



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

**Experiencias de Enfermería sobre la Enseñanza del Autocuidado en  
Pacientes de Diálisis Peritoneal Ambulatoria, en tiempos de COVID-19**

**Tesis**

Para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

Presenta

**Sandra Itzel Álvarez Martínez**

Directora de Tesis

Dra. María Cristina Rodríguez Zamora

Cotutor de Tesis

Mtra. Alexandra Garduño Magaña

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2021.

Tesis realizada gracias al programa UNAM-PAPIME clave PE212021



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:**

Dios, por darme el don de la vida, bendecir cada uno de mis pasos, darme fuerza y colocarme siempre en el lugar correcto.

La UNAM, FES Iztacala y ENP 9 por ser mi segundo hogar, hacer realidad muchos sueños, darme las bases para desenvolverme día a día y permitirme crecer como persona y enfermera.

Mis docentes, en especial a mí estimada Dra. María Cristina Rodríguez Zamora, por la confianza y el apoyo, por las oportunidades brindadas y creeren mí, impulsarme y ser un gran ejemplo a seguir.

Mtra. Alexandra Garduño Magaña, por compartirme sus conocimientos, motivarme e inspirarme cuando las ideas no llegaban a mí.

Personal de enfermería por cada una de sus enseñanzas y abrirme su corazón.

Mta. Diana y sínodo por su disposición y enriquecimiento.

Mi madre, por acompañarme a lo largo de este camino, por amarme, cuidarme, procurarme y creer en mí.

Mi padre, por las aventuras y enseñanzas.

Álvaro, por verme como a una hija, apoyarme y ser tan humano.

Mi tío Ricardo, por apoyarme y ser un ejemplo.

Fer, por caminar conmigo; América, Jennifer, Carlos, Tania, Eloisa y Karen por su cariño incondicional.

Mis tíos David y Carmen, que me dieron la fuerza para decidir cuidar de los demás.

Maty y Layla por darme un amor tan fiel, cálido e incondicional.

A todos, gracias.

## Resumen

**Introducción:** La atención de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) se vio impactada ante la emergencia sanitaria con la reconversión de hospitales y suspensión de actividades de capacitación, seguimiento clínico y enseñanza, y en casos excepcionales solo atención de situaciones de urgencia.

**Objetivo:** Describir las experiencias de enfermería sobre la enseñanza del autocuidado en pacientes de Diálisis Peritoneal Ambulatoria (DPA) en tiempos de COVID-19. **Metodología:** Investigación cualitativa desde la aproximación fenomenológica descriptiva; la recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas y a profundidad a 10 enfermeras que laboraban en el programa de DPCA y tuvieron participación en el autocuidado del paciente durante la pandemia por COVID-19. **Hallazgos:** Derivado del análisis se obtuvieron los siguientes hallazgos conformados por el fenómeno de estudio, una categoría central: 1) enseñanza de autocuidado; dos categorías principales: 1) experiencia de Enfermería ante el COVID-19 y 2) desafíos del paciente en DP ambulatoria; y siete subcategorías: 1) desconocimiento del manejo de la enfermedad, 2) impacto ante el contagio y la muerte de pacientes, compañeros y familiares, 3) necesidades emocionales y aprendizajes laborales, 4) reorganización del programa de DP, 5) miedo al contagio, 6) capacitación en tiempos de COVID-19 y 7) incumplimiento del tratamiento, complicaciones y muerte. **Conclusiones:** La pandemia tomó desprevenida a instituciones y personal de salud, cuyos estragos se reflejaron en la atención brindada a la población vulnerable, trayendo consigo aprendizajes derivados de los escenarios presentados.

**Palabras clave (DeCS):** *Diálisis peritoneal, experiencias, enseñanza, autocuidado, enfermería.*

## Contenido

<b>Capítulo I</b> .....	<b>6</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>Problematización</b> .....	<b>7</b>
<b>Estado del Arte</b> .....	<b>11</b>
<b>Objeto de estudio</b> .....	<b>20</b>
<b>Pregunta de investigación</b> .....	<b>20</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>20</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>22</b>
<b>Capítulo II</b> .....	<b>23</b>
<b>Marco Referencial o Conceptual</b> .....	<b>23</b>
<b><i>COVID (SARS-CoV-2)</i></b> .....	<b>23</b>
<b>Síntomas y Tratamiento.</b> .....	<b>24</b>
<b>Enfermedad Renal Crónica</b> .....	<b>25</b>
<b><i>Definición y estadios</i></b> .....	<b>25</b>
<b><i>Factores de riesgo</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>Signos y síntomas</i></b> .....	<b>28</b>
<b>Diálisis Peritoneal</b> .....	<b>29</b>
<b>Programa de Diálisis Peritoneal</b> .....	<b>30</b>

<b>Consulta de enfermería .....</b>	<b>31</b>
<b>Capacitación.....</b>	<b>32</b>
<b>Capítulo III _____</b>	<b>35</b>
<b>Diseño metodológico .....</b>	<b>35</b>
<b>Selección de informantes .....</b>	<b>35</b>
<b>Características de los informantes .....</b>	<b>36</b>
<b>Técnica de recolección de datos .....</b>	<b>37</b>
<b>Método para el análisis de datos .....</b>	<b>37</b>
<b>Aspectos éticos y legales.....</b>	<b>39</b>
<b>Criterios de rigor científico.....</b>	<b>39</b>
<b>Capítulo IV _____</b>	<b>41</b>
<b>Hallazgos .....</b>	<b>41</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>61</b>
<b>Capítulo V _____</b>	<b>68</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>68</b>
<b>Aportaciones a la disciplina .....</b>	<b>70</b>
<b>Referencias _____</b>	<b>72</b>
<b>Anexos _____</b>	<b>77</b>

## Capítulo I

### Introducción

La enfermedad por COVID-19 (SARS-CoV-2) se declaró pandemia mundial el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La enfermedad puede propagarse por vía aérea y contacto directo de persona a persona, lo que representa un riesgo para la salud pública. Según datos publicados, las personas con afecciones médicas subyacentes son más susceptibles a enfermedades importantes asociadas con el virus, además las tasas de mortalidad entre los adultos mayores (AM) y las personas con enfermedades crónicas son más altas.<sup>1</sup> Por lo tanto, se considera que los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), especialmente aquellos en diálisis, tienen un mayor riesgo de desarrollar COVID-19 debido a su estado inmunodeprimido, condición frágil y múltiples comorbilidades.<sup>2</sup>

Al ser pacientes con ERC altamente vulnerables a COVID-19, la labor de enfermería ante esta pandemia ha sido fundamental y una pieza clave para la preservación de la salud de quienes están en diálisis peritoneal (DP), al innovar e implementar nuevas formas de atención y enseñanza del autocuidado a la persona con DP y cuidador primario para el seguimiento clínico en domicilio. Esta pandemia ha puesto a prueba al sistema de salud, la actitud y colaboración ciudadana, pero sobre todo el gran profesionalismo del personal de salud que hace posible la atención diaria de los pacientes.

## Problematización

De acuerdo con el Informe Técnico Diario que imparte el titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud junto con autoridades sanitarias, el incremento de contagios por el virus de SARS-CoV-2 fue en aumento al convertirse en una pandemia mundial que toma imprevista a población y autoridades sanitarias, convirtiéndose en un tema preocupante para la salud pública de México y el mundo.<sup>3</sup>

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) hizo un llamado a los pacientes con ERC a no suspender sus tratamientos durante esta emergencia sanitaria y a fortalecer las medidas de prevención, ya que su padecimiento condiciona un pronóstico negativo importante ante el contagio por COVID-19.<sup>4</sup>

Las instituciones sanitarias se vieron obligadas a reconvertirse en hospitales o centros COVID-19 para la atención de pacientes con esta afección, debido a un incremento acelerado en el número de casos que requerían hospitalización. Por lo que los pacientes con ERC que acudían a consultas subsecuentes o de urgencia tuvieron que verse obligados a suspender o posponer sus citas con el personal médico y de enfermería en los programas de DP, con el fin de evitar contagios de COVID-19 y posibles complicaciones asociadas a la enfermedad.



Por otro lado, al desconocer la naturaleza del SARS-CoV-2 y a pesar de tomar las medidas de precaución recomendadas por las autoridades sanitarias, gran porcentaje del personal de salud comenzó a contagiarse y aislarse en cuarentena. Situaciones que generaron sentimientos contradictorios en el personal encargado y especializado en la atención de pacientes en DP, al tener que suspender la atención por ver afectada su salud. Evidentemente las complicaciones se fueron manifestando conforme pasaban los meses, por lo que empezaron a acudir al hospital por: hipovolemia, hipervolemia, hipotensión, hipertensión, edema, hiperfosfatemia, fallas de ultrafiltración (UF), infecciones en las vías urinarias (IVU), infecciones en el orificio de salida (OS), complicaciones con el catéter y en su defecto, peritonitis.

Al contrario de lo esperado, personal de las áreas de DP refirió que la mortalidad por COVID-19 fue menor a la esperada, debido a que los pacientes no requerían trasladarse al hospital para dializarse, pero al suspenderse el seguimiento clínico, la mayoría de las defunciones se debieron principalmente a complicaciones como: peritonitis, infarto agudo al miocardio (IAM), choque séptico, falla multiorgánica o complicaciones cardiovasculares.

Conforme avanzó la pandemia, las unidades de DP tuvieron que reiniciar sus actividades con las respectivas medidas de higiene y seguridad para atender los casos urgentes o que requerían de una acción inmediata que ya

era imposible posponer. Motivando al personal de enfermería de algunas a extremar las medidas de seguridad para evitar el contagio de los pacientes que acudían a la consulta con el uso obligatorio de: lavado de manos con alcohol gel, cubrebocas, goglees, distanciamiento social, limpieza extrema del área y un horario estricto de consulta para evitar que familiares o pacientes se aglomerasen en salas de espera. Al ver que el panorama no iba a mejorar a futuro inmediato, se optó por hacer en la consulta de enfermería una valoración completa del estado clínico, realización de procedimientos como: cambio de línea, estudios de laboratorio y en los casos que fuera necesario ajustes en la dosis de diálisis. Enfermería ante esta situación, ha extremado su rol de educadora, ya que, la situación con respecto a la pandemia sigue incierta y ante la incertidumbre de un rebrote de casos, y la atención directa del paciente corre el riesgo de suspenderse.

Al ser los pacientes con ERC altamente vulnerables al COVID-19 el papel de enfermería durante esta crisis sanitaria ha sido fundamental y una pieza clave para la preservación de la salud de quienes están en DP, al innovar técnicas de enseñanza con el paciente o cuidador primario, formas o reportes de valoración, seguimiento a través del uso de las tecnologías y la investigación de acuerdo con los datos que la población está arrojando durante esta crisis.

El panorama a futuro no es favorecedor para la población en general ni para los pacientes con ERC ya que se prevén rebrotes, como sucede en los países que fueron afectados antes que México, por lo que debemos estar preparados como personal de enfermería y seguir la implementación estricta de medidas sanitarias, con el fin de evitar el contagio y complicaciones que por la enfermedad renal o la diálisis se presenten. Por lo que es importante conocer las experiencias y vivencias del personal de enfermería en la atención de pacientes en DP durante la pandemia, ya que son de suma importancia para comprender esta situación vista desde un enfoque cualitativo.

## Estado del Arte

Se realizó la búsqueda de información en las bases de datos electrónicas especializadas en biomedicina Biblioteca Digital UNAM y Pubmed, utilizando los términos: "COVID-19", "diálisis peritoneal", "Enfermería", "experiencia", "peritoneal dialysis", "nursing", "experiences", "kidney disease" y "qualitative study". Con el fin de mejorar la estrategia de búsqueda, se empleó el conector u operador booleano de conjunción AND entre los términos controlados. Se desglosaron múltiples publicaciones de bases de datos que garantizaran la confiabilidad de la información y aquellos que enriquecieran este trabajo.

De acuerdo con Andreu-Periz et al. (2020) en el estudio fenomenológico *"Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID-19 en España"*, señala que al igual que en otros países, los enfermeros han experimentado la adecuación de los centros hospitalarios acorde a la demanda de la atención y realización de procedimientos en un entorno con un alto riesgo de contagio. Del análisis surgieron cuatro dimensiones asociadas a diferentes subcategorías: desconocimiento sobre la enfermedad, sufrimiento del paciente, soporte percibido y capacidad de afrontamiento de los profesionales. Coexistiendo entre las enfermeras emociones positivas y negativas. En la etapa álgida del brote epidémico, las vivencias negativas fueron provocadas por el desconocimiento, por no saber actuar adecuadamente y por el miedo al

contagio agravado por la falta de medios de protección. Mientras que las vivencias positivas fueron el crecimiento personal, el apoyo del equipo y de la familia.<sup>5</sup>

Desde el punto de vista de Rombolà y Brunini (2020) en el artículo "*COVID-19 y diálisis: por qué debemos preocuparnos*", señalan el informe de dos autores: Yiqiong Ma del Departamento de Nefrología del Hospital Renmin de la Universidad de Wuhan y Cheng Li, del Departamento de Centro de Purificación de Sangre, Hospital No.1 de Wuhan, China quienes registran una tasa de mortalidad del 13,3% (12 pacientes de 90 con infección confirmada o sospechada). Dichos datos presentan que la mortalidad en pacientes en HD es muchísimo más alta que en la población general, 13% vs 4% respectivamente (4% es la mortalidad oficial en la población general con COVID-19 reportada en China). Por otra parte, Yiqiong Ma documenta la eficacia de las medidas adoptadas para la contención de la propagación de la infección, tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Siendo los síntomas en HD leves y subestimados, y teniendo en cuenta que los pacientes asintomáticos pueden propagar el virus, se sugirió realizar pruebas periódicas al personal y a los pacientes. A modo de conclusión, estas medidas deben tomarse en todos los centros de diálisis, incluso cuando no haya casos positivos, evitando el colapso de la actividad y que la enfermedad se propague sin control incluso fuera del entorno de diálisis.<sup>6</sup>

Teniendo en cuenta a Yang y Dong (2020) en el artículo "*Consideraciones operativas para el manejo de la diálisis peritoneal durante la pandemia de COVID-19*", describen las consideraciones operativas de la enfermedad, incluidas las medidas de precaución para los pacientes de DP y el personal de atención, incluye la enseñanza continua, capacitación, vigilancia del historial de exposición y la automonitorización para COVID-19 entre el personal, el uso del Equipo de Protección Personal (EPP) apropiado, la organización de ocupaciones del personal sanitario y la limpieza ambiental.<sup>7</sup>

Como dice Ikizler (2020) en el artículo "*COVID-19 y unidades de diálisis: ¿qué sabemos ahora y qué debemos hacer?*", se plantea un par de preguntas: ¿Qué debemos hacer para prevenir y mantener el control de las infecciones por COVID-19 en las instalaciones de HD para pacientes ambulatorios? Y ¿Qué debemos esperar en el futuro y sus implicaciones para las instalaciones de HD para pacientes ambulatorios?, en respuesta a esta amenaza emergente, numerosas empresas han desarrollado documentos de orientación para la prevención y el control de la infección por COVID-19 en el ámbito de HD ambulatoria, por ejemplo, la guía oficial de los Centros para el Control y la Prevención de Patologías (CDC), la Guía provisional para la prevención de infecciones y sugerencias de control para pacientes con COVID-19 presunto o confirmado en centros de HD para pacientes ambulatorios, a las que se puede entrar libremente en los CDC y la Sociedad Americana de Nefrología. Aunque

se pueden encontrar instrucciones detalladas en estos documentos sobre cómo coordinar los esfuerzos en las instalaciones de HD para pacientes ambulatorios, se clasifican en 4 grupos básicos: 1) educación de pacientes y trabajadores sanitarios; 2) preparación; 3) manejo de pacientes y trabajadores sanitarios con síntomas o enfermedad y; 4) utilización de recursos.<sup>8</sup>

Con base en Ikizler y Kliger (2020) en el artículo "*Minimizar el riesgo de COVID-19 entre pacientes en diálisis*", destacan los principios básicos para la prevención y el control de la enfermedad causada por el COVID-19: educación para los trabajadores de la salud y los pacientes; detección temprana en los pacientes de diálisis; instalaciones para pacientes ambulatorios y desarrollo de protocolos y equipos para manejar a los pacientes con COVID-19 confirmado o sospechoso; uso eficiente de la fuerza laboral junto con la planificación de actividades; facilitar la diálisis domiciliaria para tantos pacientes con insuficiencia renal como sea posible con la colocación oportuna de catéteres peritoneales y acceso vascular; y facilitar la coordinación de los recursos de diálisis de diferentes proveedores para facilitar la cohorte y el manejo de los pacientes con COVID-19.<sup>9</sup>

Como lo hace notar Arribas-Cobo et al. (2020) en la investigación "*Estudio descriptivo del primer mes de situación de pandemia por COVID-19 en una unidad de diálisis hospitalaria*", se describe la experiencia del primer

mes viviendo la pandemia generada por SARS-CoV-2 en una unidad hospitalaria de HD de Madrid, tanto en relación con los pacientes como el personal de salud. El total de pacientes en la unidad fue de 90, realizándose la determinación reactiva en cadena de polimerasa (PCR) a todos, 37 (41,1%) dieron positivo a COVID-19, de estos 22 (59,4%) eran sintomáticos y 15 (40,5%) eran asintomáticos. De los pacientes positivos, 16 (43,2%) precisaron ingreso hospitalario y 6 (16,2%) fallecieron. Los pacientes fallecidos eran de mayor edad que los supervivientes. La muestra de profesionales sanitarios fue de 44, de los que 15 (34%) presentaron sintomatología. El servicio de Salud Laboral sólo determinó PCR a este grupo, obteniendo 4 profesionales (9%) PCR positivo, sin embargo, tras considerar los criterios clínicos/radiológicos un total de 9 profesionales fueron diagnosticados como COVID-19 positivos, requiriendo 1 de ellos ingreso hospitalario. Por lo tanto, se detectó una elevada prevalencia de COVID-19 positivo en los pacientes de la unidad de diálisis, donde destaca el elevado número de pacientes asintomáticos detectados mediante cribado PCR al total de los pacientes. Algunos profesionales presentaron algún tipo de sintomatología correspondiente con clínica COVID-19, pero se detectaron pocos casos con PCR positiva.<sup>10</sup>

A juicio de Maldonado et al. (2020) en la investigación "*Incidencia y resultados de la COVID-19 en una unidad de diálisis domiciliaria en Madrid*



*(España) durante el pico de la pandemia”, expresa que hay estudios previos de pacientes en HD en centro, pero hay pocos datos sobre población en diálisis domiciliaria. El objetivo fue estudiar la incidencia y evolución de COVID-19 en una unidad de diálisis domiciliaria (UDD) durante el pico de la pandemia. Se recogieron datos clínicos (57 pacientes en DP y 22 pacientes en HD domiciliaria) y se compararon las características clínicas y la evolución con o sin infección. Se encontró que 12 pacientes fueron diagnosticados de COVID-19 (9 DP, 3 HD). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las características clínicas de los pacientes con COVID-19 y el resto de la unidad. La edad media fue  $62 \pm 18.5$  años; la mayoría eran varones (75%). Todos los pacientes menos uno necesitó hospitalización. 10 pacientes (83%) fueron dados de alta tras una media de  $16,4 \pm 9,7$  días de hospitalización. Dos pacientes fueron diagnosticados durante su hospitalización por otro motivo y fueron los únicos que fallecieron. Los fallecidos eran de mayor edad que los supervivientes. En conclusión, la incidencia durante el pico de la pandemia fue alto, especialmente en los pacientes en DP, sin observarse un potencial beneficio para prevenir la infección en los pacientes en diálisis domiciliaria. La edad avanzada y la transmisión nosocomial fueron los principales factores relacionados con peor pronóstico.<sup>11</sup>*

Desde la posición de Osama E. S. et al. (2020) en el artículo *"Diálisis peritoneal durante la pandemia de enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-*

19): *experiencias hospitalarias agudas y ambulatorias de mantenimiento*”, considera que sus objetivos principales fueron mantener seguros a los pacientes tanto en el hogar como en las unidades de diálisis y satisfacer las necesidades de los pacientes que requerían hospitalización, tanto relacionados como no relacionados con COVID-19. En el Hospital Mount Sinai, ubicado en East Harlem, NY, se implementó una serie de cambios en la unidad de diálisis domiciliaria para evitar la exposición innecesaria del personal y los pacientes sin suspender la atención. Cada paciente fue contactado antes de su cita para confirmar la fecha y hora, y para explicarle que sus visitas mensuales se realizarían desde sus hogares con el uso de la telesalud. Asimismo una empresa de laboratorio contratada proporcionó visitas domiciliarias. El personal de diálisis llamó a los pacientes el día y la hora de sus citas, se pidió a los pacientes que tomaran la temperatura, el pulso y la presión arterial y se realizaron exámenes visuales, incluida la inspección del sitio de salida y la evaluación de dificultad respiratoria y edema. Los pacientes también hablaron con el dietista y el trabajador social. Se ajustaron los medicamentos y las prescripciones, y los medicamentos mensuales proporcionados por la unidad de diálisis fueron entregados a los hogares de los pacientes por una empresa de mensajería contratada. En los casos que era necesario que el paciente estuviera presente en la clínica se consideraron las complicaciones del catéter y sospecha de peritonitis, entre otros. Aquellos que fueron evaluados por

teléfono en busca de posibles factores de riesgo y síntomas de infección por COVID-19, si eran negativos, se les indicaba que acudieran a la unidad de diálisis para una evaluación adicional.<sup>12</sup>

Como afirma Q. Lew et al. (2021) en el artículo "*Telesalud para diálisis domiciliaria en COVID-19 y más allá: una perspectiva del Subcomité de diálisis domiciliaria COVID-19 de la Sociedad Estadounidense de Nefrología*", revela que la pandemia de la enfermedad del COVID-19, las nuevas tecnologías, los cambios regulatorios y la mayor aceptación de los pacientes, han llevado a una evolución acelerada de la telesalud en los entornos de atención. Debido a la complejidad de los pacientes que reciben diálisis, la telesalud puede complementar pero no reemplazar totalmente la visita en persona. Tanto la telesalud como la diálisis domiciliaria fomentan una mayor atención, menos tiempo de viaje y menos visitas a la clínica, y se aprovechan los principios de autonomía y el autocuidado. La telesalud se ha utilizado para tratar a pacientes con ERC y ha demostrado resultados iguales en la atención de la ERC mediante visitas en persona o virtuales. Cuando el médico realiza un encuentro de telesalud puede requerir que varios sistemas funcionen simultáneamente, sin embargo, el paciente solo requiere un dispositivo. Debe tener una cámara que se pueda sincronizar con la plataforma del equipo a la hora predeterminada de la cita. Aunque la visita virtual carece del examen físico tradicional, un examen físico virtual "sin contacto" es una alternativa.

Los familiares, cuidadores, amigos o enfermeras pueden recopilar signos vitales, ayudar en el examen físico y realizar cambios en los planes u órdenes de atención y ser intérpretes si existe la barrera del idioma.<sup>13</sup>

## Objeto de estudio

*Experiencias de enfermería sobre la enseñanza del autocuidado en pacientes de diálisis peritoneal ambulatoria en tiempos de COVID-19.*

Entendiendo por experiencia el hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo; práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo; conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas; y circunstancia o acontecimiento vivido por una persona.<sup>14</sup>

## Pregunta de investigación

¿Cuáles son las experiencias de enfermería sobre la enseñanza del autocuidado en pacientes de diálisis peritoneal ambulatoria en tiempos de COVID-19?

## Objetivos

### **General**

- Describir las experiencias de enfermería sobre la enseñanza del autocuidado en pacientes de diálisis peritoneal ambulatoria en tiempos de COVID-19.

### **Específico**

- Conocer y redactar las experiencias de enfermería sobre la enseñanza del autocuidado en pacientes de diálisis peritoneal ambulatoria en tiempos de COVID-19.

- Clasificar los significados de las experiencias de enfermería sobre la enseñanza del autocuidado en pacientes de diálisis peritoneal ambulatoria en tiempos de COVID-19.
- Describir los significados de las experiencias de enfermería sobre la enseñanza del autocuidado en pacientes de diálisis peritoneal ambulatoria en tiempos de COVID-19.

## Justificación

Debido a la situación sanitaria actual que se está viviendo a nivel mundial, diversas disciplinas dedicadas a la atención de la salud se han dado la tarea de investigar el impacto que ha tenido en los diversos sectores. Al ser la pandemia un problema de gran magnitud y verse afectados los diferentes sectores de la población, los servicios de salud han sufrido modificaciones y adecuaciones, las cuales, repercuten directamente en el personal que labora en las unidades y en los pacientes que reciben atención continua o esporádica.

La relevancia del estudio radica en la necesidad de conocer las experiencias del personal de enfermería que brinda atención a pacientes con ERC en el programa de diálisis peritoneal durante la pandemia por COVID-19 en México, ya que otros países han documentado investigaciones afines, pero México aún no cuenta con un documento formal que plasme la situación que se está viviendo.

Por otro lado, la elaboración del presente se basa en el interés de profundizar en el área de nefrología, y en específico, en el área de diálisis peritoneal, contribuyendo en el crecimiento del aprendizaje basado en intereses académicos que promuevan la formación de recursos para continuar con estudios de posgrado en el área. Además del interés por publicar artículos en revistas reconocidas de enfermería como resultado de la densidad de los resultados.

## Capítulo II

### Marco Referencial o Conceptual

#### **COVID (SARS-CoV-2)**

Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2) es el virus responsable de un brote de enfermedad que se originó en China a finales de 2019. El nombre oficial de la enfermedad causada por el virus es enfermedad del coronavirus 2019, o COVID-19. Los coronavirus son una gran familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en humanos como en animales. Estas enfermedades pueden ir desde casos leves como el resfriado común hasta enfermedades más mortales. En cuestión de meses, el COVID-19 se había extendido a más de 189 países y territorios. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró que el brote era una pandemia.

Según los CDC, el SARS-CoV-2 se transmite principalmente de dos maneras. El primero es a través del contacto físico directo con una persona infectada o un elemento o superficie contaminado. La segunda es a través de gotas respiratorias exhaladas por una persona infectada, ya sea tosiendo, estornudando, respirando o hablando; el riesgo es especialmente alto para las personas en contacto cercano entre sí (definidas como estar dentro de seis pies o dos metros durante quince minutos o más dentro de veinticuatro horas). El virus también se puede propagar a través de pequeños aerosoles que permanecen en el aire durante minutos a horas y pueden viajar lejos de



la fuente, aunque se cree que esta vía de transmisión aerotransportada es menos común.

### **Síntomas y Tratamiento.**

Los síntomas de COVID-19 son similares a Influenza, con pacientes que suelen notificar fiebre, tos seca, dificultad para respirar y fatiga. Los síntomas adicionales pueden incluir dolor muscular, náuseas o vómito, diarrea, congestión nasal, secreción nasal, dolor de garganta, escalofrío, dolor de cabeza y pérdida de sabor u olfato. Los síntomas suelen aparecer entre dos y catorce días después de la exposición al virus. Según los CDC, se cree que las personas son más contagiosas cuando están mostrando plenamente signos de la enfermedad. En la mayoría de los casos, los síntomas son leves, sin embargo, en casos graves, COVID-19 puede causar neumonía, insuficiencia renal y la muerte.

Según la OMS, las infecciones por COVID-19 generalmente duran de dos a seis semanas, pero algunos pacientes todavía tienen síntomas meses después de infectarse, especialmente si el virus dañó órganos vitales como el corazón, los pulmones o el cerebro. Este fenómeno ha sido llamado "síndrome post-COVID-19" o "COVID-19 largo".

El mayor riesgo de enfermedad grave y muerte es en personas mayores de sesenta y cinco años, personas con sistemas inmunes de un trasplante de órganos sólidos, residentes de centros de atención a largo plazo y aquellos de

cualquier edad con condiciones médicas preexistentes, como la obesidad, diabetes mellitus (DM) tipo 2, afecciones cardíacas, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias y cardiomiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ERC o enfermedad de células falciformes. Los CDC también informan que las personas con las siguientes condiciones pueden estar en mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19: asma de moderada a grave, enfermedad cerebrovascular, fibrosis quística, presión arterial alta, estado inmunocomprometido debido al trasplante de sangre o médula ósea, deficiencia inmunitaria, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), uso de corticoesteroides u otros medicamentos de debilitamiento inmune, demencia, enfermedad hepática, embarazo, fibrosis pulmonar, fumar, talasemia o DM tipo 1.

Al igual que con la mayoría de las enfermedades virales, COVID-19 no tiene cura, aunque sus síntomas pueden ser tratados. En caso de casos graves, los médicos deben administrarles oxígeno a los pacientes para continuar y mejorar su respiración.<sup>15</sup>

## **Enfermedad Renal Crónica**

### ***Definición y estadios***

La ERC se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular (TFG) de menos de 60 ml/min en 1.73 m<sup>2</sup>,

o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente.<sup>16</sup>

Los criterios diagnósticos de ERC (**Figura 1**) son los denominados marcadores de daño renal o la reducción de la TFG por debajo de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Criterios de ERC (cualquiera de los siguientes durante > 3 meses)	
Marcadores de daño renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Albuminuria elevada.</li> <li>▪ Alteraciones en el sedimento urinario.</li> <li>▪ Alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular.</li> <li>▪ Alteraciones estructurales histológicas.</li> <li>▪ Alteraciones estructurales en pruebas de imagen.</li> <li>▪ Trasplante renal.</li> </ul>
TFG disminuida	TFG < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>

*Figura 1.* Criterios diagnósticos de la enfermedad renal crónica. Información obtenida de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica; 2019.

La gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 categorías o grados en función del FG y 3 categorías de albuminuria. (**Figura 2**) Esto es debido a que la proteinuria destaca como el factor pronóstico modificable más potente de progresión de ERC. El deterioro del filtrado glomerular (FG) es lo característico de los grados 3-5, no siendo necesaria la presencia de otros signos de daño renal. Sin embargo, en las categorías 1 y 2 se requiere la presencia de otros signos de daño renal. La metodología para la medición del FG y la

determinación de la proteinuria, son herramientas claves para el diagnóstico y manejo de la ERC.<sup>17</sup> Los individuos con ERC terminal o en estadio 5 con una TFG <15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, necesitan algún tratamiento para reemplazar su función renal. Esta terapia puede incluir trasplante de riñón o una de las modalidades de diálisis disponibles: HD o DP.

<b>KDIGO 2012</b>  <b>Filtrado glomerular</b> Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )			<b>Albuminuria</b> Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			< 30 mg/g <sup>a</sup>	30-300 mg/g <sup>a</sup>	> 300 mg/g <sup>a</sup>
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	< 15			

Figura 2. Pronóstico de la enfermedad renal crónica según las categorías de filtrado glomerular y de albuminuria. Información obtenida de KDIGO; 2012.

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo de la ERC se clasifican en factores de susceptibilidad, iniciadores, de progresión y de estadio final. (**Figura 3**) El control puede evitar el inicio del daño renal y favorecer la regresión de la enfermedad en fases iniciales, además de ralentizar su progresión.

<b>Factores de susceptibilidad:</b> incrementan la posibilidad de daño renal	Edad avanzada
	Historia familiar de ERC
	Masa renal disminuida
	Bajo peso al nacer
	Raza negra y otras minorías étnicas
	Hipertensión arterial
	Diabetes
	Obesidad
<b>Factores iniciadores:</b> inician directamente el daño renal	Nivel socioeconómico bajo
	Enfermedades autoinmunes
	Infecciones sistémicas
	Infecciones urinarias
	Litiasis renal
	Obstrucción de las vías urinarias bajas
	Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINE
	Hipertensión arterial
<b>Factores de progresión:</b> empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal	Diabetes
	Proteinuria persistente
	Hipertensión arterial mal controlada
	Diabetes mal controlada
	Tabaquismo
	Dislipidemia
	Anemia
<b>Factores de estadio final:</b> incrementan la morbimortalidad en situación de fallo renal	Enfermedad cardiovascular asociada
	Dosis baja de diálisis
	Acceso vascular temporal para diálisis
	Anemia
	Hipoalbuminemia
Derivación tardía a Nefrología	

Figura 3. Factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica. Información obtenida de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica; 2019.

### **Signos y síntomas**

Con frecuencia, la enfermedad renal no tiene síntomas en su etapa temprana. En muchos casos no se hacen evidentes hasta que la función renal

ha disminuido a menos del 25% de su capacidad normal. La acumulación de solutos de retención de toxinas urémicas agudiza algunos signos y síntomas.

**(Figura 4)**

Color de la orina rosado o herrumbroso	Nicturia	Insomnio	Anorexia	Cansancio
Anemia	Nauseas y vómito	Cefalea	HAS	Sensación de asfixia y fatiga
Edema periférico	Prurito generalizado	Adormecimiento de brazos y piernas	Fragilidad ósea	Mal aliento
Color pajizo de piel	Gastritis y hemorragias digestivas	Hematuria	Proteinuria	Acidosis metabólica
	Ascitis	Taquipnea (Kussmaul)	Hiperpotasemia	

*Figura 4.* Signos y síntomas de la ERC. Información obtenida de Diálisis peritoneal. Enseñanza y autocuidado; 2016.

## Diálisis Peritoneal

La DP es una terapia de remplazo renal basada en la infusión de una solución estéril en la cavidad peritoneal a través de un catéter que permite la eliminación de solutos y agua utilizando la membrana peritoneal como

superficie de intercambio. Esta solución, que está en estrecho contacto con los capilares del peritoneo, permite el transporte de solutos por difusión y la pérdida de agua por ultrafiltración osmótica ya que es hiperosmolar al plasma debido a la adición de agentes osmóticos (glucosa). La infusión y el drenaje de la solución en la cavidad peritoneal se puede realizar de dos formas: manualmente (DPCA), en la que el paciente suele pasar por cuatro cambios de solución a lo largo del día, o DP asistida por máquina (DPA), en el que la diálisis se realiza con la ayuda de una máquina que permite realizar cambios durante la noche mientras el paciente duerme. La prescripción y seguimiento de la DP implica caracterizar el tipo de transporte peritoneal y evaluar la dosis de diálisis ofrecida (aclaramiento de solutos), así como diagnosticar y tratar posibles complicaciones relacionadas con el método (infecciosas y no infecciosas).<sup>18</sup>

### **Programa de Diálisis Peritoneal**

En todo programa será materia básica desarrollar los siguientes puntos

**(Figura 5):**

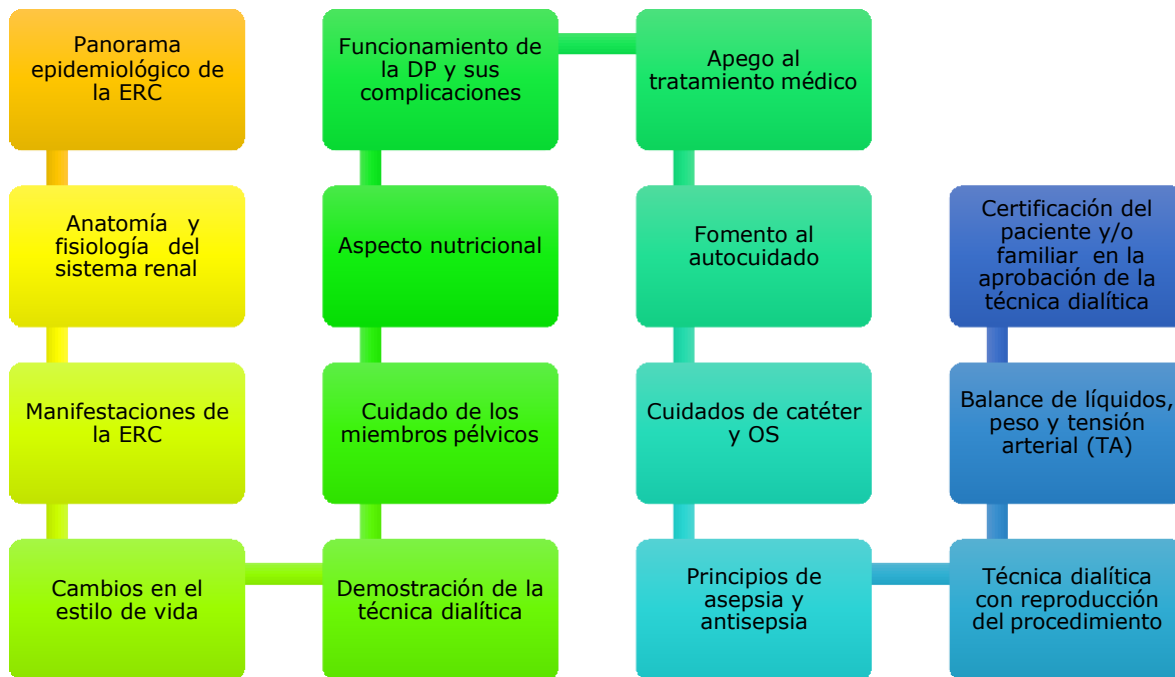


Figura 5. Temas y actividades que comprenden el Programa de Diálisis Peritoneal. Información obtenida de La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal; 2010.

## Consulta de enfermería

La consulta de enfermería en diálisis es un proceso de trabajo sistematizado y planificado en el cual la enfermera asiste, educa, capacita y recapacita al enfermo renal y familiares en los cuidados y técnicas dialíticas de los programas de atención domiciliaria, con la finalidad de controlar, evaluar y dar seguimiento a través de procesos de atención específicos y acordes a la problemática detectada, para prevenir, controlar, limitar y rehabilitar al enfermo renal. (**Tabla 1**)



**Tabla 1.** Ventajas de la consultoría de enfermería

<b>Ventajas para el paciente</b>	<b>Ventajas para el equipo de salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejora la calidad de vida</li> <li>▪ Aumenta la capacidad de reintegración</li> <li>▪ Disminuye las visitas no programadas</li> <li>▪ Fomenta el autocuidado y la coparticipación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asegura la adherencia del paciente al tratamiento</li> <li>▪ Favorece el autocuidado</li> <li>▪ Propicia la coparticipación del paciente</li> <li>▪ Optimiza recursos humanos y financieros</li> </ul>

*Fuente.* Datos tomados de La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal; 2010.

## Capacitación

La International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) menciona que la enseñanza en DP es un componente esencial para la supervivencia del paciente y sugiere que la enfermera educadora tenga habilidades de comunicación, ser innovadora, coherente, creer firmemente en el autocuidado y no dejar de aprender nuevas habilidades y métodos de enseñanza.

La capacitación de pacientes en diálisis peritoneal data de los años 80's basada en el modelo andragógico a partir del aprendizaje de conceptos y habilidades motoras, enseñadas por una enfermera, con el uso de técnicas de simulación.

Ballerini y Paris, incluyen la relevancia de a quién va dirigida la enseñanza ya que son individuos dependientes que desean independencia, y en los cuales hay actitudes o estilos de vida a modificar; que necesitan aprender lo que se le enseña a efecto de poder llevar adecuadamente su tratamiento.

Bernardini plantea, además, que la enfermera educadora conozca no sólo la teoría y la práctica de la DP. Destaca que en el proceso de enseñanza-aprendizaje del autocuidado se tendrá que considerar tres fases: una cognitiva, una motora (práctica), y una de mecanización, una vez que la destreza ha sido adquirida.

La capacitación es la transmisión del conocimiento a través de la práctica de habilidades motoras y repeticiones de cada tarea o actividad, señalando cada paso del procedimiento hasta que sea comprendido, asimilado y reproducido.

Los objetivos de esta actividad incluyen que el paciente y familiar sean capaces de realizar la técnica dialítica sin incidentes, realizar adecuadamente los cuidados del catéter y del OS, identificar situaciones que generan riesgo de infección, detectar complicaciones y ejecutar las medidas convenientes sin poner en riesgo su integridad. Siempre se deberá valorar al paciente con un enfoque holístico y su entorno, como son la motivación y deseo de mantenerse independiente, el apoyo familiar, habilidad, capacidad para realizar el

autocuidado, capacidad intelectual, agudeza visual, hábitos higiénicos, condiciones de vivienda y aspectos de tipo sociocultural, sin olvidar el consentimiento expreso del paciente.

La capacitación de los pacientes y familiares es una actividad necesaria al ingresar a un programa, estará bajo la dirección de la enfermera encargada, mientras que la recapacitación se realizará a intervalos de seis meses y cada vez que sea necesario.<sup>19</sup> (**Tabla 2**)

**Tabla 2.** Capacitación y recapacitación del paciente

<b>¿Por qué se debe recapacitar?</b>	<b>¿Cuándo se debe recapacitar?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solo se brinda capacitación al ingreso</li> <li>▪ Agotamiento por la rutina</li> <li>▪ Errores y omisiones de la técnica</li> <li>▪ Pérdida de redes directas de apoyo</li> <li>▪ Presencia de conductas autodestructivas</li> <li>▪ Para evitar el olvido de los conocimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuando hay indicios de infección del OS</li> <li>▪ Si se perciben omisiones en la técnica</li> <li>▪ Si se detectan eventos repetitivos de peritonitis</li> <li>▪ Cuando se haya realizado cambio de catéter.</li> </ul>

*Fuente:* Datos tomados de La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal; 2010.

## Capítulo III

### Diseño metodológico

Se plantea una investigación cualitativa desde la aproximación de la fenomenología descriptiva, la que plantea el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes las han tenido, preocupándose de la comprensión y no de su explicación.<sup>20</sup> Para conocer las narraciones de las enfermeras que vivieron dicha experiencia implicó formular una pregunta fenomenológica centrada en conocer las experiencias vividas en el mundo cotidiano.

### Selección de informantes

El número de los participantes se definió acorde a la calidad de los datos, la saturación de la descripción, el alcance del estudio, la naturaleza del tema, la cantidad de información obtenida y la calidad de las entrevistas. Se optó por delimitar el estudio a las 10 entrevistas pues la descripción obtenida fue reiterativa y densa, respondiendo al objeto del estudio y limitándose a la descripción global e individual del fenómeno.<sup>21</sup>

Se buscaron enfermeras acorde al típico ideal<sup>22</sup> el cual fue definido de acuerdo al nivel de experiencia e inmersión en diálisis peritoneal, como responsables del programa, supervisoras y enfermeras capacitadoras con una antigüedad en el programa de 1.5 hasta 30 años.

La selección de participantes se llevó a través de un muestreo intencional. El primer contacto consistió en una invitación por vía telefónica

para participar en el estudio a personal de enfermería que laborara en el programa de DPA, con un año mínimo de antigüedad en el servicio y que pertenecieran a instituciones del sector salud como IMSS, ISSSTE e ISSEMyM; en un segundo momento se confirmó la invitación haciendo una explicación breve sobre los objetivos del estudio y quienes accedieron a ser entrevistadas se les envió el consentimiento informado.

### Características de los informantes

Participaron 10 enfermeras que laboraban en el programa de DPA que tuvieron participación directa en el autocuidado del paciente en forma continua o intermitente durante la pandemia por COVID-19. (**Tabla 3**)

**Tabla 3.** Datos sociodemográficos de los participantes en el estudio

<b>Institución</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Antigüedad en el área de diálisis</b>
<b>ISSEMyM</b>	Femenino	47	Soltera	16 años
<b>ISSSTE</b>	Femenino	37	Unión libre	6 años
<b>ISSSTE</b>	Femenino	52	Soltera	10 años
<b>ISSSTE</b>	Femenino	47	Soltera	11 años
<b>IMSS</b>	Femenino	37	Casada	14 años
<b>IMSS</b>	Femenino	34	Casada	6 años
<b>IMSS</b>	Femenino	50	Casada	30 años
<b>IMSS</b>	Femenino	51	Divorciada	3 años
<b>ISSSTE</b>	Femenino	53	Casada	21 años
<b>ISSEMyM</b>	Femenino	39	Soltera	1.5 años

*Fuente:* Datos de enfermeras entrevistadas de las diferentes unidades de DP del Sector Salud; 2021.

## Técnica de recolección de datos

La información fue recolectada en el periodo de febrero a abril del 2021, se realizaron entrevistas semiestructuradas y a profundidad (**Anexo 1**) a través del programa de software Zoom hasta conseguir la saturación de datos, las cuales fueron videograbadas a través de la plataforma y tuvieron una duración aproximada de 45 a 80 minutos. Las observaciones e incidencias que se suscitaron fueron registradas y utilizadas para triangular la información con respecto al objetivo planteado, teniendo como propósito aumentar la validez y calidad de los datos. Las entrevistas fueron transcritas fielmente y verificadas por los informantes para esclarecer la descripción del fenómeno.

## Método para el análisis de datos

Para el análisis de datos se consideró el abordaje metodológico de Colaizzi, el cual se centra en la experiencia y los sentimientos de los participantes y encuentra patrones compartidos en lugar de características individuales en los sujetos de investigación. El distintivo proceso de siete pasos de Colaizzi (1978) proporciona un análisis riguroso, con cada paso para permanecer cerca de los datos. El resultado final es una descripción concisa pero completa del fenómeno en estudio, validado por los participantes que lo crearon. El método comprende relatos en primera persona de la experiencia vivida. (**Tabla 4**)

**Tabla 4.** Proceso de siete pasos de Colaizzi

Pasos	¿En qué consiste?
<b>1. Descripción del fenómeno de interés.</b>	Se plantea una descripción general del fenómeno considerando conceptos que permitan clarificar los datos.
<b>2. Recolección de las descripciones.</b>	A través de la grabación de entrevistas se obtienen las descripciones de los participantes.
<b>3. Lectura de todas las descripciones sobre las experiencias.</b>	Transcripción y lectura individual de las descripciones obtenidas en el orden de recolección para familiarizarse con el contenido.
<b>4. La relectura de las transcripciones.</b>	El investigador identifica y agrupa los significados emanados de las descripciones en temas que son comunes en todos los relatos.
<b>5. La extracción de los temas mediante códigos vivos y sustantivos.</b>	De cada descripción se extraen enunciados significativos y frases que se relacionen directamente con el fenómeno investigado, se establecen códigos vivos y sustantivos.
<b>6. Asociación por grupos de temas.</b>	El investigador agrupa los significados identificados en temas que son comunes en todos los relatos.
<b>7. Las descripciones exhaustivas de la experiencia y validación.</b>	El investigador escribe una descripción completa e inclusiva del fenómeno, incorporando todos los temas producidos. El investigador condensa la exhaustiva descripción hasta una corta y densa declaración que captura sólo aquellos aspectos que se consideran esenciales para la estructura del fenómeno. El investigador devuelve la estructura fundamental declaración a todos los participantes para preguntar si capta su experiencia. Él o ella pueden volver y modificar pasos anteriores del análisis a la luz de esta retroalimentación.

*Fuente:* Síntesis descriptiva basada en la metodología de Colaizzi elaborada por Alexandra Garduño Magaña, 2021.

## Aspectos éticos y legales

La aprobación ética para esta investigación se recibió de la Comisión de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (CE/FESI/032021/1383). (**Anexo 2**) Se explicaron a los participantes los objetivos del estudio así como la permanencia voluntaria en el mismo y se obtuvo la autorización del consentimiento informado (**Anexo 3**) de forma oral y escrita. Se aseguró la confidencialidad utilizando letras y números, en lugar de nombres y eliminando la información de identificación de las transcripciones. Todas las videograbaciones se guardaron en una computadora protegida con contraseña con acceso disponible solamente para los participantes en la elaboración de este estudio.

## Criterios de rigor científico

Para dar rigor a la investigación se tomaron en cuenta los criterios de credibilidad y confirmabilidad. Para cumplir con el criterio de credibilidad se transcribieron textualmente las entrevistas, se enviaron las entrevistas ya transcritas a los participantes para que fueran capaces de corregir errores de interpretación de los hechos y clarificar las dudas surgidas en la lectura de las descripciones, se anotaron las acciones e interacciones de los investigadores durante la investigación. Para el criterio de confirmabilidad, se realizó video



grabación de las entrevistas a través de la plataforma de zoom, se describieron las características de los informantes y su proceso de selección.

Además, acorde a la descripción de las participantes y la descripción del recorrido investigativo, se considera el criterio de transferibilidad, para ello se explicita haber contado con la triangulación de investigadores, MCRZ especialista en metodología de la investigación y experiencia clínica en DP, AGM investigadora cualitativa y DPM especialista nefróloga. Consideramos que nuestros hallazgos pueden ser vinculados a otro contexto por vivenciar el mismo fenómeno de pandemia por COVID-19, finalmente el lector del presente determinará la transferencia de los datos e informantes aquí propuestos. También para cumplir este criterio se tomó la decisión de incluir enfermeras del Programa de DPA de diferentes instituciones del sector salud para dar mayor diversidad a los datos, llegando así a la densidad del fenómeno y representando la globalidad de este. Este criterio considerado contribuye al enriquecimiento del concepto enseñanza de autocuidado, mismo que se describirá al inicio de los hallazgos y discusión.<sup>23</sup>

## Capítulo IV

### Hallazgos

Derivado del análisis de datos, se obtuvieron los siguientes hallazgos conformados por el fenómeno de estudio, conformados por un fenómeno de estudio, dos categorías principales y siete subcategorías. (**Figura 5**)

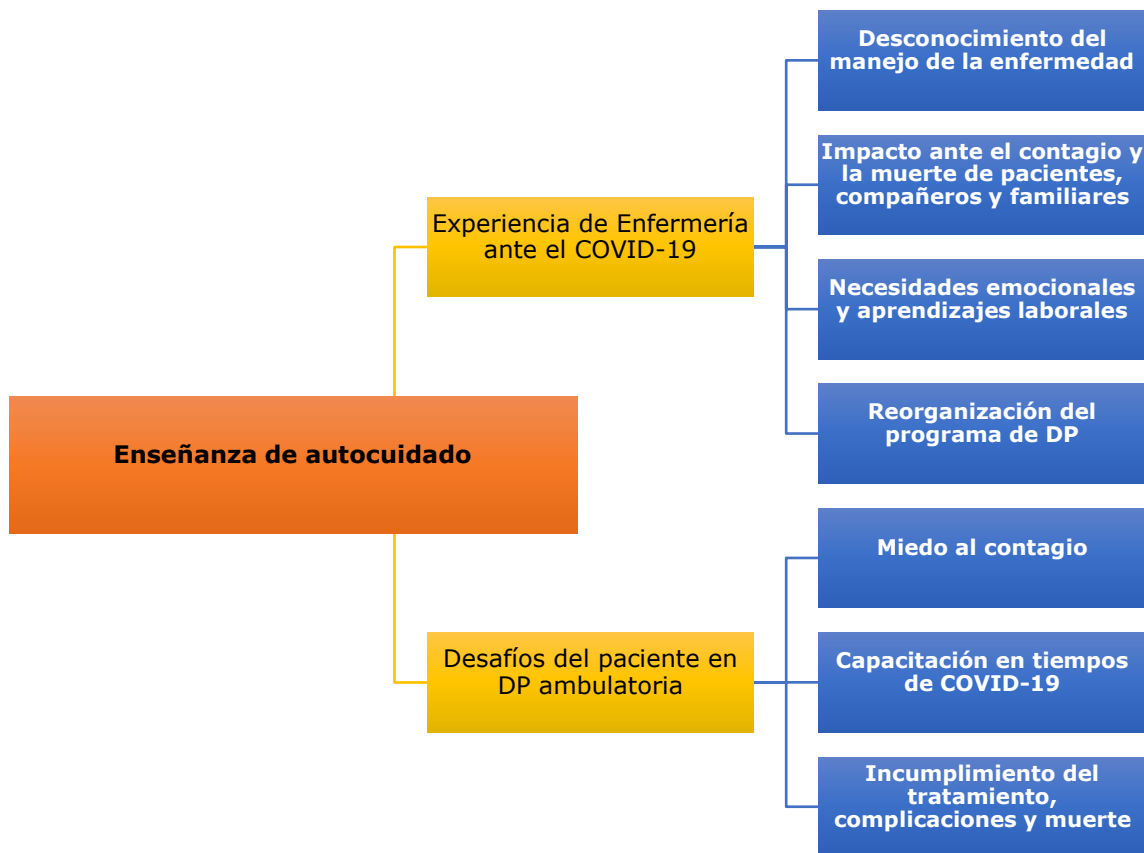


Figura 5. Esquema de hallazgos por categoría.

A continuación se presentan cada una de las categorías y las subcategorías que surgieron en los hallazgos con su respectiva descripción y

ejemplos ilustrativos del discurso emanado de las entrevistas realizadas a los participantes:

### **Categoría central: Enseñanza de autocuidado**

Sin lugar a duda, la pandemia por COVID-19 trajo consigo múltiples afectaciones al seguimiento de los pacientes con ERC, repercutiendo directamente en la parte biológica, psicológica y social del individuo, que se vio invadido por cambios en su estilo de vida y nuevas adaptaciones tanto personales como de su entorno. Ante esto, enfermería tuvo gran participación en la preservación de la salud de los pacientes, que aun con las limitantes y adversidades existentes, pudo continuar con la formación de pacientes y familiares, así como con la implementación de estrategias para continuar con los cuidados necesarios y preservar la salud de estos.

### **Categoría: Experiencia de Enfermería ante el COVID-19**

El programa de DP combina actividades teóricas, prácticas y de seguimiento clínico, a través de un equipo multidisciplinario con competencias muy definidas. Al presentarse la pandemia, toda esta estructura se fracturó abruptamente y uno de los personajes que pasa a tener mayor intervención por el tipo de contacto que tiene con pacientes y familiares es enfermería. Centrándose en ella la resolución de problemas y necesidades de atención que se presentan.

**Subcategoría: Desconocimiento del manejo de la enfermedad**

La pandemia por COVID-19 se presentó de manera imprevista a nivel mundial, afectando por su gravedad a diversos sectores de la población y particularmente al sector que brinda atención a la salud de la población, que en un inicio, fue invadido por el desconocimiento de una nueva enfermedad transmisible, cuyo contagio aumentó exponencialmente; por un lado *no sabíamos cómo se iba a presentar y cuáles serían los criterios para el autocuidado, la prevención y sobre todo cómo el mundo iba a manejar este tipo de pandemia (E4)*. Así pues, el personal expresa continuamente su desconocimiento en la atención de las necesidades específicas de la población ante este nuevo panorama, ya que reconoce la existencia de una falta de organización para el manejo de la enfermedad, trayendo consigo múltiples repercusiones negativas en la salud personal y de la población aparentemente sana o con morbilidades que recibía atención; *no estábamos preparados para enfrentarnos a una situación nueva para todos nosotros, no sabíamos cómo enfrentarlo y por ende, no sabíamos cómo cuidarnos ni cómo cuidar a nuestros pacientes (E9)*.

Por lo anterior, *teníamos miedo de que la enfermedad llegara, pues no sabíamos manejarlo, ni como persona, ni como personal de salud. No se sabía cuál era la vía de entrada, cómo se iba a comportar, las manifestaciones*

*clínicas y el tratamiento o cuáles serían las posibles complicaciones en la persona no enferma y en la persona enferma (E4).*

En definitiva, fueron situaciones que al paso de las semanas disminuyeron con la inclusión de protocolos más específicos y con mayor conocimiento de los medios de contagio y transmisión de la enfermedad.

### **Subcategoría: Impacto ante el contagio y la muerte de pacientes, compañeros y familiares**

Ante el contagio inevitable de los pacientes, las consecuencias fueron fatales a causa de la enfermedad renal preexistente y la infección por COVID-19, por ello, el personal de enfermería expresa continuamente sentimientos de frustración, ya que a pesar de que los pacientes llevaban un buen tratamiento de su enfermedad, se contagiaban y eventualmente fallecían. *Los sentimientos de frustración se vinculan con aquellos pacientes que eran muy apegados al tratamiento, pero de los cuales se supone bajaron la guardia (E2).* Del mismo modo, *se observaron pacientes que fallecían por falta de un buen seguimiento, generando estrés y preocupación en el personal (E10).*

A nivel administrativo se pudo observar un elevado número de bajas o egresos de los pacientes del programa de DP por defunción a causa de la enfermedad por COVID-19, ERC y/o complicaciones derivadas de ambas; *fue a través de los certificados de defunción donde se observó que ciertos*

*pacientes, incluso apegados al tratamiento fallecían, llegando incluso hasta las 40 bajas en un mes (E5).*

El personal se vio afectado a causa del gran número de *pérdidas de pacientes, compañeros, amigos y familiares (E5)*, repercutiendo directamente en su día a día, incluso, llegando a mostrar afectaciones negativas a nivel psicológico *al entrar en depresión, pues nunca antes se había visto morir a tantas personas*. Así mismo, recalcan el sentimiento de impotencia ante un nuevo panorama, ya que su actuación se vio limitada, *pues aun preparándose toda la vida para mejorar la atención del paciente y la calidad de vida, frente a esta situación no se pudo hacer mucho al respecto (E9)*.

El personal cayó en cuenta que a pesar de estar viviendo un panorama difícil e incluso desalentador en el que podían contagiarse e incluso re-contagiarse, su actuar era primordial para preservar la calidad de vida de los pacientes, ya que muchas veces ellos eran la única ayuda, *como enfermeros hubo días en los que se quería gritar, llorar, salir corriendo y no ir a trabajar, donde se suscitaron temores como: "¿Y si me vuelve a dar COVID?", "¿Y si me enfermo?". Sin embargo, el sentimiento de esperanza permitió que el personal se percatara de las necesidades humanas de los pacientes, siendo esta sensación la que los sacara adelante (E6)*.

La experiencia de haber perdido a tantos pacientes que por un tiempo se había trabajado en su autocuidado, produjo en el personal sentimientos

encontrados, aunado a esto, la pérdida de compañeros y familiares impactó en el campo laboral, personal y familiar, mismo que actualmente se tiene que seguir superando.

### **Subcategoría: Necesidades emocionales y aprendizajes laborales**

El personal ha mostrado empatía ante la pérdida de pacientes y familiares, apoyándolos en el duelo de esta difícil y dolorosa situación, ya que al igual que ellos, han experimentado vivencias similares. En estas situaciones *el personal tiene que buscar las palabras precisas para ayudar con ese dolor, incluso el personal llega a llorar con ellos, pues más allá de ser enfermeras, el dolor humano es el mismo frente a un deceso familiar causado por la enfermedad (E4).*

Entre el personal de enfermería han surgido varios aprendizajes, entre ellos el resurgimiento del compañerismo, pues la pandemia *les ha permitido estar más unidas, más apegadas una con la otra (E5)*, así como el surgimiento de la amistad, generando unión con el fin de fortalecerse ante esta situación. Así mismo, las ayudó a valorar todo lo que poseen a su alrededor; *comenzando por ellas mismas, el tiempo, la vida y la familia (E9)*. A su vez, también se fortalecieron las creencias religiosas y espirituales, pues son capaces de *dar gracias a Dios por la oportunidad de seguir trabajando y de poder estar bien desde que empezó la pandemia (E5)*. En pocas palabras,

consideran que la pandemia por COVID-19 ha sido una experiencia que les ha dejado muchas repercusiones pues *vino a cambiar mucho sus vidas (E6)*.

Lo que enfermería ha vivido con el COVID-19 en las áreas de diálisis peritoneal le ha hecho reflexionar y valorar la vida, la de sus seres queridos, sus pacientes y de la misma sociedad, valorando la empatía por el trabajo en equipo.

### **Subcategoría: Reorganización del programa de DP**

Las instalaciones y *la infraestructura se modificaron* debido a que la atención se centró en los pacientes infectados, por lo que *el área para la atención del paciente renal se vio reducida, pues se le dio prioridad al paciente COVID (E1)*.

La atención de los pacientes se vio limitada *por una falta de coordinación del equipo multidisciplinario* y debido a la disminución de personal especializado, muchas veces solo encabezado por un nefrólogo y una enfermera especializada, dejando de lado la atención por parte de otras especialidades, *como el área de nutrición y la de psicología que por ahora no existe*. Por consiguiente la atención se modificó, lo cual influyó directamente en el autocuidado, enfocándose a problemas de resolución inmediata o complicaciones que no ponían en riesgo la vida de los pacientes. Si bien el seguimiento de los pacientes es *responsabilidad del personal de enfermería,*



*también se requiere de la participación multidisciplinaria, el paciente requiere una atención integral, se debe de tener una guía continua y sobre todo estarlos asesorando (E1).*

Los pacientes podían acudir a consulta con el requisito de que cumplieran con el uso del equipo de protección necesario, además de obedecer las medidas estándar de higiene y seguridad durante su estancia, de modo que el paciente *tiene que presentarse a la unidad con careta, con cubre bocas y ahí les dábamos gel, le revisamos el lavado de manos, le checamos temperatura (E9)*, evitando en todo momento el posible contagio o transmisión de la enfermedad por COVID-19. Por lo anterior, se implementaron medidas para controlar el ingreso de los pacientes, la estancia y los criterios de higiene y seguridad en el área; se tuvo *que hacer un pequeño reglamento, el cual menciona: "no se va a atender pacientes si no están citados", "tienen que llamar por teléfono antes", "sólo puede entrar el paciente", "sólo podemos estar tres personas adentro del consultorio", "se le va a sanitizar al paciente", "traiga su mascarilla" (E10).*

El uso del equipo de protección del personal de enfermería fue de carácter obligatorio, muchas veces *el personal llegaba de civil al hospital, se colocaba el uniforme quirúrgico, encima utilizamos una bata desechable, gorro, goglees, cubre bocas* y en caso de brindar atención en el área de *consulta externa, solo caretas y la mascarilla N95.* Respecto al contacto con

el paciente, *a veces no se usaba guantes, nada más lavado de manos, a menos que se hiciera algún procedimiento sí se utilizaba guantes*, de lo contrario solo con el lavado de manos (**E9**).

Sin embargo, mencionan algunas desventajas en el uso del equipo de protección, señalando esto genera una barrera en la comunicación e interacción con el paciente, además de generar confusión durante los procedimientos. Para el personal *el estarse viendo con una mascarilla, con un cubrebocas, es como si tuvieran una barrera porque en la capacitación sí usan el cubrebocas, pero cuando están en la práctica para enseñarle al paciente en qué momento lo debe de tener puesto para evitar infecciones en el paciente, pero estar todo el tiempo con ellos... se siente como que no dan bien la cara, como que no lo conoces bien o ellos a ti* (**E9**). Como personal, esto puede generar una despersonalización de quienes atienden y con ello una problemática en la humanización de los procedimientos. Como si fuera poco, los pacientes al observar al personal con equipo de protección se sienten agraviados, *piensan que los están tratando como paciente contaminado y no logran entender que solamente es un proceso normativo para preservar la seguridad de ambas partes* (**E5**).

Derivado del ingreso de *nuevo personal* no especializado y con desconocimiento del área, los pacientes presentaron algunas complicaciones, entre ellas, *peritonitis*, por lo que se está gestionando la manera de que el

personal nuevo *aprenda a dializar para disminuir* las complicaciones, y que *no realicen las conexiones como Dios les dio a entender (E6)*.

Se recalca la importancia del programa y de la consulta de DP, ya que muchos pacientes dependen completamente de él. Al cerrarse *los centros, se cerró la consulta*, pero a través de las enfermeras *se conservó la consulta porque también es un programa de supervivencia, como sostén de vida para todos los pacientes (E8)*.

Los protocolos de atención del programa de DP tuvieron que ser modificados, ya sea por cambios en el programa, falta de personal especializado o capacitado en el área, lo que motivó a la enfermera a plantear nuevas estrategias que permitieran establecer el contacto con el paciente.

### **Categoría: Desafíos del paciente en DP ambulatoria**

Los pacientes de DP se enfrentaron a una nueva situación, trayendo consigo nuevos retos que repercutieron positiva o negativamente en su salud, lo cual, se refleja directamente en el impacto de su propio cuidado y de quienes lo rodean.

### **Subcategoría: Miedo al contagio**

*Los pacientes dejaron de asistir a sus consultas a causa del miedo a contagiarse*, esto debido a que se amplió y se priorizó la atención ante esta

nueva emergencia sanitaria, *convirtiendo las instalaciones en hospitales mixtos*. En algunos casos, los pacientes infectados referían que el contagio había ocurrido dentro de las instalaciones del hospital, *sin embargo, el desconocimiento sobre las formas de contagio recae en las diversas redes de contagio, donde no solo el hospital era el medio, sino también el transporte o los mismo familiares, pues muchos continuaron con sus actividades (E4)*.

En consecuencia, la ausencia de los pacientes a sus consultas y seguimientos periódicos ha repercutido directamente en su salud y en su calidad de vida. En general se tuvo *dificultad en los procesos de atención de muchos pacientes, ya que la gran mayoría de ellos tenía mucho miedo a la pandemia, a asistir a sus seguimientos*, lo cual tuvo como consecuencia el *desapego* de su tratamiento (E4).

Se afirma que la enfermedad por COVID-19 ha generado diversos cambios en el estilo de vida de los pacientes con ERC, *se han tenido casos en los que algunos se han aislado totalmente, se han ido a vivir a zonas que ellos consideran de menor riesgo, o bien se han vuelto más exigentes con la familia. Cada paciente lo experimenta de diferente forma, unos cuidándose mucho, otros cerrándose, omitiendo cuidados y otros obviamente abandonándose totalmente en la depresión, dejando de comer o bien no permitiendo dializarse (E1)*.

Ahora bien, se ha visto un incremento en la depresión, debido al aislamiento ligado a la ausencia en sus consultas, *algunos pacientes se deprimieron tanto por la situación de que ya no podían salir, como la interrupción de sus consultas, ocasionando que se descompensaran (E9)*. Como si fuera poco, el estrés fue notable, ya que la nueva adaptación a su morbilidad aunada a ser consciente de la aparición de una nueva enfermedad transmisible los llenaron de interrogantes, como: "*¿A quién voy a acudir?*", "*¿Cómo voy a acudir?*" (E1). Por lo que el personal de enfermería considera que es primordial la atención psicológica en los pacientes con ERC, ya que en su día a día, la aparición de esta enfermedad es un reto para ellos, generando muchas veces falta de aceptación y por ende omisión de cuidados de su enfermedad. Por consiguiente *debemos tener en cuenta entre todos nosotros que al tener un paciente renal, siempre se debe dar un espacio con psicología, como un medio para mantener el apego al tratamiento, pues sabemos bien que al paciente le cuesta trabajo aceptar su diagnóstico o tratamiento, el cual genera un impacto emocional (E6)*.

La pandemia generó múltiples repercusiones emocionales en los pacientes, entre ellas el miedo al contagio, estrés y depresión debido al cambio y reacondicionamiento del estilo de vida ante esta nueva situación, generando alerta sobre la salud mental de los paciente y siendo esta parte fundamental de su bienestar.

### **Subcategoría: Capacitación en tiempos de COVID-19**

La capacitación se tuvo que *reorganizar y dar lo prioritario*, impartiendo específicamente los temas que se consideraban más importantes con el fin de disminuir los tiempos de capacitación (**E8**). Se centró en puntos clave que le ayudarían al paciente y familiares a evitar potenciales complicaciones, principalmente *que el paciente aprendiera el uso del cubre bocas, lavado de manos y la conexión* (**E6**). La educación durante la capacitación fue *enfocada a que el paciente aprenda a dializarse, por las necesidades que tienen los demás integrantes de la familia, ya que ante esta crisis, se han contagiado o se han ocupado de otras actividades que les impedían cuidar de su paciente* (**E5**). Finalmente, un tema fundamental que se impartió fue el de la enfermedad por COVID-19 *en cuanto a su enfermedad*, recalcando que *son vulnerables y susceptibles, por lo que se tienen que cuidar como el resto de la población* (**E2**).

Una labor muy importante de enfermería fue *sensibilizar a los pacientes y hacerles ver todo el autocuidado que van a tener que llevar a cabo es para poder estar estables, para vivir bien y para poder llevar una calidad de vida*, reconociendo el cuidado necesario que se debe llevar para preservar su salud (**E2**). Así pues, el empoderamiento de los pacientes para tener confianza en sí mismos y poder llevar a cabo adecuadamente su propio cuidado es fundamental, por ello se tuvo *que saber manejar al paciente nefrópata*,

basándose en *la restricción, el autocuidado, así como darles el empoderamiento de saberse autocuidar en casa y darles la confianza para preservar su salud (E4).*

Por otra parte, *aun cuando existen otros sistemas para vigilar al paciente a distancia, como lo son la telemedicina y las conferencias, las instituciones no los están implementando como estrategia* ante esta situación, a pesar de que frecuentemente los pacientes refieren no poder acudir a las instalaciones en donde se les brinda atención (E1). Quizá la omisión del uso de este recurso es debido a que *no tenemos personal capacitado para dar este tipo de atención y que además cuenta con los conocimientos necesarios para otorgar este servicio. Además, es importante mencionar que se desconoce si los pacientes tuvieran la disposición para recibir esa capacitación (E3).* Muchas veces el personal planeó *hacer videollamadas, sobre todo para detectar alguna complicación que los pacientes pudieran tener y poderla resolver a tiempo, sin embargo el personal refiere que no cuenta con el equipo especial para ello, más que con los recursos propios para llevarlo a cabo (E7).*

El personal de diálisis peritoneal implementó *la estrategia de hablar por teléfono a los pacientes y preguntar por ellos, además de realizar preguntas clave para detectar alguna posible complicación, por ejemplo: "¿en qué condiciones estaba el sitio de entrada de su catéter?" y "¿cómo estaban saliendo los líquidos?"*; además de retomar puntos importantes como *la*

*restricción de sal, el apego de la dieta y que trataran de aplicar las medidas que se estaban dando en todas los medios de comunicación para evitar un posible contagio (E4). Se observó que se ha incrementado un poco más la comunicación vía telefónica, pero muchas veces ha sido directamente desde sus móviles debido a que requieren algún dato de algún paciente o cuando requieren forzosamente que ese paciente se presente a la unidad (E5). Sin embargo, esta atención tuvo sus desventajas porque el que tú no puedas valorar un paciente en persona, mencionan, fue difícil. Además, los pacientes también eran conscientes de la dificultad que esto generaba, ya que la parte presencial para la valoración es fundamental y era mucho el temor que ellos nos manifestaban, expresan: "es que no es lo mismo una llamada a que yo venga y que me revises y que me toques" (E4). Por otro lado, el hacer uso de sus teléfonos personales se les hizo un riesgo, ya que los pacientes llamarían en cualquier horario, demandando que se les brindara atención en el momento en ellos lo solicitaran. Refieren que un paciente en una emergencia o alguna duda que tenga es capaz hasta hablarles en la madrugada o a cualquier hora" (E7).*

Además, se ha solicitado a los pacientes que tomen pláticas sobre *peritonitis, lavado de manos y COVID (E2)*. En consecuencia, al fomentar el aprendizaje de los pacientes, ellas mencionan que estos tienen interés por



*seguir aprendiendo de su enfermedad y seguir aprendiendo de cómo convivir día a día, aunque igual tienen muchas dudas (E6).*

Pese a las desventajas, se implementó el uso de aplicaciones de mensajería instantánea en el que *cualquier duda* los pacientes se comunican con el personal de enfermería, por lo que ellos *encienden la cámara y los atendemos en ese momento (E1)*. Otra facilidad que tienen este tipo de aplicaciones es la creación de grupos con varios pacientes, sin embargo *no funcionó mucho porque, por ejemplo, los pacientes hacen preguntas al personal de enfermería y lo malo es que contestan los mismos pacientes, entonces ellos están mal orientando (E9)*. Los pacientes hacían uso de estas tecnologías para mandar *imágenes y decimos: "¿Sabes qué? Tienes que hacer esto"* en caso de presentar alguna complicación, por ejemplo, *si el paciente amanecía hinchado, les mandaban las fotos y "tienes que hacer esto", dar la orientación y la promoción como si estuviéramos de frente (E4)*.

El personal se vio en la necesidad de implementar medidas de comunicación a distancia que ayudaron a mantener el contacto con el paciente desde el lugar en donde se encontraran, ayudando a que este se sintiera respaldado por el personal de enfermería. Por otro lado, debido a las condiciones sanitarias, fue necesaria la reorganización de la capacitación y la enseñanza de los pacientes, tomando en cuenta puntos importantes que ayudarían a los pacientes a iniciar y continuar con su tratamiento, ayudándolo

a ser participe parcial o completamente de su cuidado con el fin de fomentar su independencia.

### **Subcategoría: Incumplimiento del tratamiento, complicaciones y muerte**

Los pacientes han presentado algunas complicaciones, entre ellas la *sobrecarga hídrica, disfunción de catéter, infección del sitio de salida y peritonitis*. Es por ello, que el personal recomendaba a los pacientes *tener un buen apego a su tratamiento para poder evitar complicaciones prevenibles (E7)*. Sin embargo, en muchas ocasiones, *el paciente está desapegado al tratamiento y cuando llega, llega complicado, además tiene miedo de acudir al médico (E1)* y complicaciones que en su temprana aparición se pudieron haber manejado en casa, al dejarlas *al límite* muchas veces los pacientes *tenían que ser hospitalizados (E7)*.

Comentan la existencia de pacientes que *son muy constantes con su tratamiento, sin embargo, hay pacientes que son desordenados y por más que se ha querido no los han podido educar, transgrediendo y haciendo caso omiso de los cuidados y las indicaciones médicas y de enfermería*. Mencionan que *ellos deciden el "cuándo" y "cómo" de sus dietas y medicamentos, por más que los han querido educar como debe de ser, no se dejan y el familiar se queja (E3)*. Se ha mostrado una constante en los pacientes; aquellos que

siempre han sido apegados a su tratamiento y a sus cuidados lo han siguen haciendo durante esta crisis, sin embargo *siempre está el transgresor de dieta o el que transgrede el tratamiento*. Por lo que se cree *que el paciente que no se cuidaba sigue sin cuidarse, y el que se cuidaba se está cuidando mucho más (E2)*.

Por otro lado, la inasistencia de los pacientes se ha visto en aumento a lo largo de la pandemia, acudiendo solo cuando ha sido de carácter obligatorio o cuando el paciente siente que su salud ha empeorado, mencionan casos en el que los pacientes refieren: *"vengo a mi cambio de línea porque no puedo faltar, pero yo hubiera venido hasta en 6 meses"*, por lo que a pesar de que el personal recalca la importancia de asistir, *de cada 30 pacientes, si hay 1 que te dice: "no voy a venir, no me voy a parar en el hospital si no me siento mal" y lo han cumplido (E2)*.

El personal de enfermería menciona que *la gran mayoría* de los pacientes *se han contaminado de COVID (E5)* y muchos de ellos, al asistir a consulta *no avisaban que tenían sintomatología* al interrogatorio, sino que a la exploración física estos signos eran evidentes, *por ejemplo, ya veíamos que tenían dificultad respiratoria, se le colocaba el oxímetro, estaban saturando a un 74% y al insistir no les queda otra que decir: "es que fíjese que hace 3 semanas, mi familiar se enfermó y yo nada más esta semana he tenido un poquito de tos, pero eso ha sido todo" (E3)*.

La enfermedad por COVID-19 se ha presentado en los familiares de los pacientes, siendo estos parte fundamental en su cuidado, trayendo consigo terribles consecuencias en su salud. Desafortunadamente, en las familias el contagio iniciaba en algún miembro y la convivencia propiciaba el esparcimiento del virus, teniendo muchas veces desenlaces fatales; *tuve un caso de una familia donde todos se murieron y el señor pues acabó también muriéndose ¿Por qué? Porque les dio COVID y porque primero empezó el hermano que lo dializaba, tenía COVID, ya no podía ir a dializar al otro y así hasta que, pues, ahora sí que se fue toda la familia (E6)*. Derivado de esto, la preocupación del personal de enfermería también radica en *que fallecieron algunas esposas de los pacientes de COVID y ellos se quedaron solos, siendo muchas veces las mujeres y las esposas el cuidador primario del paciente. Ellos dependen tanto del familiar que realmente sí afecta, porque ahora ¿quién los va a cuidar?, a veces no tienen hijos, no tienen otro apoyo familiar (E9)*.

En casos específicos, han *tenido pacientes que han ido a tomar una atención particular y les han ofertado la hemodiálisis*, por lo que han sido sometidos a tratamientos que conllevan riesgos y por ende complicaciones que si no son atendidas de manera adecuada, pueden llevarlos a la muerte. Mencionan que han *tenido pacientes que han ido a colocaciones particulares del Mahurkar y que al estar en el proceso a veces la colocación no es adecuada*

*y el paciente tiene una perforación por mala inserción de catéter, por lo que el paciente a veces llega a tener una embolia pulmonar y a fallecer (E5).*

*Se realizaron llamadas para localizar a los pacientes que no se han presentado, por lo que se empezó a encontrar que habían fallecido por neumonías atípicas, probablemente en consecuencia de la enfermedad por COVID-19 (E2). En los diferentes programas de diálisis (HD, DPCA y DPI) las defunciones durante este periodo aumentaron en comparación a meses anteriores y la mayoría de las causas de muerte fueron ocasionadas por COVID-19, mencionan tener hasta 50 defunciones de pacientes por mes, cuando en años atrás morían 5 y ahorita te dicen: "se murieron 15 pacientes", más los que te han reportado que no has podido localizar y todos han sido por COVID (E6). En contraste, también se ha considerado que la mayoría ha fallecido, no por COVID sino por la falta de atención, expresando que se han enterado de otras defunciones y de otros fracasos de la terapia (E10).*

La enfermedad por COVID-19 se presentó indiscriminadamente en los pacientes con ERC, aumentando la posibilidad de complicaciones y muerte al ser estos parte de la población vulnerable. También se presentó en familiares y cuidadores primarios, muchas veces teniendo desenlaces fatales, los cual, afectaba directamente al paciente, ya que su principal apoyo se veía interrumpido al no existir alguna otra persona que le proporcionara cuidados y ayuda parcial o completa.

## Discusión

Debido a la aparición repentina de un nuevo virus (SARS-CoV-2) surgió una crisis en todos los sectores de la población a nivel mundial, el cual, en corto tiempo ocasionó múltiples cambios en la sociedad, dejando estragos en la población que siguen siendo visibles y que en un futuro podrían verse con mayor claridad ante la magnitud del impacto. Al ser un hecho sin precedente, se generaron en la población sentimientos de miedo e incertidumbre, como consecuencia de la densa difusión de información de la transmisión del virus y su mortalidad.

Respecto al impacto de la enfermedad por COVID-19, las instituciones donde se brindaba atención sufrieron una reconversión, misma en donde fue necesario reubicar, reducir o cerrar espacios dedicados a la atención de otras enfermedades, incluyendo los pacientes de DP, esto con el fin de priorizar la atención de COVID-19. En este sentido, la disminución de la atención en otras áreas generó preocupaciones sobre la calidad de atención de los problemas de salud crónicas.<sup>24</sup>

La atención se modificó y se retrasó el seguimiento de autocuidado de los pacientes, situaciones que derivaron en que estos se resguardaran en su hogares por su alta vulnerabilidad al contagio, además del aislamiento de aquellos que presentaban signos o síntomas que sugerían o confirmaban COVID-19 y que difícilmente se pudiera dar un seguimiento a distancia,

situaciones que se manifestaron con una alta morbimortalidad. Este aislamiento para contención de enfermedades significa en muchos casos la interrupción de conexión, misma que puede interferir en diversos niveles: personal, familiar, asistencial y social.<sup>25</sup>

Por otro lado, la atención también se vio limitada debido a que personal especializado fue asignado a las áreas COVID, y el equipo no especializado reubicado al área de DP, por lo que la dotación de personal de enfermería fue una preocupación constante durante la pandemia<sup>26</sup> y en nuestro estudio se manifiesta la incorporación de personal de enfermería a las áreas de DP que desconocía el manejo de los pacientes y la ejecución de procedimientos, esto se reflejó en complicaciones derivadas de una mala atención, como peritonitis.

Otro aspecto importante que vivieron los pacientes con respecto al incumplimiento del tratamiento fueron el seguimiento nutricional y atención psicológica que trajo como consecuencia complicaciones que ponían en riesgo su vida y salud mental, además de la falta de adherencia al tratamiento causado por la inasistencia al seguimiento y atención continua.

Con la consigna en la reducción de la estancia de pacientes en el área de diálisis y el tiempo de capacitación, el personal consideró disminuir a lo fundamental el contenido teórico u omitirlo, enfocándose en procedimientos y dejándole una gran responsabilidad sobre su tratamiento en el que muchas veces se creaban más dudas que aciertos.

Otro aspecto importante de la capacitación del paciente en tiempos de COVID-19 partía del hecho que éste pudiera realizar su propio autocuidado, ya que derivado de la pandemia, los familiares o el cuidador primario se veían imposibilitados al haber más contagios en la familia e incluso la muerte de éstos, o bien por la falta de tiempo al tener que cubrir múltiples tareas u ocupaciones, quedando el paciente en el abandono y en muchas de las ocasiones viviendo soledad por la ausencia de soporte en el acompañamiento de cuidado. Al respecto, cumplir con la serie de actividades para el mantenimiento de la salud del paciente como el transporte a las citas, la administración de tratamiento incluidos los medicamentos, asistencia en diálisis y control de la dieta pueden generar en el cuidador primario depresión, fatiga, aislamiento y agotamiento.<sup>27</sup>

La reorganización de los programas de DP en algunos pacientes tuvo un impacto positivo con aquellos que lograron concientizarse de la responsabilidad que tenían de sí mismos al fomentar su autocuidado y preservar su salud, lo que era fundamental para lograr la confianza y el empoderamiento como pacientes, pues al igual que la población en general, los pacientes de DP tuvieron que adaptar su estilo de vida para evitar el contagio, promover su salud y bienestar individual ante la pandemia por COVID-19. El empoderamiento de pacientes y cuidadores ayuda a minimizar la carga y las consecuencias de los síntomas relacionados con la ERC.<sup>27</sup>



Cuando los pacientes acudían a las instalaciones, era necesario seguir las medidas de higiene y seguridad recomendadas durante su estancia, con el fin de evitar el posible contagio y transmisión de la enfermedad.<sup>8</sup> Asimismo, el personal tenía que utilizar EPP de acuerdo al procedimiento a realizar (cambio de línea, toma de cultivo, entre otros), generando en múltiples ocasiones incomodidad o molestias físicas al utilizarlo por un periodo prolongado, además de provocar en el paciente miedo e incertidumbre durante la capacitación o atención a las complicaciones por las cuales había acudido.

Necesidades emocionales y de aprendizaje se vieron superadas ya que con todos estos cambios hubo pacientes en los que su salud empeoró debido a complicaciones propias de la enfermedad o por presentar COVID-19, pues al ser población vulnerable muchos fallecieron. En consecuencia, se observó un aumento en el número de muertes de pacientes en comparación con los datos de años anteriores. Ante el incremento en el número de pérdidas, el dolor fue inminente; se ayudó a los familiares en esta difícil y dolorosa situación, alentándolos en todo momento y mostrando empatía ante sus pérdidas. Las pandemias causan múltiples pérdidas, tanto relacionadas con la muerte como en alteración de las normas sociales, los rituales y las prácticas de duelo, ya que pueden parecer apresurados, alterados o ausentes.<sup>28</sup> Además de observarse una alza importante en la depresión de los pacientes debido a

múltiples factores que la pandemia ha desencadenado, como son las nuevas medidas adoptadas, el aislamiento social y la interrupción del seguimiento al que estaban muy acostumbrados y que con estos cambios se percibían más susceptibles a complicarse.

Además, el miedo al contagio por exposición frecuente es una constante en el personal de enfermería por las repercusiones que podía tener hacia su persona y el riesgo de contagiar a quienes los rodean, que como en otros estudios, el miedo al contagio fue una de las vivencias negativas para el personal de enfermería durante la pandemia.<sup>5</sup> Ahora bien, el seguimiento de los pacientes tuvo una gran repercusión en los números contables, pero lo que hay que notar es la falta de coordinación multidisciplinaria para poder redirigir a las familias y pacientes, lo cual se reflejaría en una capacitación continua y asesoría a distancia.

Un punto que resaltan las entrevistadas es la falta de sensibilidad al retorno de las actividades laborales después de haber presentado COVID-19, con un tiempo de recuperación limitado y sin realizar pruebas previas a la reincorporación laboral que garantizaran un retorno seguro, situación que puede cuestionar la adaptación psicoemocional y física al área de trabajo.

Fue común la aparición de sentimientos negativos en el personal de enfermería, como frustración, estrés, preocupación, impotencia y depresión derivados del contagio de la enfermedad por COVID-19 y el fallecimiento de

pacientes del programa de DPCA. Una proporción considerable de trabajadores de la salud informó haber experimentado síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia.<sup>29</sup> Estos sentimientos no fueron exclusivos, sino también por el contagio y muerte de familiares, amigos y compañeros de trabajo, repercutiendo en su estado psicoemocional y en su vida diaria. Por otra parte, entre el personal surgieron y se fortalecieron los lazos de compañerismo y amistad, haciéndolas más fuertes ante las adversidades y demostrando un mejor desempeño en su trabajo. Las pérdidas, a su vez, las hicieron reflexionar acerca de los afectos que poseen, entendiendo que en cualquier momento lo que se tiene se puede perder y por ende, debe ser valorado. Además, las creencias espirituales y religiosas las ayudaron a seguir trabajando y fortalecerse en su cotidianidad. Sin lugar a dudas, la pandemia dejó muchos aprendizajes, pues al respecto otros autores comentan que es probable que los efectos de COVID-19 en las enfermeras y otros trabajadores de la salud sean duraderos.<sup>26</sup>

La telemedicina y el seguimiento a distancia podrían haber sido una buena opción, sin embargo, no se implementó debido a la falta de recursos en las instituciones para brindar atención de este tipo; por otra parte se desconocía si los pacientes contaban con dispositivos, dominio o ayuda para recibir a distancia la capacitación y la consulta de enfermería, en contraste la

telesalud y la telemedicina puede complementar pero no reemplazar totalmente la visita en persona.<sup>13</sup>

Algunas enfermeras recurrieron a las llamadas y el uso de mensajería a través de celulares personales para conocer el estado de salud del paciente, detectar problemas de salud prioritarios, envío de imágenes o visualización de su catéter o bolsa de diálisis, situaciones que aún no han sido consensadas, reguladas o normadas en los programas de DP. Corriéndose el riesgo de incomodar o presionar al paciente o familia, o por el contrario pudiera verse vulnerado su tiempo fuera del horario laboral.

Las experiencias de enfermería en el programa de DPCA fueron sin duda motivantes e impactantes y pone de manifiesto nuestras debilidades, pero exalta el deber ser ante pacientes vulnerables tanto emocional como físicamente. Se evidencia la relevancia del empoderamiento a través de competencias profesionales en la enseñanza del autocuidado con el que el profesional de enfermería debe cumplir en campo de trabajo.

## Capítulo V

### Conclusiones

Sin lugar a duda, las situaciones antes mencionadas se vieron expuestas ante una pandemia que tomó desprevenidos a las instituciones y personal de salud, en el que además, su vida como la de su familia la hacían sentir insegura, con temores y carente de herramientas de protección personal. Queda una sensación difícil de superar y ambigua ante su deber profesional y su ser como persona, pero sobre todo evidencia una falta de sensibilidad y organización de la institución que la debería proteger y respaldar.

Se evidencia una falta de coordinación en los sistemas de comunicación debido a que el número de afectados repercutió en la calidad de la atención en los pacientes con DP. Además de la disponibilidad de talento y recurso humano para cubrir las necesidades nutricionales, psicológicas y de diversas especialidades para la atención de los pacientes. Se puede deducir que en el contexto de COVID-19 no se consideraron como necesidades prioritarias en estos pacientes, así como el seguimiento de salud y la reinserción de los trabajadores post COVID.

El total de la cobertura en las necesidades de los pacientes se vio delegada al apoyo familiar en casa, lo cual aumentó la comorbilidad y mortalidad. En aquellas unidades donde se planearon estrategias de atención de la pandemia se presentaron inasistencias a citas y falta de control terapéutico ante la incertidumbre de la pandemia y miedo al contagio.

Con este estudio se pueden entender dos cuestiones, la labor profesional de enfermería como su liderazgo y empoderamiento en las áreas de atención y la cobertura de las necesidades y seguimiento de los pacientes. La densidad de la narrativa de este estudio despliega la importancia de conocer las aportaciones de los discursos de las otras áreas participantes, como médicos, pacientes y trabajadoras sociales, por lo cual se invita a seguir profundizando en la experiencia del autocuidado en DP para poder establecer un modelo de atención que permita las instauraciones de nuevas modalidades de atención que puedan ser hegemónicas para contextos similares y que además se logren establecer que recursos humanos, materiales e institucionales deben tenerse para cubrir las necesidades de pacientes renales en el autocuidado.

## Aportaciones a la disciplina

En lo referente a las aportaciones que esta investigación puede dejar a la disciplina enfermera:

- Debe considerarse en todo momento la atención integral, tanto en pacientes para complementar su cuidado y reflejar mejores resultados en el manejo de su enfermedad; por otro lado, es importante la atención específica de psicología al personal médico y de enfermería, ya que a diario son testigos de escenarios difíciles que los afectan continuamente y aún más en momentos de crisis.
- En el caso del personal de Enfermería, es importante mencionar que es parte fundamental y en muchas ocasiones, el único recurso para preservar la salud e incluso la vida de los pacientes. Por ello, en todo momento se debe garantizar que el personal cuente con los conocimientos necesarios y esté preparado para actuar en el cuidado específico de los pacientes de DP, siendo capaces de tomar decisiones que implican la resolución de problemas.
- Así mismo, se debe garantizar la formación de profesionales capaces de transmitir información y generar conocimiento en la población, integrándolos y haciéndolos participes de su propio cuidado.
- Finalmente, debe considerarse que el programa de DP tiene un gran valor e importancia para los pacientes en el sector de atención a la salud,

captando a estos incluso antes de iniciar su tratamiento e iniciando un seguimiento que le permitirá al paciente conservar y fomentar su calidad de vida. Por lo que no debe ser un área minimizada o afectada en gran medida a pesar de las circunstancias externas.



## Referencias

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Características clínicas de los pacientes infectados con el nuevo coronavirus de 2019 en Wuhan, China. Lancet [Internet]. 2020 febr. 15. [citado 2020 nov. 10]; 395(10223): 497-506. Disponible en: <https://bit.ly/3ycEcFy>
2. Yang Y, Peng F, Wang R, Yange M, Guan K, Jiang T, et al. Los letales coronavirus: la pandemia de SARS de 2003 y la nueva epidemia de coronavirus de 2020 en China. J Autoimmun [Internet]. 2020 my. [citado 2020 nov. 10]; 109: 102434. Disponible en: <https://bit.ly/3Bewf4E>
3. Gobierno de México. Todo sobre el COVID-19. [Internet]. 2020. [citado 2020 dic. 1]. Disponible en: <https://bit.ly/3Dqwf3b>
4. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. Personas con insuficiencia renal crónica no deben suspender tratamiento ante emergencia sanitaria por COVID-19. México. [citado 2020 dic. 10] Disponible en: <https://bit.ly/3gxJrtx>
5. Andreu-Periz D, Ochando-García A, Limón-Cáceres E. Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España. Enferm Nefrol [Internet]. 2020 jun. 15. [citado 2020 dic. 5]; 23(2): 148-59. Disponible en: <https://bit.ly/38d1FMb>
6. Rombolà G, Brunini F. COVID-19 y diálisis: por qué debemos preocuparnos. J Nephrol [Internet]. 2020 abr. 22. [citado 2020 nov. 27]; 33(3): 401-403. Disponible en: <https://bit.ly/2XMN1Jx>

7. Yang Z, Dong J. Consideraciones operativas para el manejo de la diálisis peritoneal durante la pandemia de COVID-19. Clin Kidney J [Internet]. 2020 jul. 4 [citado 2020 nov. 12]; 13(3): 322-327. Disponible en: <https://bit.ly/38tqkMR>
8. Ikizler TA. COVID-19 y unidades de diálisis: ¿qué sabemos ahora y qué debemos hacer? Am J Kidney Dis [Internet]. 2020 jul. 1. [citado 2020 dic. 20]; 76(1): 1-3. Disponible en: <https://bit.ly/2Wj6EZC>
9. Ikizler TA, Kliger AS. Minimizar el riesgo de COVID-19 entre pacientes en diálisis. Nat Rev Nephrol [Internet]. 2020 jun [citado 2020 dic. 17]; 16(6): 311-313. Disponible en: <https://bit.ly/3zliQae>
10. Arribas-Cobo P, Bernabé-Villena M, Martínez-Dios I, Ruiz-Almería S, Díaz de Argote-Cervera P. Estudio descriptivo del primer mes de situación de pandemia por COVID-19 en una unidad de diálisis hospitalaria. Enferm Nefrol [Internet]. 2020 my. 1. [citado 2020 nov. 30]; 23(2): 133-47. Disponible en: <https://bit.ly/2XZ5SBm>
11. Maldonado M, Ossorio M, Del Peso G, Santos C, Álvarez L, Sánchez-Villanueva R, Rivas B, Vega C, Selgas R, Bajo MA. Incidencia y resultados de la COVID-19 en una unidad de diálisis domiciliaria en Madrid (España) durante el pico de la pandemia. Nefrología [Internet]. 2021 my. [citado 2021 jun. 15]; 41(3): 329-336. Disponible en: <https://bit.ly/3gAyhnH>
12. El Shamy O, Sharma S, Winston J, Uribarri J. Diálisis peritoneal durante la pandemia de enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19): experiencias hospitalarias agudas y ambulatorias de mantenimiento. Kidney Medicine


- [Internet]. 2020 jul. [citado 2020 oct. 1]; 2(4): 377-380. Disponible en: <https://bit.ly/3gIM5wr>
13. Lew S, Wallace E, Srivatana V, Warady B, Watnick S, Hood J. Telesalud para diálisis domiciliaria en COVID-19 y más allá: una perspectiva del Subcomité de diálisis domiciliaria COVID-19 de la Sociedad Estadounidense de Nefrología. JKD [Internet]. 2021 en. 1. [citado 2021 my. 15]; 77(1): 142-148. Disponible en: <https://bit.ly/3zu8Awv>
14. Real Academia Española [Internet]. Experiencia. Madrid. [actualizado 2020 dic. 12; citado 2021 en. 2]. Disponible en: <https://bit.ly/3mG0iOt>
15. Sheposh R. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Salem Press Encyclopedia of Health [Internet]. 2021 [citado 2021 en. 28]; Disponible en: <https://bit.ly/3sRjg5W>
16. CENETEC. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica [Internet]. 2019. [citado 2021 en. 30]; Disponible en: <https://bit.ly/38iW6vB>
17. Sellarès V, López JM (Eds). Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día [Internet]. 2021. [citado 2021 febr. 2]; Disponible en: <https://bit.ly/3jIWS1g>
18. Cruz M, Totoli C. Diálisis peritoneal. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2020. [citado 2021 febr. 22]; 66(Supl.1), s37-s44. Disponible en: <https://bit.ly/38oNgg5>

19. Tapia T, Muñoz A, Méndez A. La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2010. [citado 2021 mar. 5]; 18(3), 159-162. Disponible en: <https://bit.ly/3mEO4pg>
20. Trejo, F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Enf Neurol [Internet]. 2012. [citado 2021 mar. 19]; 11(2), 98-101. Disponible en: <https://bit.ly/3sSXGxM>
21. Morse, J. El significado de la saturación. Investigación en salud cualitativa [Internet]. 1995 my. [citado 2021 abr. 10]; 5 (2), 147-149. Disponible en: <https://bit.ly/2Y7aR2X>
22. Rodríguez G y Gil J. Metodología de la investigación cualitativa. España; 1996.
23. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [Internet]. 2003; [citado 2021 mar. 9]; 34(3), 164-167. Disponible en: <https://bit.ly/3kxOCe3>
24. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada H, Van Weel C; Global Forum on Universal Health Coverage and Primary Health Care. Lecciones sobre la pandemia COVID-19, para y por profesionales de atención primaria en todo el mundo. Eur J Gen Pract [Internet]. 2020 sept. 28. [citado 2021 jun. 1]; 26(1): 129-133. Disponible en: <https://bit.ly/3sNTsr9>
25. Leong IY, Lee AO, Ng TW, Lee LB, Koh NY, Yap E, Guay S, Ng LM. El desafío de brindar atención integral en una epidemia viral: oportunidades para los

- cuidados paliativos. Palliat Med [Internet]. 2004 en. 1 [citado 2021 jul. 17]; 18(1): 12-8. Disponible en: <https://bit.ly/3zn1Yjt>
26. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. COVID-19: Desafíos éticos para las enfermeras. Hastings Cent Rep [Internet]. 2020 my. [citado 2020 jun 5]; 50(3): 35-39. Disponible en: <https://bit.ly/3BginGO>
27. Kalantar-Zadeh K, Kam-Tao Li P, Tantisattamo E, Kumaraswami L, Liakopoulos V, Lui SF, et al. Vivir bien con enfermedad renal por el empoderamiento del paciente y su cuidador: salud renal para todos en todos lados. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2021 jun. [citado 2020 dic. 28]; 119(3): 213. Disponible en: <https://bit.ly/2WpS7L2>
28. Mayland C, Harding A, Preston N, Payne S. Apoyo a los adultos en el duelo a través de COVID-19: una revisión rápida del impacto de pandemias anteriores en el duelo. JPSM [Internet]. 2020 ag. 1 [citado 2021 jun. 2]; 60(2): E33-E39. Disponible en: <https://bit.ly/3sWVaGJ>
29. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019. JAMA Netw Open [Internet]. 2020 mar. 23. [citado 2021 jul. 22]; 3(3): e203976. Disponible en: <https://bit.ly/2XOfaQs>

## Anexos

### Anexo 1: Entrevista

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA	
<b>GUIA DE ENTREVISTA</b>	
Iniciales del nombre: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Estado Civil: _____ Tiempo en el Programa: _____ Institución: _____ Grado de estudios: _____	
APERTURA	
Preguntas	Temáticas por abordar
<b>COVID-19</b>	<i>Podrías contarnos ¿Cómo has vivido la pandemia por COVID-19?</i> <i>¿Usted ha presentado la enfermedad por COVID-19?</i> <i>¿Cómo vivió el proceso de padecer COVID-19?</i>
<b>INICIO DE LA PANDEMIA</b>	<i>Nos podría contar ¿Cuál fue la experiencia que tuvo en su hospital para abordar la pandemia por COVID-19?</i> <i>¿Podría decirme cómo ha sido vivir la pandemia por COVID-19 dentro de su área de trabajo?</i> <i>¿Cuáles fueron las acciones que realizaron?</i> <i>¿En algún momento recibieron personal de otras áreas para atender a pacientes de DP? ¿Cuál fue su experiencia?</i>
<b>ADAPTACION</b>	<i>¿Cuál fue su experiencia en el manejo ambulatorio de pacientes de DP desde el inicio de la pandemia?</i> <i>¿Cuál ha sido el manejo que les han dado a los pacientes cuando necesitan atención de otras áreas especializadas?</i> <i>¿Cómo han experimentado el seguimiento psicológico y nutricional del paciente?</i> <i>¿Han experimentado la aparición de complicaciones de salud en el paciente con DP?</i> <i>¿Qué estrategias han implementado para establecer comunicación con los pacientes?</i> <i>¿Cuál fue su experiencia en la capacitación del paciente por vía telefónica (otros medios)?</i> <i>¿Qué actividades realizan con los pacientes a través de este (os) medio(s)?</i> <i>¿Qué sentimientos le ha generado las modificaciones en la atención al paciente?</i>
<b>ACTUALIDAD</b>	<i>¿Observó algún cambio en el apego al tratamiento de sus pacientes?</i> <i>¿Cómo han manejado la atención en salud mental en los pacientes?</i> <i>Podría comentarme ¿Cómo es la participación del paciente en grupo?</i> <i>¿Cuáles son las experiencias más comunes que comentan los pacientes en grupo?</i> <i>¿Ha observado cambios en la vida cotidiana del paciente? (dinámica familiar, seguimiento del tratamiento, cambios nutricionales, actividades de riesgo, esfera emocional).</i> <i>¿Han tenido alguna experiencia respecto a la omisión de datos por parte del paciente?</i> <i>¿Qué aprendizajes te ha dejado la pandemia por Covid-19?</i>
<b>CIERRE</b>	
<i>¿Hay algo que le gustaría agregar?</i>	

Fuente: Guía elaborada por Álvarez-Martínez SI, Garduño-Magaña A, Rodríguez-Zamora MC; 2021.

## Anexo 2: Aprobación del proyecto por la comisión de ética



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
**COMISIÓN DE ÉTICA**



Los Reyes Iztacala a 17/03/2021

Oficio: CE/FESI/032021/1383

**DRA. RODRIGUEZ ZAMORA MARIA CRISTINA**

Presente:

En atención a su solicitud de aval, por la Comisión de Ética de esta facultad, para su proyecto denominado **EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA SOBRE LA ENSEÑANZA DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA, EN TIEMPOS DE COVID-19**, que va a someter a **COMISIÓN DE ÉTICA**.


Esta comisión acordó la siguiente opinión técnica:

**Avalado sin recomendaciones**

Con vigencia del **15 de marzo del 2021** al **15 de marzo del 2022**.

Sin otro particular por el momento, quedamos a sus órdenes para cualquier aclaración y aprovechamos la oportunidad para enviarle un atento saludo y nuestro respeto académico.

Atentamente

  
**M. en C. María Eugenia Isabel Heres y Pulido**  
Presidente



## Anexo 3: Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (*Nombre y apellidos manuscritos por el o la participante*)

- He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.
- Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.
- He estado informado/a por:
- Comprendo que mi participación en este estudio no tendrá para mí consecuencias y comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que tenga ningún tipo de repercusión.

Comprendo que, si decidiese retirarme del estudio, los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

Doy       No doy

Mi consentimiento para participar en el estudio y para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Adicionalmente, le invitamos a autorizar el tratamiento de sus datos en formato audiovisual:

Doy      \_ No doy

Mi consentimiento para la captación y grabación de mi imagen y sonido (vídeos, fotografías u otros medios) con la finalidad de participar en el estudio en las condiciones detalladas en la hoja de información. La persona cedente cede el derecho a reproducir, distribuir y difundir total o parcialmente su imagen y sonido, a través de cualquier procedimiento y/o medio, tangible o intangible, on-line u off-line.



Autorizo expresamente a la **Universidad Nacional Autónoma de México** para que el estudio pueda ser destinado también a finalidades docentes.

Además, con independencia del objetivo principal, acepto que los datos recogidos en la evaluación puedan ser utilizados con fines de investigación relacionados con el área en la que se integrase científicamente el estudio inicial por parte del equipo investigador y que los datos obtenidos serán tratados, con respeto a la vigente normativa de protección de datos, asegurando completamente el anonimato (seudonimizados).

En el marco de los tratamientos mencionados, sus datos no se cederán a terceros salvo obligación legal. Puede ejercitar sus derechos en relación con el tratamiento de sus datos personales de acceso, rectificación y supresión, entre otros, mediante solicitud dirigida a la persona responsable de la investigación.

Por todo ello, declaro que he recibido toda la información relevante y mediante el presente escrito manifiesto mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información, y mi conformidad al hecho de que los datos sean tratados de la forma expresada:

FIRMA DEL PARTICIPANTE (1)	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN (2)
<b>NOMBRE:</b>	<b>NOMBRE:</b>
<b>FECHA:</b>	<b>FECHA:</b>