nivel de conocimientos en diálisis peritoneal	Adquisición de conceptos que poseen las personas sobre determinado núcleo de información.	Cantidad de información que recuerdan los pacientes al aplicarles un examen escrito y observar la realización de técnicas y procedimientos de DP.	Ordinal	¿Qué es Diálisis Peritoneal? a) El tratamiento de sustitución de la función de los riñones para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua b) El fallo de los riñones con limitación o por completo de sus funciones c) La acumulación de líquido en el cuerpo d) Un tratamiento que permite seguir viviendo
				¿En qué modalidad de Diálisis se encuentra usted? a) Diálisis Peritoneal Ambulatoria b) Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria c) No se d) En pre diálisis
				¿Qué significa la presencia de líquido turbio, dolor abdominal y fiebre? a) Peritonitis b) Infección c) Un signo de alarma d) No se

				<p>¿Qué significa que el orificio de salida este rojo, aumentada la temperatura, con presencia de pus y comezón?</p> <p>a) Peritonitis b) infección c) Un signo de alarma d) No se</p>
				<p>¿Cuánto tiempo debe durar el lavado de manos?</p> <p>a) Menos de un minuto b) Un minuto c) Cinco minutos d) El tiempo no importa</p>
				<p>¿En qué actividad no debo olvidar usar el cubre bocas?</p> <p>a) Al realizar el cambio de bolsa b) Al realizar curación del orificio de salida c) Cuando se tiene gripe d) En todas las anteriores</p>

<p>Nivel del Auto cuidado</p>	<p>Se considera como las actividades que los individuos realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.</p>	<p>Son las actividades relacionadas con el cuidado dialítico que desarrollan los pacientes del programa de DP con el propósito de lograr un mayor grado de autosuficiencia y soporte familiar.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>¿Qué sensación te produce acudir al hospital a que te capaciten sobre diálisis?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Me transmite confianza y seguridad b). Me causa ansiedad y temor no aprender c) Creo que no es necesario d) Me quita tiempo <p>¿Cómo influye la diálisis en su vida familiar?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Me ha acercado a mi familia b) Me ha alejado de mi familia c) Me sobreprotege mi familia d) Me ha hecho independiente de mi cuidado
<p>Métodos de aprendizaje</p>	<p>Procedimientos utilizados en forma deliberada, flexible y adaptativa para mejorar procesos de aprendizaje significativo de información.</p>	<p>Métodos que prefiere el paciente para facilitar la comprensión de los conocimientos relacionados con la ERC, la DP y su autocuidado.</p>	<p>Nominal</p>	<p>¿Con que método crees aprender más sobre tu enfermedad y su tratamiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Haciendo apuntes de lo que me explican en clase b) Practicando después de que me explican los temas c) Observando laminas, dibujos y exposiciones relacionadas con lo que se explica en la clase. d) A través de folletos

3.6 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva (media, mediana, moda y desviación estándar) y estadística inferencial para el análisis comparativo. La información se capturo en una base de datos en el programa Excel. Una vez capturados los datos, se realizó el análisis de los mismos con el programa estadístico SPSS versión 20.

3.7 Confiabilidad y validez

Se elaboró prueba piloto para validación del instrumento con personal experto y pacientes de diálisis peritoneal, ambos grupos realizaron modificaciones para facilitar su comprensión.

Al instrumento se le aplico el índice de alfa de Cronbach al apartado relacionado con el autocuidado obteniendo un resultado de 0.693

3.8 Consideraciones éticas

La investigación se realizó de acuerdo con lo mencionado en la Ley General de Salud, título quinto, artículo 100 sobre la investigación en seres humanos, que en su fracción I. señala que deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; se proporcionaran los resultados obtenidos al personal del servicio de Nefrología para dar seguimiento y pauta a la mejora de la atención para el paciente renal, con el objetivo de responder a las necesidades de auto cuidado, aplicando un programa educativo con ayuda de técnicas de enseñanza-aprendizaje.

Se considera una investigación de riesgo mínimo, cumpliendo con la fracción III que menciona que la investigación podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación, se evitará el uso de materiales peligrosos para la salud física o mental en la aplicación del programa.

Así mismo se suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación como lo menciona la fracción VI de este artículo informando al personal del servicio de Nefrología para su conocimiento.

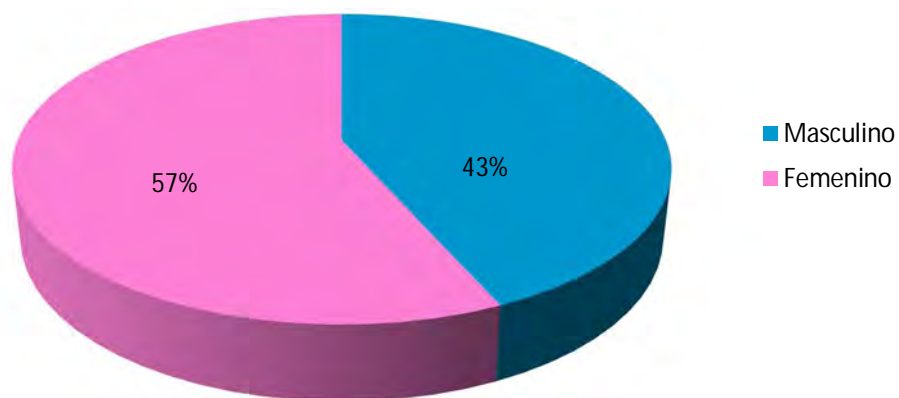
De igual manera se dará un consentimiento informado por escrito al paciente en quien se realiza la investigación, o a su cuidador primario en caso de incapacidad del mismo , una vez enterado de los objetivos de la investigación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud aceptando como lo señala la fracción IV; se hace énfasis en que el uso de la información dada será manejada de forma confidencial y los resultados serán utilizados con fines estadísticos y científicos

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4. Resultados

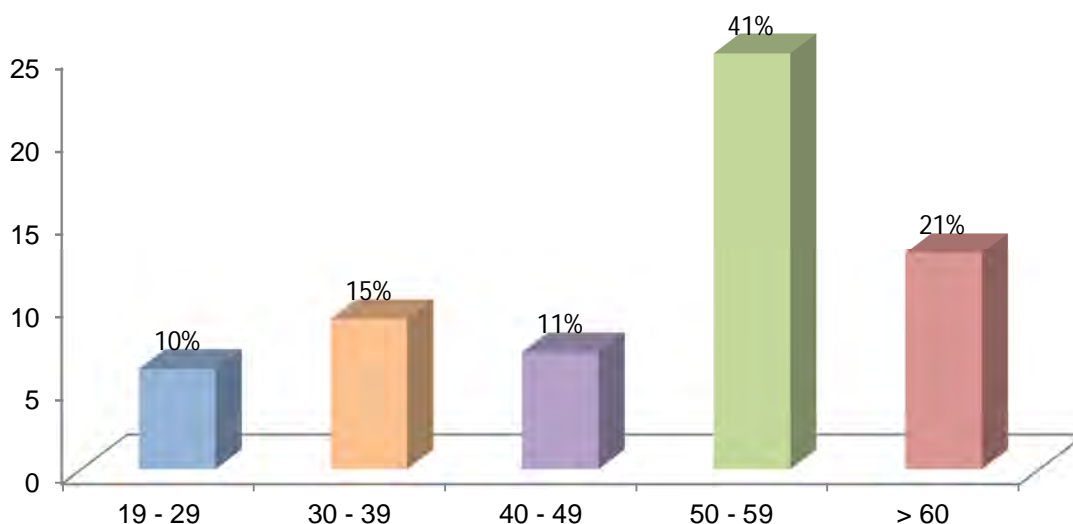
El Hospital General de Zona No. 58 del IMSS tiene una población en DPA de 278 y en DPCA 171 pacientes respectivamente, con una muestra probabilística de 60 pacientes; el 57% del género femenino y 43% del masculino (Gráfica 1), los rangos de edad fueron de 19 a 29 años 10%, de 30 a 39 años 15%, de 40 a 49 11%, de 50 a 59 años 41% y mayores de 60 años 21% (Gráfica 2).

Gráfica 1. Género de los pacientes



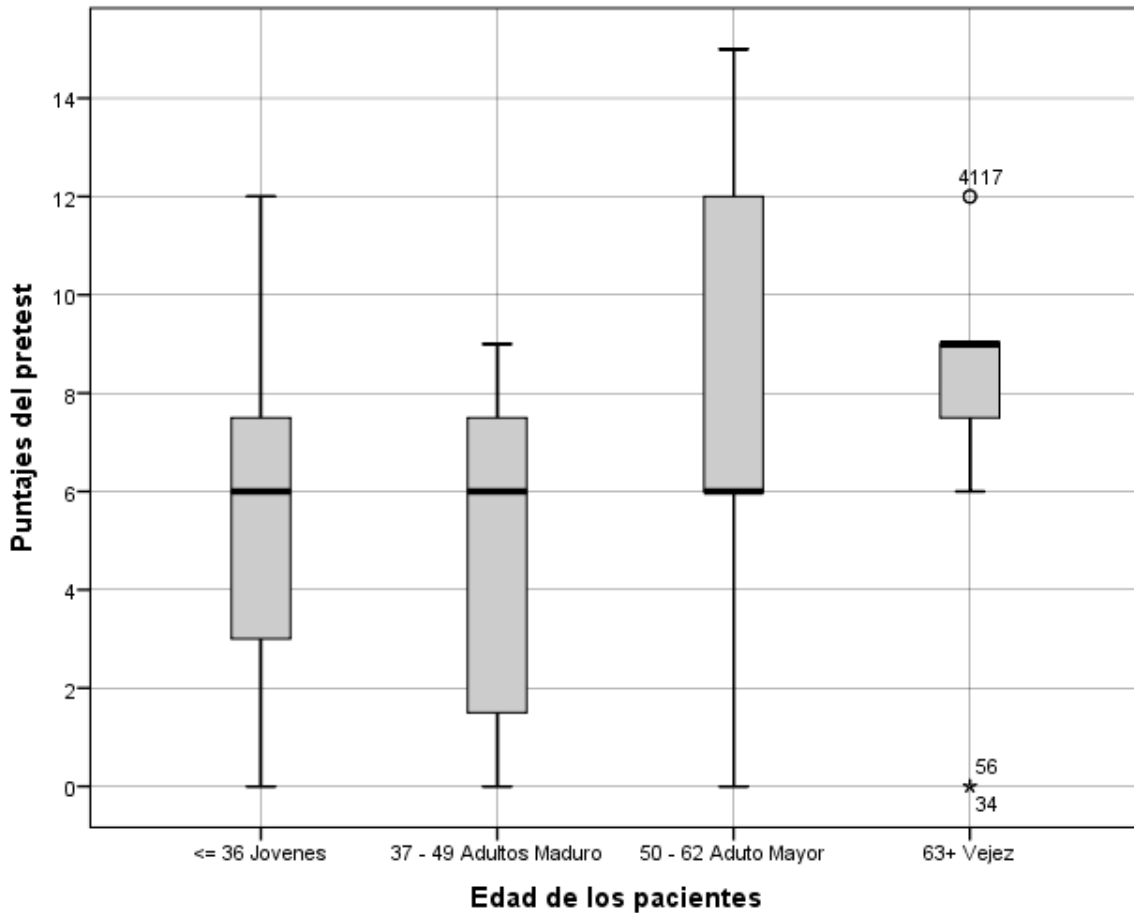
FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013.

Gráfica 2. Rangos de edad



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

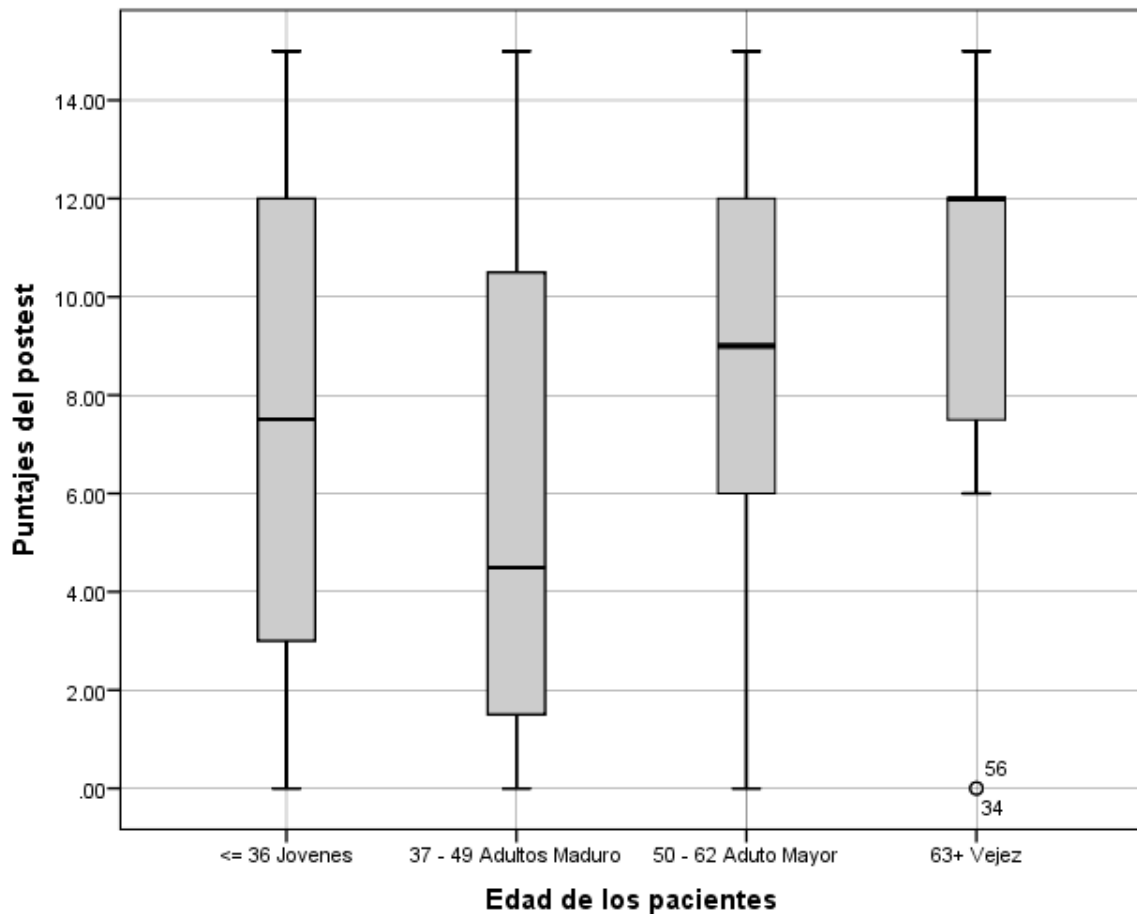
Gráfica 3. Nivel de conocimientos evaluación diagnóstica (Pre - test)



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

La mediana refleja una puntuación de 6 para los tres primeros grupos de edad, con una distribución normal solo para el primero de ellos dado que el Q1, Q2 y Q3 la distribución es homogénea en proporción, mientras que el segundo y tercero se muestra una mayor razón en el Q1 y Q3 respectivamente. Para los mayores de 63 años se observa un limite inferior de 6 y una mediana de 9, lo que indica que la mayor proporción esta dentro de los niveles de conocimiento alto.

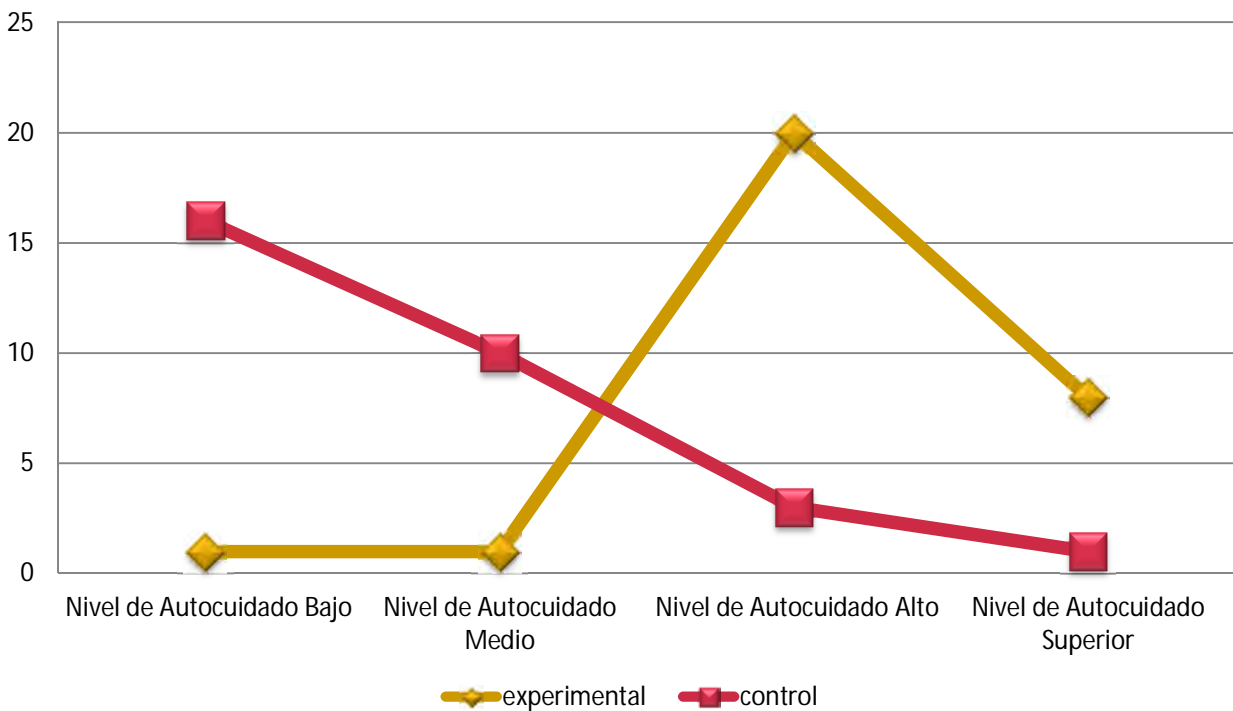
Gráfica 4. Nivel de conocimientos evaluación final (Post - test)



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

La distribución normal es solo en el grupo de jóvenes con una mediana de 7.8 y el adulto mayor tuvo una mediana de 9; el grupo de 37 a 49 años obtuvo una mediana de 4.5 mostrando una mayor razón en el Q3 que indica que la población obtuvo puntaje entre 5 y 10. Para el grupo de mayores a 63 años el Q2 refleja una razón entre 7.8 y 12 con la mediana en puntaje 12. El grupo con mejor nivel de conocimientos fue el de mayor de 63 años vejez.

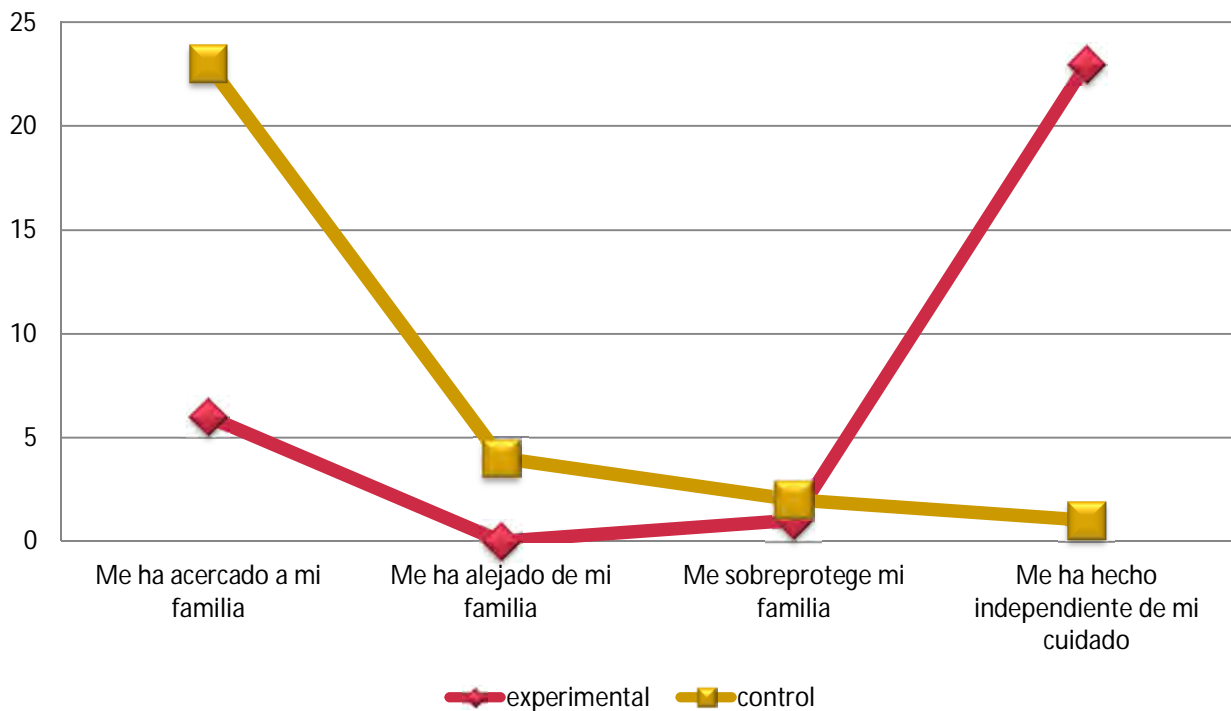
**Gráfica 5. Nivel de autocuidado
(Grupo experimental vs grupo control).**



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

En el grupo experimental el *nivel de autocuidado alto* representa el 66.5% en contraste con *nivel bajo* y *medio* de 3.8%. El grupo control presento *nivel de autocuidado bajo* de 53.3% y de forma descendente a los niveles de *autocuidado medio* (33.3%), *alto* (10.0%) y *superior* (3.3%).

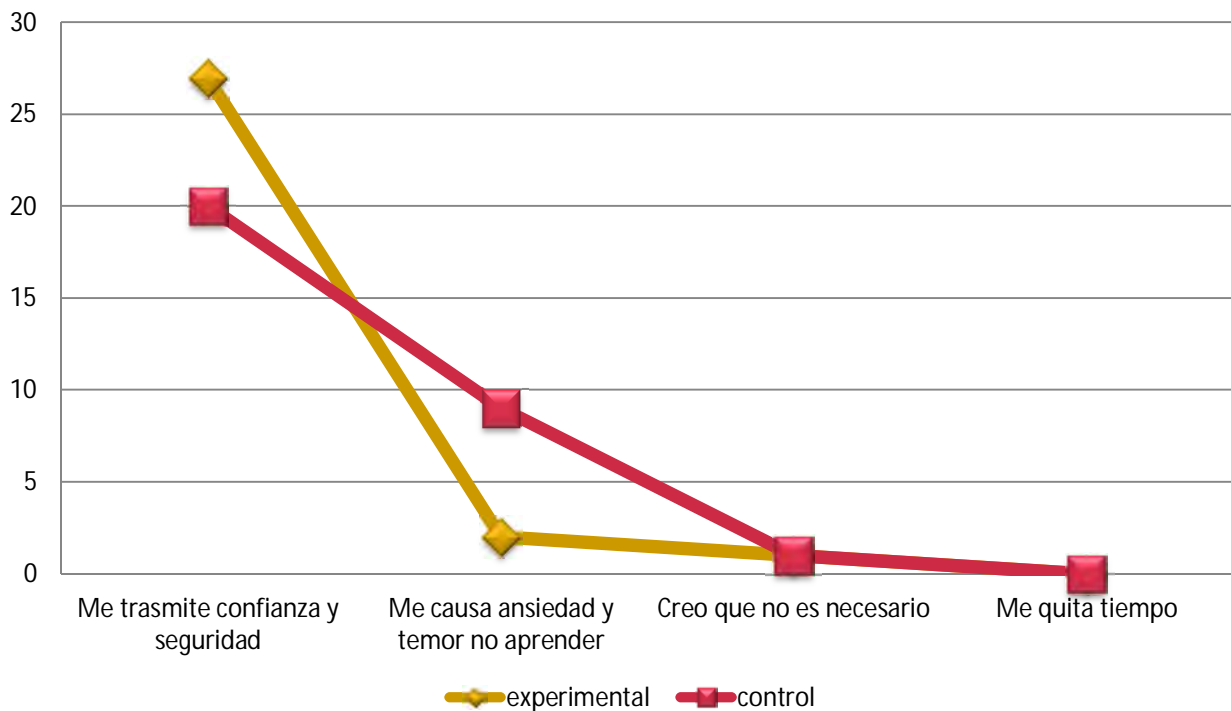
**Gráfica 6. ¿Cómo influye la diálisis en su vida familiar?
(Grupo experimental vs grupo control).**



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

Se representa la comparación del impacto que ha generado la diálisis en la vida del paciente, se observa una diferencia muy significativa en la categoría "Me ha acercado a mi familia", donde el 79% de la población del grupo control reporta haber tenido un mayor acercamiento e inversamente proporcional, el grupo experimental comenta que se han vuelto más independientes. Las diferencias a favor del grupo experimental se explican en consecuencia del producto del reentrenamiento dirigido a los pacientes y cuidadores primarios

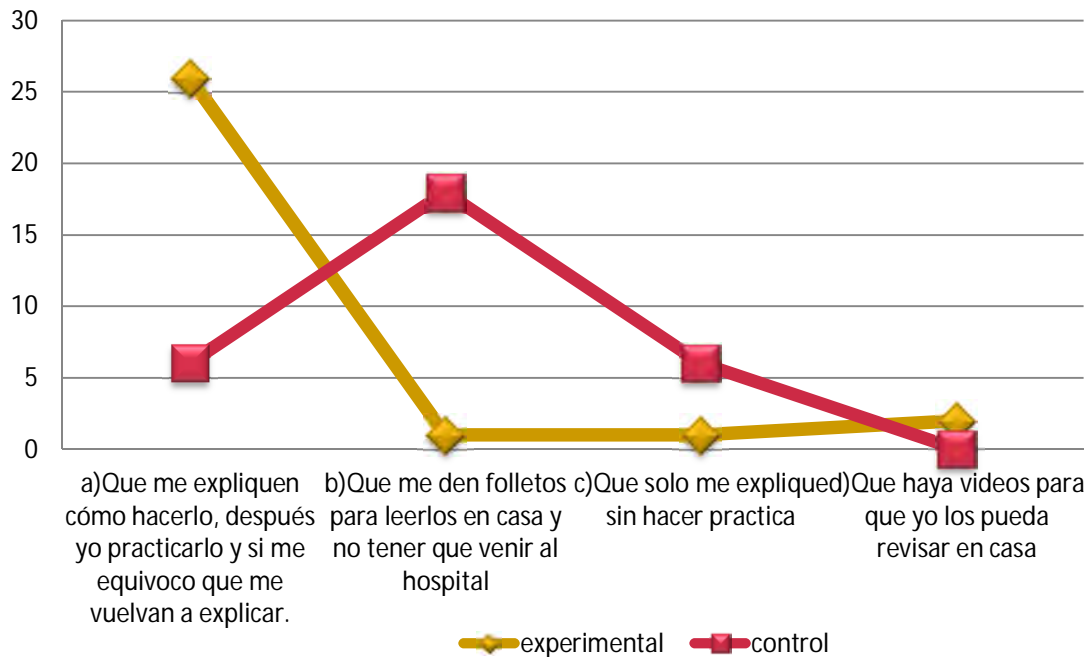
**Gráfica 7. Nivel de autoeficacia
(Grupo experimental vs grupo control).**



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

La pregunta ¿Qué sensación te produce acudir al hospital a que te capaciten sobre la diálisis?, muestra que el 90% del grupo experimental refieren sentir una mayor seguridad al obtener capacitación acerca del tratamiento, mientras que en el grupo control 30% reporta que le *causa ansiedad y temor por no aprender*, a un 3% le *quita tiempo*.

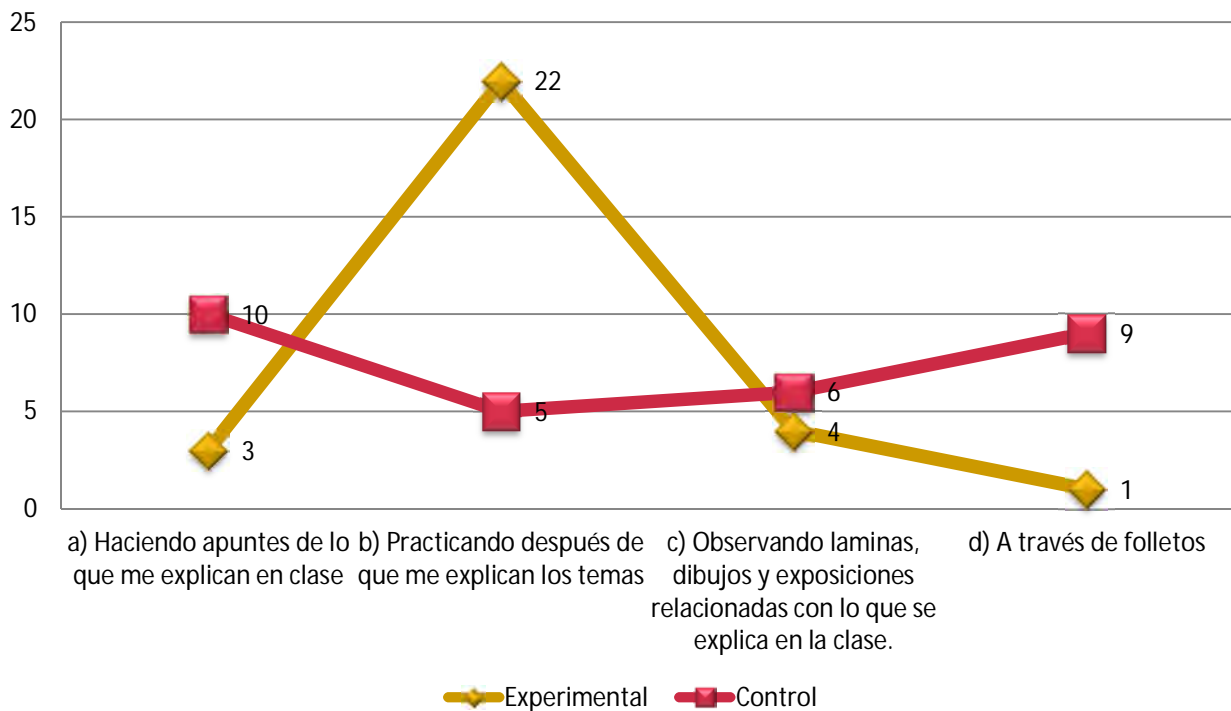
**Gráfica 8. Métodos de aprendizaje
(Grupo experimental vs grupo control).**



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

La forma de como quieren los pacientes ser capacitados, el 86% del grupo experimental le gustaría que le expliquen cómo hacer el procedimiento de diálisis y después practicarle, mientras que para el grupo control sólo el 20% respondió a esta categoría y el 60% prefirió material impreso para revisión en casa.

**Gráfica 9. Métodos de aprendizaje
(Grupo experimental vs grupo control).**



FUENTE: Datos obtenidos de la "Encuesta de opinión sobre los servicios de educación en DPCA" Aplicada en Marzo y Mayo 2013

En la pregunta ¿Con que método crees aprender más sobre tu enfermedad y su tratamiento? El 73.1% del grupo experimental prefirió teoría y practica, el 13.3% láminas, dibujos y exposiciones, 10% haciendo apuntes y 3.5% folletos. Del grupo control el 33% prefirió tomar apuntes en clase, 30.2% folletos, 20% láminas, dibujos y exposiciones y 17% teoría y práctica-

Tabla I. Análisis visitas domiciliarias: técnica DPCA y almacenamiento

CALIFICACIÓN	No. de pacientes					
	10-8	%	7-6	%	<5	%
ACTIVIDAD						
Almacenamiento de material en lugar seco, limpio.	15	93.7%	0	-	1	6.25%
Lugar adecuado para la realización de diálisis (limpio, exclusivo, cama/silla, etc.)	13	81.25%	2	12.5%	1	6.25%
Técnica de lavado de manos y uñas cortas.	14	87.5%	2	12.5%	0	-
Uso adecuado de cubre-bocas	15	93.7%	1	6.25%	0	-
Limpieza de la mesa	15	93.7%	1	6.25%	0	-
Abrir la bolsa correctamente	12	75%	0	-	4	25%
Conexión	11	68.75%	5	31.25%	0	-
Drenaje	15	100%	0	-	0	-
Cebado	15	100%	0	-	0	-
Infusión	15	100%	0	-	0	-
Desconexión	16	100%	0	-	0	-
Identificación de las características del líquido de diálisis y cuantificación	15	100%	0	-	0	-
Deshecho del líquido de diálisis	15	100%	0	-	0	-

FUENTE: Datos obtenidos del Formato de Evaluación de Visita Domiciliaria realizadas en Mayo 2013

Gráfica 10. Visitas domiciliarias: técnica DPCA y almacenamiento



FUENTE: Datos obtenidos del Formato de Evaluación de Visita Domiciliaria realizadas en Mayo 2013

Durante la visita domiciliaria un 60% obtuvieron una buena calificación entre 8 y 10 realizando la técnica correcta de DPCA observando que la actividad que tuvo más deficiencia fue el abrir la bolsa correctamente con un 25%, en cuanto el mantenimiento del materia y al lugar adecuado para la realización de la técnica hubo pocos que no tenían las características con un 6.25% obteniendo la calificación menor a 5

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

La presente investigación permitió conocer si la aplicación de un programa educativo de reentrenamiento dirigido en pacientes del programa en DPCA obtuvo resultados significativos favoreciendo el autocuidado.

Con respecto al artículo “La consulta de Enfermería propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal” menciona que los pacientes ingresan de urgencia a diálisis de forma abrupta sin capacitación y enseñanza, donde el paciente y familiar no logran comprender la magnitud del problema, situación similar observamos en ambos grupos (control y experimental), ya que viven las mismas situaciones.

La atención que brinda la enfermera (o) en los programas de diálisis peritoneal juega un papel determinante para el éxito de su adaptación al tratamiento, es responsable de identificar limitaciones y cuando logra la participación del paciente, este adquiere nuevas habilidades y conocimientos en los que solo lo auxiliara para lograr su autocuidado. En la investigación el 65% del grupo experimental tuvo un nivel de cuidado alto en contraste con el grupo control con un 53% en nivel bajo. En cuanto a grupo de edad las personas adultas y adultos mayores mostraron mejores niveles de autocuidado con respecto a los menores de 30 años.

Se muestra además que el grupo a quien se le aplicó el programa educativo tiene mayor seguridad acerca de su tratamiento y el grupo control refirió ansiedad y temor por no aprender.

La ISPD recomienda que se debe usar material didáctico de fácil comprensión (impreso, audiovisual, maniqués de entrenamiento, pizarrones, entre otros), un período de seis a ocho semanas para el reentrenamiento, y capacitación 1:1, metodología que se utilizó para el grupo experimental con muy buenos resultados, a diferencia del grupo control que lleva una capacitación de cinco días en forma grupal.

Peña (1998) menciona que para satisfacer las necesidades del paciente renal la enfermera debe identificar las limitaciones y planear estrategias para resolver las deficiencias de acuerdo a las condiciones de cada persona. En esta investigación consideramos una evaluación diagnóstica (pre-test) para la detección de necesidades individuales y grupales que permitieron mejorar los resultados de capacitación, aunado a esto la realización de visitas domiciliarias (identifica mejor la necesidad individual y del cuidador primario), similar a lo que menciona Martin Espejo (2004).

5.2 Conclusiones

El objetivo principal de un programa de diálisis peritoneal es lograr que el paciente con terapia sustitutiva tenga una buena calidad de vida través de su autocuidado. Los índices elevados de enfermos renales y la falta de personal capacitado en el área son un obstáculo que impide el cumplimiento de dicho objetivo.

Para el paciente renal es muy difícil aceptar el nuevo estilo de vida al que se debe adaptar, sobre todo cuando desconoce el porqué de su enfermedad y como llevar a cabo el tratamiento. Por otra parte, su cuidador primario quien regularmente suele ser algún miembro cercano de su familia adquiere un rol de sobreprotector, volviendo al paciente completamente incapaz de llevar a cabo su autocuidado.

El reentrenamiento con ayuda de técnicas didácticas innovadoras tales como uso de maquetas, maniqués, socio-drama, juegos, demostraciones, entre otras ayuda al paciente a la adquisición y retención de conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento obteniendo al mismo tiempo un resultado favorable para incrementar su autocuidado puesto que es motivado para realizar por sí mismo el procedimiento dialítico y los cuidados necesarios para evitar complicaciones.

Normalmente se tiene la creencia que los pacientes jóvenes son más conscientes y responsables sobre su autocuidado por lo que se les da más atención; sin embargo, se observó que no es así; los adultos mayores son más responsables de su autocuidado y se sienten más motivados a continuar con una buena calidad de vida, desafortunadamente este grupo de edad se ve privado de oportunidades con respecto al autocuidado y son obligados a ser atendidos por su cuidador primario. La clave para lograr ayudar a pacientes en ambos grupos de edad recae en la capacidad del personal de enfermería para enseñar, detectando las necesidades de aprendizaje de cada paciente y diseñando técnicas didácticas que resulten ser llamativas, útiles y comprensibles.

La enfermera capacitadora debe ser creativa e innovadora para utilizar métodos y técnicas de aprendizaje que el paciente comprenda. Debe ser empática con él

y saber que no es fácil comprender un tema que cambia completamente los estilos de vida de la persona. Además, debe ser confiable y lograr que el paciente, a pesar de encontrarse en el hospital, se sienta seguro para hacerle saber sus dudas y autoeficaz para la realización exitosa de los procedimientos.

Una de las herramientas más importantes que debe utilizar es la práctica, los pacientes refirieron sentirse más seguros al realizar un procedimiento cuando primero se les explica cómo hacerlo, después observando al experto y posteriormente realizarlo ellos sin el temor de ser desaprobados por alguna equivocación.

La participación de la familia es fundamental en el logro del autocuidado del paciente, y cuando este se vuelve independiente, no significa que no desee o requiera del apoyo familiar, al contrario, debe fomentar la convivencia y participación dentro de ese entorno, ya sea realizando pequeñas y sencillas labores domésticas que lo hagan sentir participe de las responsabilidades del hogar.

Las visitas domiciliarias son un elemento clave en el seguimiento del paciente renal, pues las circunstancias de enseñanza dentro del hospital no son las mismas que el paciente puede seguir en su domicilio, además la confianza de estar en un ambiente íntimo facilita la observación del comportamiento real del paciente y la familia en aspectos higiénico-dietéticos, adecuación del lugar, realización del procedimiento, etc. Aunado a lo anterior, la visita domiciliaria desarrolla en el paciente un sentido de importancia por parte del personal de enfermería.

5.3 Aportaciones a la disciplina

La enfermería es una profesión dedicada a la atención de la salud del ser humano, la cual se encarga del cuidar y detectar las necesidades del paciente, con el fin de ayudar a la prevención de complicaciones en su padecimiento.

Dentro de la tesis se menciona sobre la prevención y reentrenamiento que debe tener el paciente en DPCA, ya que en ellos se acentúa la aparición de complicaciones que agudizan la efectividad del tratamiento. Donde pudimos observar que el personal de salud es muy indiferente a su problema en lo cual debemos trabajar en ello, en interesarnos con cada uno de los pacientes con el fin de que se sienta en confianza y poder resolver sus preguntas por más absurdas que ellos piensen. Es importante resaltar que no siempre es la culpa del personal sino del sistema que se tienen en las instituciones públicas, ya que hace falta personal de enfermería capacitado y especializado para que se logre una buena interacción con los pacientes.

Entre las aportaciones de esta tesis se sugiere el tener más énfasis e interés por la evolución del paciente y respuesta que se va observando con el tratamiento dialítico.

La utilización de técnicas didácticas innovadoras donde haya participación del paciente (socio-dramas, juegos, videos, maquetas, debates, entre otros) incrementa el interés, participación, mejora el aprendizaje, la confianza y la seguridad lo que repercute en el autocuidado y la autoeficiencia.

La visita domiciliaria otorga referentes reales a enfermería de cómo vive el paciente la diálisis en casa, aporta ideas sobre su entorno, resolución de dudas o las causas de desapego que intervienen en una diálisis efectiva.

5.4 Sugerencias

Para lograr el éxito del programa educativo de DPCA es necesario adoptar técnicas didácticas diferentes a las habituales. La utilización de estas harán al paciente participe en las sesiones educativas, además llamaran su atención y fomentaran su autoeficacia para la realización del procedimiento dialítico. Con lo anterior, incrementaran los conocimientos, el nivel de autocuidado y el apego al tratamiento.

En ocasiones se considera que la edad del paciente es un factor que limita el aprendizaje, teniendo la creencia que el joven tendrá mejor autocuidado que el adulto mayor, sin embargo, la investigación mostro que los adultos mayores son aquellos que prestan más atención en su autocuidado, por lo que no debemos minimizar a los pacientes en este grupo de edad, al contrario se deben crear métodos para facilitar su aprendizaje y prestar atención al grupo de jóvenes, quienes necesitan más vigilancia para lograr el apego a su tratamiento y su autocuidado.

El aspecto social en el paciente renal es muy importante para compartir experiencias con otras personas iguales a ellos, ya que al conocer a personas que han vivido mucho tiempo con la DP los motiva a mejorar su autocuidado.

Las visitas domiciliarias son parte fundamental del tratamiento del paciente pues se siente más comprometido al sentir un mayor apoyo por parte del equipo de salud, además brinda a la enfermera una visión más extensa sobre cómo se desenvuelve el paciente en un entorno más íntimo pudiendo identificar deficiencias y creando alternativas sencillas y adaptables al ambiente del paciente.

El reentrenamiento ayuda al paciente a retener mejor la información, además incrementa su curiosidad por conocer más sobre la enfermedad para mejorar su autocuidado.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Bernardini J, Price V, Figueiredo A. ISPD Guidelines/Recommendations. Peritoneal Dialysis Patient Training. Peritoneal Dialysis International. [Internet]. 2006; 26(6): 625-632. Disponible en: <http://www.pdiconnect.com/content/26/6/625.full.pdf+html?sid=4891362b-5170-431e-bff4-5949c53e02d6>
2. Cisneros GF. Teorías y modelos de Enfermería. Universidad del Cuaca. 2005. Disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
3. Cueto MA, Cortés SL, Martínez RH, Rojas CE. Enfermedad Renal Crónica Temprana. Prevención, diagnóstico y tratamiento. México: Editorial Medica Panamericana; 2013.
4. García de VS. Factores de progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Prevención secundaria. Guías S.E.N. [Internet] 2008; Supl. 3: 17-21 Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E285/P1-E285-S1146-A5706.pdf>
5. Gómez CA, Arias ME, Jiménez RC. Insuficiencia Renal Crónica. En: Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 637- 646. Disponible en: http://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2062_III.pdf
6. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Revista Nefrología. [Internet] 2014; 34(3):302-16. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E569/P1-E569-S4589-A12464.pdf>

7. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México; Secretaria de Salud, [Internet] 2009; 10. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
8. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos, México: Secretaria de Salud; 2009.
9. Haya C. Bases Físico-químicas de la diálisis. Hospital Regional Universitario. Servicio Andaluz de Salud Disponible en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/blancaramos1.PDF>
10. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Official Journal of the International Society of Nephrology. [Internet] 2013; 3(1). Disponible en: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
11. Macía HM, Coronel DF. Diálisis peritoneal: definición, membrana, transporte peritoneal, catéteres, conexiones y soluciones de diálisis. Nefrología al día. Barcelona. Sociedad Española de Nefrología/Plusmedical; disponible en: <http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/modules.php?name=libro&op=viewCapNewVersion&idpublicacion=1&idedition=13&idcapitulo=85&idversion=&wordsearch=>
12. Marinner A., Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier-Mosby. Sexta Edición, 2007. P. 271
13. Martín EJ. Protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). En: Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería Nefrológica. SEDEN. [Internet]. 2004; 271-308. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art105_1.pdf

14. Maté, M. d. C. O., González, S. L., Trigueros, M. L. Á. Teoría de la autoeficacia de Bandura. Retrieved, [Internet] 2014. Universidad de Cantabria. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.4-teoria-de-la-autoeficacia-de-bandura>.
15. Montenegro J. Diálisis Peritoneal. México. Trillas. 1994. Pp. 183-200
16. Montenegro MJ. Peritonitis e infecciones del catéter en la diálisis peritoneal. Nefrología al día. Barcelona. Sociedad Española de Nefrología/Plusmedical Disponible en: <http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/modules.php?name=libro&op=viewCap&idpublicacion=1&idedition=13&idcapitulo=88&blink=1>
17. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis 39:S1-S266, [Internet]. 2002 (suppl 1). Disponible en : http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
18. Olaz, F.O. La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional. Facultad de Psicología. [Internet] 2001, U.N.C. Argentina, Págs. 13 – 29. Disponible en www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf
19. OMS Reporte de la 4ª Reunión del Grupo Consultivo de la OMS sobre el papel del farmacéutico La Haya, Países Bajos 26 – 28 de agosto de 1998 Departamento de drogas esenciales y otros medicamentos Organización Mundial de la Salud.
20. Peña AP, García LJ, De la Torre PM, Sánchez JL, Jiménez DM, Lupiáñez LY. Desarrollo del Modelo de Autocuidados de Dorotea Orem en Pacientes en DPCA. SEDEN. [Internet]. 1998; 1(3): 15-21. Disponible en: http://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones_revistadet.asp&buscar=&id=35&idarticulo=250&Datapageid=14&intlncio=11

21. Pereda AM. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermería Neurológica. México. [Internet] 2011; 10(3). Pp 163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
22. Requisitos de Autocuidado. ENEO UNAM. Disponible en: www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../Fundamentacion teorica.doc
23. Sánchez C. Influencia del apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente con cardiopatía isquémica. Desarrollo científico de enfermería. [Internet]. 2004. 12(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200004&script=sci_arttext
24. Soriano CS. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. [Internet] 2004. Nefrología 24:S6, 27-35. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3100.pdf>
25. Tapia YT, Muñoz MA, Méndez DA. La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal. IMSS. [Internet]. 2010; 18(3): 159-162. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategorias&view=article&id=59:la-consulta-de-enfermeria-propuesta-de-mejora-en-los-programas-de-dialisis-peritoneal
26. Vega AO, González ED. Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. Universidad Francisco de Paula Santander. 4(4). Pp. 28-35. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
27. Venado EA, Moreno LJ, Rodríguez AM, López CM. Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Proyectos Especiales UNAM. [Internet] Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf

❖ ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<u>DICIEMBRE 2012</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
3 Deliberación del tema	4 Deliberación del tema	5 Deliberación del tema	6 Deliberación del tema	7 Deliberación del tema
10 Deliberación del tema	11 Deliberación del tema	12 Deliberación del tema	13 Deliberación del tema	14 Deliberación del tema
17 Búsqueda de Información	18 Búsqueda de Información	19 Búsqueda de Información	20 Búsqueda de Información	21 Búsqueda de Información
24 Búsqueda de Información	25 Búsqueda de Información	26 Búsqueda de Información	27 Búsqueda de Información	28 Búsqueda de Información
31 Búsqueda de Información				

<u>ENERO 2013.</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
	1 Búsqueda de Información	2 Búsqueda de Información	3 Búsqueda de Información	4 Búsqueda de Información
7 Búsqueda de Información	8 Búsqueda de Información	9 Búsqueda de Información	10 Búsqueda de Información	11 Búsqueda de Información
14 Recopilación de Información	15 Recopilación de Información	16 Recopilación de Información	17 Recopilación de Información	18 Realización de Antecedentes
21 Realización de Antecedentes	22 Realización de Antecedentes	23 Realización de Antecedentes	24 Realización de Antecedentes	25 Elaboración de Objetivos
28 Valoración del Protocolo	29 Elaboración de justificación e Hipótesis	30 Delimitación del Diseño y de la Muestra	31 Elección de Variables y Operacionalización	

<u>FEBRERO 2013.</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
				1
4 Elaboración de Guía para el programa educativo	5 Elaboración de Guía para el programa educativo	6 Elaboración de Guía para el programa educativo	7 Elaboración de Guía para el programa educativo	8 Elaboración de Guía para el programa educativo
11 Elaboración de Guía para el programa educativo	12 Elaboración de Guía para el programa educativo	13 Elaboración de Guía para el programa educativo	14 Elaboración de Guía para el programa educativo	15 Elaboración de Guía para el programa educativo
18 Preparación de material para programa educativo	19 Preparación de material para programa educativo	20 Preparación de material para programa educativo	21 Preparación de material para programa educativo	22 Preparación de material para programa educativo
25 Preparación de material para programa educativo	26 Preparación de material para programa educativo	27 Preparación de material para programa educativo	28 Preparación de material para programa educativo	
<u>MARZO 2013.</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
				1
4 Captura de Participantes para grupo control y de Estudio	5 Captura de Participantes para grupo control y de Estudio	6 Captura de Participantes para grupo control y de Estudio	7 Captura de Participantes para grupo control y de Estudio	8 Captura de Participantes para grupo control y de Estudio
11 Captura de Participantes para grupo control y de Estudio	12 Captura de Participantes para grupo control Y asistencia a programa educativo.	13 Captura de Participantes para grupo control y asistencia a programa educativo	14 Captura de Participantes para grupo control Y asistencia a programa educativo	15 Captura de Participantes para grupo control Y asistencia a programa educativo

18	19	20	21	22
				Bienvenida e introducción del Programa Educativo <i>"El autocuidado dirigido en pacientes del programas de diálisis peritoneal continua ambulatoria"</i> . Unidad I "Conociendo la Insuficiencia Renal" Aplicación de Pre-test.
	25	26	27	28
Unidad II "ALIMENTACIÓN"				Semana santa Semana santa

<u>ABRIL 2013.</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
1	2	3	4	5
Unidad III: "ACCESO PERITONEAL"		Elaboración de material	Elaboración de material	
8	9	10	11	12
				Unidad IV: "Que es la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)"
15	16	17	18	19
				Unidad V "PERITONITIS"
22	23	24	25	26
				Unidad VI "Técnica de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) Con Bolsa Gemela"
29	30			

<u>MAYO 2013.</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
		1	2	3
				Unidad VII Participación de Nutrición y película "Elsa y Fred"
6	7	8	9	10

<p>Visitas domiciliarias</p> <p>-Ana maría - Samuel - Teodora</p>	- Inocencio	<p>Unidad VIII "Control de Líquidos" Anemia y Desnutrición</p> <p>Visitas domiciliarias - Carlos</p>	<p>Visitas domiciliarias</p> <p>María del Rocío</p>		
<p>13</p> <p>Visitas domiciliarias</p> <p>-Magdalena - Rómulo - Lourdes</p>	14	<p>15</p> <p>Visitas domiciliarias</p> <p>Fernando</p>	16	<p>17</p> <p>Unida IX "Y Tú, ¿Cómo Le Has Hecho?" Joven Y Su Experiencia Apoyo Con Psicología Cambios de estilo de Vida.</p> <p>Visitas domiciliarias Teresa</p>	18 R U T I L I O
<p>20</p> <p>Visitas domiciliarias</p> <p>Rafael - Juan - Alfonzo</p>	21	<p>22</p> <p>Visitas domiciliarias</p> <p>- Guadalupe - Sonia</p>	23	<p>24</p> <p>Evaluación del Programa Educativo. CONVIVENCIA</p>	
<p>27</p>	28	<p>29</p>	30	<p>31</p> <p>Emiliano Inocencio Betty</p>	

<u>JUNIO 2013.</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
<p>3</p> <p>Recolección de Resultados</p>	<p>4</p> <p>Recolección de Resultados</p>	<p>5</p> <p>Recolección de Resultados</p>	<p>6</p> <p>Recolección de Resultados</p>	<p>7</p> <p>Inicio de Curso intensivo "Unidad I: ERC Y DPCA"</p>
<p>10</p> <p>Unidad II: "peritonitis y cuidados al orificio de salida"</p>	11	12	13	<p>14</p> <p>Unidad II: Control de Líquidos y Técnica de Diálisis</p>

17 Unidad III: "Nutrición" Alimentos saludables. Desnutrición. Anemia.	18 Visitas domiciliarias.	19 Visitas domiciliarias.	20 Visitas domiciliarias.	21 Cambios De Estilo De Vida. Y Tu, Como Le Has Hecho
24 <i>Clausura de Programa</i>	25 Recolección de Resultados	26 Recolección de Resultados	27 Recolección de Resultados	28 Recolección de Resultados

<u>JULIO 2013.</u>				
LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE
1 Análisis de Resultados	2 Análisis de Resultados	3 Análisis de Resultados	4 Análisis de Resultados	5 Análisis de Resultados
8 Análisis de Resultados	9 Análisis de Resultados	10 Análisis de Resultados	11 Análisis de Resultados	12 Análisis de Resultados
15 Análisis de Resultados	16 Análisis de Resultados	17 Análisis de Resultados	18 Análisis de Resultados	19 Análisis de Resultados
22	23	24	25	26
29	30	31		

ANEXO 2.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud
Servicio de Nefrología.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Quinto. De la Investigación para la salud, Capítulo Único. Artículo 100.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21.

Se me ha mencionado acerca de la enfermedad que padezco y por ello se me hace la cordial invitación a participar de este programa Educativo que tiene por objetivo responder a las necesidades de mi auto-cuidado y de mi cuidador, utilizando técnicas de enseñanza-aprendizaje para prevenir y disminuir infecciones durante mi tratamiento. Ya que de acuerdo a los últimos reportes mensuales, se menciona que las infecciones más comunes como son de peritonitis y de orificio de salida han aumentado. La demanda de pacientes es mayor y el personal no es suficiente para cubrir la educación al paciente y cuidador.

Se me ha informado que dicho programa estará constituido por nueve sesiones, una vez a la semana con duración de dos horas por sesión, comprometiéndome a asistir a cada una de ellas con toda disposición. Además se llevara a cabo una visita domiciliaria en la que podrán realizar la valoración del lugar de mi técnica de Diálisis y las evaluaciones necesarias para el presente estudio.

Los resultados de este estudio ayudarán a determinar el mejor tratamiento de la enfermedad en mi caso y el de otros pacientes, obteniendo beneficios de conocimiento.

Se me explicó que dependiendo de un sorteo pude participar en este grupo que recibirá la aplicación del Programa Educativo, sin que esto afecte necesariamente el curso de mi enfermedad.

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación; así mismo que los datos que proporcione serán tratados con toda Privacidad y Anonimato, aceptando el uso de los mismos para fines de estudio.

Con fecha Del 22 de Marzo de 2013, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en la investigación, acepto Participar en el estudio titulado "el auto cuidado dirigido en pacientes del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria".

Nombre y firma del paciente o responsable.

Nombre y firma del Investigador.

ANEXO 3. INSTRUMENTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 58
“GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO” COORDINACIÓN
CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN EN DPCA.

FOLIO: _____

El proceso enseñanza-aprendizaje es el acto mediante el cual el profesor muestra o suscita contenidos educativos a un alumno, quien debe captar y elaborar los contenidos expuestos por cualquier fuente de información; por lo anterior, estamos realizando una investigación sobre la funcionalidad de un programa de autocuidado dirigido en pacientes del programas de diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital General De Zona No. 58.

INSTRUCCIONES: Lea con atención las siguientes preguntas y marque la opción que crea conveniente.

Edad: _____ No. cursos tomados: _____ Tiempo en el programa: _____

1. ¿Qué es la Diálisis Peritoneal?
 - e) El tratamiento de sustitución de la función de los riñones para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua
 - f) El fallo de los riñones con limitación o por completo de sus funciones
 - g) La acumulación de líquido en el cuerpo
 - h) Un tratamiento que permite seguir viviendo

2. ¿En qué modalidad de Diálisis se encuentra usted?
 - e) Diálisis Peritoneal Ambulatoria
 - f) Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
 - g) No se
 - h) En pre diálisis

3. ¿Qué significa la presencia de líquido turbio, dolor abdominal y fiebre?
 - a) Peritonitis
 - b) infección
 - c) Un signo de alarma
 - d) No se

4. ¿Qué significa que el orificio de salida este rojo, aumentada la temperatura, con presencia de pus y comezón?
 - a) Peritonitis
 - b) infección
 - c) Un signo de alarma
 - d) No se

5. ¿Cuánto tiempo debe durar el lavado de manos?
 - a) Menos de un minuto
 - b) Un minuto
 - c) Cinco minutos
 - d) El tiempo no importa

6. ¿En qué actividad no debo olvidar usar el cubre bocas?
 - e) Al realizar el cambio de bolsa
 - f) Al realizar curación del orificio de salida
 - g) Cuando se tiene gripe
 - h) En todas las anteriores

7. ¿Con que método crees aprender más sobre tu enfermedad y su tratamiento?
 - e) Haciendo apuntes de lo que me explican en clase
 - f) Practicando después de que me explican los temas
 - g) Observando laminas, dibujos y exposiciones relacionadas con lo que se explica en la clase.
 - h) A través de folletos

8. ¿Cómo te gustaría que te capaciten en el programa de diálisis?
 - a) Que me expliquen cómo hacerlo, después yo practicarlo y si me equivoco que me vuelvan a explicar.
 - b) Que me den folletos para leerlos en casa y no tener que venir al hospital
 - c) Que solo me explique sin hacer practica
 - d) Que haya videos para que yo los pueda revisar en casa

9. ¿Qué sensación te produce acudir al hospital a que te capaciten sobre diálisis?
 - a) Me trasmite confianza y seguridad
 - b) Me causa ansiedad y temor no aprender
 - c) Creo que no es necesario
 - d) Me quita tiempo

10. ¿Cómo influye la diálisis en su vida familiar?
 - a) Me ha acercado a mi familia
 - b) Me ha alejado de mi familia
 - c) Me sobreprotege mi familia
 - d) Me ha hecho independiente de mi cuidado

¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!

ANEXO 4. TEMARIO DEL PROGRAMA EDUCATIVO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 58°GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO



UNIDAD I. “CONOCIENDO LA INSUFICIENCIA RENAL”

DESCRIPCIÓN: contenido que aporta al paciente elementos sobre la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) a través del estudio de su anatomía y fisiología. Aspectos importantes para comprender sus signos y síntomas que suelen tener los pacientes.

OBJETIVOS.

- Reconocer la anatomía y fisiología del aparato urinario
- Identificar sus signos y síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

CONTENIDO.

- 1.1 Funciones básicas del riñón
- 1.2 Definición de IRC
- 1.3 Causas
- 1.4 Signos y síntomas
- 1.5 Síndrome Urémico

RECURSOS DIDÁCTICOS. Imágenes, diapositivas, videos.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: Sopa de letras, Relación de columnas, Lluvia de ideas

EVALUACIÓN

- Participación individual y grupal
- Integración al equipo

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Principios de Medicina Interna , Harrison Vol. 1 , Mc Graw Hill , 15º edición , México
- Páginas de internet
 - <http://www.carloshaya.net/biblioteca/pacodiez.PDF>
 - Renal en México <http://mexico.renalinfo.com>

UNIDAD II. “ALIMENTACIÓN EN DPCA”

DESCRIPCIÓN: Es una unidad introductoria a la correcta alimentación que debe tener el paciente nefropata con el fin de que conozca y aprenda de lo que si puede comer y lo que tiene que comer poco

OBJETIVO: Que el paciente identifique los alimentos que le ayudan y los que le desfavorece

CONTENIDO.

2.1 Alimentación en la Diálisis.

2.1.1 Recomendación de nutrición en pacientes de diálisis

2.2 El plato del Buen comer

2.3 Potasio y fosforo en la alimentación

2.3.1 Consejos para aumentar el contenido

2.3.2 Consejos para disminuir el contenido

RECURSOS DIDÁCTICOS: diapositivas, imágenes, maqueta del plato del bien comer, alimentos de plástico, etiquetas de alimentos, pizarrón, gises.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE.: Los pacientes identificarán los alimentos pertenecientes a los grupos del plato del bien comer, crearán una comida completa incluyendo alimentos de cada grupo y tomando en cuenta las restricciones alimenticias para DPCA, identificarán los alimentos ricos en fosforo, potasio, calcio, hierro, lácteos.

EVALUACIÓN

- Participación en equipo
- Participación individual

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. Autores. Cortes Sanabria Laura, Cueto Manzano Alfonso Martin, De Santillana Hernández Sonia Patricia 2009

UNIDAD III. "ACCESO PERITONEAL"

DESCRIPCIÓN: Unidad que aporta elementos que componen su diagnóstico y tratamiento conociendo sobre sus diferentes modalidades

OBJETIVO:

- Que el paciente identifique los elementos que contribuyen los diferentes tratamientos y las complicaciones que puede tener sino se trata

CONTENIDO.

- 1.1. Catéter de diálisis
- 1.2. ¿Qué es una infección del orificio de salida?
 - 2.2.1 Signos y síntomas de infección de orificio de salida
- 2.3. Cuidados al orificio de salida
 - 2.3.1 Técnica de lavado de manos

RECURSOS DIDÁCTICOS: diapositivas, imágenes, maquetas de catéter Tenckhoff y rígido, maqueta de sistema digestivo (énfasis en cavidad peritoneal) gases, micropore, video lavado de manos.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE.: practicarán la limpieza del orificio de salida, identificarán con imágenes los síntomas de infección. Realizarán el lavado de manos post-video

EVALUACIÓN

- Participación individual y grupal
- Integración al equipo

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Principios de Medicina Interna , Harrison Vol. 1 , Mc Graw Hill , 15º edición , México
- Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México; Secretaria de Salud, [Internet] 2009: 10. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Páginas de internet
 - http://mexico.renalinfo.com/treatment/end_stage_kidney_failure/peritoneal_dialysis/types_of_peritoneal_dialysis.html
 - <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/dialisis/carmentrujillo.PDF>
 - http://www.sedyt.org/2004/revista/numeros_enteros/10_1/1988%2010%201%2035-39.pdf

UNIDAD VI. “QUÉ ES LA DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)”

DESCRIPCIÓN: Unidad que aporta los elementos conceptuales, así como los componentes de las ventajas y beneficios de la DPCA

OBJETIVO: Que el paciente aprenda y conozca la importancia de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

CONTENIDO.

- 3.1 Definición
- 3.2 Funcionamiento de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria DPCA
 - 3.2.1 Infusión
 - 3.2.2 Permanencia
 - 3.2.3 Drenaje
 - 3.2.4 Soluciones de Bolsas
- 3.3 Ventajas de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria DPCA
- 3.4 Partes del sistema de bolsa gemela Baxter

RECURSOS DIDÁCTICOS: diapositivas, imágenes, bolsa gemela Baxter con nombres, ruleta con las frases “pregunta, mímica, chiste, realiza la acción”

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE. Cada paciente identificara las partes de la bolsa gemela colocando su nombre en el lugar adecuado; formaran equipos y cada integrante girará la ruleta y dependiendo de su suerte contestara una pregunta, realizara mímica, realizara limpieza de O.S. o contara un chiste.

EVALUACIÓN

- Participación individual
- Integración al equipo

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México; Secretaria de Salud, [Internet] 2009: 10. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Baxter. Manual de capacitación del paciente en D.P. 9ª edición. 2003.
- Páginas de internet
 - http://spain.renalinfo.com/opciones_de_tratamiento/dialisis_peritoneal_3.html
 - http://www.sedyt.org/2004/revista/numeros_enteros/10_1/1988%2010%201%2035-39.pdf

UNIDAD V. “¿QUÉ ES PERITONITIS?”

DESCRIPCIÓN: Es una unidad introductoria a los cuidados específicos de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) así como también las infecciones que podrían tener

OBJETIVO: Que el paciente identifique cuales son los cuidados que debe de tener para evitar infecciones a futuro.

CONTENIDO.

- 1.1 Peritonitis
- 1.2 Factores de riesgo
- 1.3 Signos y síntomas
- 1.4 ¿Qué hacer si se presentan síntomas?
- 1.5 Prevención
- 4.6 Tratamiento
- 4.7 Reentrenamiento

RECURSOS DIDÁCTICOS: Diapositivas, imágenes representativas.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: Se realizara un crucigrama, cada paciente tendrá una tarjeta con la descripción de la respuesta, puede que la tenga que actuar para que sus compañeros la averigüen.

EVALUACIÓN

- Participación por equipo
- Integración al equipo

BIBLIOGRAFÍA

- Daugirdas John T, Manual de Diálisis 4° Edición. Masson. Barcelona. 2003
- Montenegro Jesús, Tratado de diálisis Peritoneal. Elsevier. España. 2009
- Baxter. Manual de capacitación del paciente en D.P. 9ª edición. 2003.
- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos, México: Secretaria de Salud; 2009.

UNIDAD VI. “TÉCNICA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) CON BOLSA GEMELA”

DESCRIPCIÓN: Es una unidad introductoria a los cuidados específicos de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) así como también las infecciones que podrían tener

OBJETIVO: Que el paciente identifique cuales son los cuidados que debe de tener para evitar infecciones a futuro.

CONTENIDO.

5.1 Medidas Generales

5.1.1 Donde colocar las Bolsas de Diálisis

5.1.2 Adecuación para el lugar de Diálisis

5.1.2.1 Recursos físicos

5.1.2.2 Recursos materiales

5.2 Técnica de lavado de manos

5.3 Técnica de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria DPCA

RECURSOS DIDÁCTICOS: Diapositivas, imágenes, video técnica DPCA y lavado de manos, mandil simulador, bolsas gemelas de DPCA, material para técnica DPCA.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: formaran parejas y cada uno realizara la técnica de DPCA.

EVALUACIÓN

- Participación individual
- Integración al equipo

BIBLIOGRAFÍA

- Daugirdas John T, Manual de Diálisis 4º Edición. Masson. Barcelona. 2003
- Montenegro Jesús, Tratado de diálisis Peritoneal. Elsevier. España. 2009
- Baxter. Manual de capacitación del paciente en D.P. 9ª edición. 2003.

UNIDAD VII. “CONTROL DE LÍQUIDOS”.

DESCRIPCIÓN: Unidad que aborda los conceptos del manejo de líquidos en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE: Comprender y reconocer los contenidos que abarca el control de líquidos en DPCA

CONTENIDO.

1. ¿Qué es el control de líquidos?
2. Funcionalidad e importancia
3. ¿Cómo se realiza el control de líquidos?

RECURSOS DIDÁCTICOS: Diapositivas, imágenes representativas, pizarrón, gises.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: Los pacientes llevarán su libreta de control de líquidos, se usarán para poner ejemplos e individualmente realizarán el ejercicio, se discutirá el resultado y se aclararán dudas

EVALUACIÓN

- Participación individual: práctica
- Realización de control de líquidos

BIBLIOGRAFÍA

- Baxter. Manual de capacitación del paciente en D.P. 9ª edición. 2003.

UNIDAD VIII. “CAMBIO DE ESTILO DE VIDA EN IRC”

DESCRIPCIÓN. Unidad que aborda los conceptos de los estilos de vida adecuados para el paciente que curse Insuficiencia Renal Crónica y se encuentre en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Comprender la importancia de los nuevos estilos de vida que debe adquirir el paciente.
- ✓ Invitar al paciente a comenzar a adquirir nuevos estilos de vida saludables

CONTENIDO.

1. Cambios físicos y emocionales
2. Higiene
3. Sexualidad
4. Esquema de vacunación

RECURSOS DIDÁCTICOS: Diapositivas, película “Elsa y Fred”, lluvia de ideas

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: Se realizara una reflexión sobre la película “Elsa y Fred”, realizaran un mapa mental de su vida antes y después de la IRC y la DPCA haciendo una reflexión del cambio, de las dificultades, las mejoras y su visión de vida a futuro.

EVALUACIÓN

- Participación durante la sesión educativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Baxter. Manual de capacitación del paciente en D.P. 9ª edición. 2003.

UNIDAD IX. “¿Y TÚ, CÓMO LE HAS HECHO?”

DESCRIPCIÓN.

Unidad que aborda las principales emociones del paciente con IRC en DPCA así como la importancia de la familia para aprender a vivir con la enfermedad.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Comprender las implicaciones que abarca la IRC tanto a nivel personal como social
- ✓ Compartir experiencias vividas durante el transcurso de la enfermedad, la participación de la familia y su importancia en la asimilación del padecimiento.

CONTENIDO.

1. Aspecto emocional.
2. Relación con la familia
3. Importancia del cuidador primario.

RECURSOS DIDÁCTICOS: Diapositivas, invitación de un paciente ejemplo, participación y apoyo de psicología.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE: Con ayuda de la psicóloga, el paciente realizará una reflexión sobre los cambios de hábitos higiénico-dietéticos personales, compartirán sus experiencias y escucharán al invitado sorpresa para compartir consejos de “¿cómo le ha hecho?”.

EVALUACIÓN

Participación durante la sesión educativa

BIBLIOGRAFÍA

Baxter. Manual de capacitación del paciente en D.P. 9ª edición. 2003



ANEXO 5. REGISTRO DE ASISTENCIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
 No. 58 "GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO"
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nombre:		Genero	F	M		Fecha de nacimiento		Edad:	
Domicilio:									
							Teléfono		
Familiar responsable :									
Familiar responsable :									

Datos clínicos					Datos del catéter			
Etiología IRC		Ingresa de manera programada	SI	NO	N°	fecha de Instalación		
					1°			
Fecha de diagnóstico de la IRC	Día	Mes	Año		2°			
						Día	Mes	Año

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 58 "GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sesión: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____n

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____n

Sección: ___ Fecha: __/__/__

Tema: _____

Actividad: _____

Evaluación: _____

ANEXO 6.FORMATO DE EVALUACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 58 "GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A) REVISIÓN DE ORIFICIO DE SALIDA

Características	SI	NO	Observaciones
Enrojecimiento			
Prurito			
Salida de pus			
Dolor /Ablandamiento			
Hipertermia			
Costras			
Ninguna			

B) LIMPIEZA DEL ORIFICIO

	ACTIVIDAD	SI	NO
1	Material adecuado para la limpieza		
2	Técnica correcta de lavado de manos (uñas cortas y sin esmalte)		
3	Técnica correcta de lavado de orificio (del centro a la periferia) (y en su caso, de colocación de gentamicina)		
4	Identificación de signos de infección		
5	Colocación de fijación		
6	Uso adecuado de fajero		

Observaciones:



C) EVALUACIÓN DE TÉCNICA DE DPCA

	ACTIVIDAD	SI	NO
1	Almacenamiento de material en lugar seco, limpio.		
2	Lugar adecuado para la realización de diálisis (limpio, exclusivo, cama/silla, etc.)		
3	Técnica correcta de lavado de manos y uñas cortas.		
4	Uso adecuado de cubre-bocas		
5	Limpieza de la mesa		
6	Abrir la bolsa correctamente		
7	Diálisis peritoneal: conexión y drenaje		
8	Diálisis peritoneal: cebado e infusión		
9	Diálisis peritoneal: desconexión		
10	Identificación de las características del líquido de diálisis y cuantificación		
11	Deshecho del líquido de diálisis		

Observaciones.:

ANEXO 7. EVIDENCIAS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS



Utilización de diapositivas en Power Point



Utilización de diapositivas en Power Point



Utilización de maquetas y maniqués para la realización de práctica de limpieza del O.S.



Utilización de maquetas y maniqués para la realización de práctica de limpieza del O.S.



**Demostración
de técnica de
DPCA.**

MATERIAL DIDÁCTICO



UNIDAD III
"QUÉ ES DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)"

La Diálisis es el tratamiento que sustituye la función de los riñones para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua.

Proceso - Coloca un catéter en la cavidad peritoneal, se realiza un caso y se requieren 5 cambios al día.

Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua

¿CÓMO IDENTIFICARLA?

El área que rodea al sitio de salida estará:

- ✓ Enrojecida
- ✓ Inflama
- ✓ Dolorosa
- ✓ Hinchada
- ✓ Caliente

✓ Con presencia de pus.

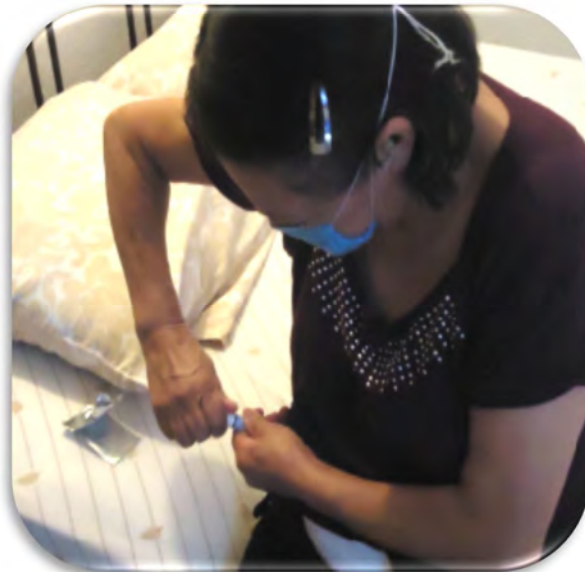


SESIÓN CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA



VISITAS DOMICILIARIAS





VISITAS DOMICILIARIAS



“El hombre se auto realiza en la misma medida en que se compromete al cumplimiento del sentido de su vida”.



