

**COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR DEL PACIENTE Y EL
CUIDADOR EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

Fanny de Jesús Ramos Acosta

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería con énfasis en Cuidado del Paciente Crónico
Bogotá, Colombia
2019**

**COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR DEL PACIENTE Y EL
CUIDADOR EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL.**

Fanry Ramos Acosta

**Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de
Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico**

Directora

Blanca Nieves Piratoba Hernández

Profesora Asistente Facultad de Enfermería

MSc. en Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico

Especialista en Administración de Servicio de Salud

Grupo de investigación: Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería con énfasis en Cuidado al Paciente Crónico

Bogotá, Colombia

2019

Contenido

INTRODUCCIÓN	12
1 MARCO DE REFERENCIA	14
1.1 Descripción del área problemática.....	14
1.2 Formulación del problema.....	16
1.3 Justificación	17
1.3.1 Significancia social.....	17
1.3.2 Significancia teórica	19
1.3.3 Significancia disciplinar.....	22
1.4 OBJETIVOS.....	23
1.4.1 Objetivo General.....	24
1.4.2 Objetivos Específicos.....	24
2. MARCO CONCEPTUAL	25
2.1 Definición de conceptos	25
2.1.1 Diálisis peritoneal	25
2.1.2 Enfermedad renal crónica	25
2.1.3 Competencia para cuidado en hogar	25
2.1.4 Cuidado en el hogar	26
2.1.5 Cuidados en pacientes de diálisis peritoneal	26
2.1.6 Cuidado en el hogar del cuidador en un programa de diálisis.....	26
3. MARCO TEÓRICO	28
3.1 Teoría de enfermería de déficit de autocuidado	29
3.2 Enfermedad renal crónica.....	32
3.3 Persona con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.....	34
3.4 Competencia para el cuidado en el hogar del paciente y cuidador	37
3.5 El cuidado de enfermería de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.....	41
4. MARCO DE DISEÑO.....	44
4.1 Tipo de estudio.....	44

4.1.1	Población	44
4.1.2	Muestra: cálculo de muestra, selección de la muestra	44
4.1.3	Criterios de inclusión	45
4.1.4	Criterios de exclusión.....	45
4.1.5	Fases.....	46
4.1.6	Variables	47
4.1.7	Plan de recolección de datos.	48
4.1.8	Procesamiento y análisis de datos	49
4.1.9	Control de sesgos	50
4.2	Consideraciones éticas.....	51
4.3	Limitaciones	53
4.4	Consideraciones ambientales	53
5	RESULTADOS Y ANÁLISIS	54
5.1	Perfil sociodemográfico del paciente y el cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal	54
5.2	Percepción de carga y apoyo del paciente y el cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.....	60
5.3	Medios de información y comunicación del paciente y el cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.....	63
5.4	Competencia para el cuidado en el hogar de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.....	65
5.5	Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.....	67
6.	DISCUSIÓN	70
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
7.1	Conclusiones	78
7.2	Recomendaciones	80
7-	REFERENCIAS	82
	ANEXOS	88
	Anexo 1. Cronograma y presupuesto	88
	Anexo 2. Permiso institucional	91
	Anexo 3. Entrega documento	92

Anexo 4. Certificación	93
Anexo 5. Socialización de resultados	94

Listado de Figuras

Figura 1. Estado mental de los pacientes con enfermedad renal crónica en un programa de diálisis peritoneal según perfil Pulses-----	49
Figura 2. Estado mental de los pacientes con enfermedad renal crónica en un programa de diálisis peritoneal según prueba Test SPMSQ-----	50
Figura 3. Edad vs tiempo con la enfermedad-----	51
Figura 4. Apoyo con que cuentan y nivel de satisfacción de los pacientes y cuidadores-----	57
Figura 5. Uso de las s TIC para recibir información para su cuidado-----	59

Listado de Tablas

Tabla 1. Perfil sociodemográfico del paciente y cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal-----	52
Tabla 2. Percepción de carga de los pacientes y de los cuidadores-----	55
Tabla 3 Edad y tiempo con la enfermedad de los pacientes y cuidadores-----	56
Tabla 4. Nivel de bienestar que percibe el paciente y el cuidador vinculados al programa de diálisis peritoneal-----	58
Tabla 5 Comparativo de dimensiones competencia para el cuidado en el hogar del paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal y sus cuidados-----	65
Tabla 6. Dimensiones competencia para el cuidado en el hogar del paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal-----	60
Tabla 7 Dimensiones competencia global para el cuidado en el hogar del cuidador del paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal-----	63

Dedicatoria

A mi padre celestial

Que me brindó la oportunidad de adquirir conocimientos en esta tierra.

A mi familia

Por concederme parte de ese tiempo que tenía que compartir con ellos.

A mis amigos

Por su apoyo incondicional en los momentos difíciles.

Agradecimiento

A Nuestro padre celestial por darme las fuerzas para llevar a cabo uno de mis deseos, aprender cómo ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que me ha dado para cuidar.

A la unidad renal *Fresenius Medical Care* de Sincelejo por permitirme acceder a la población perteneciente al programa de diálisis.

A mi familia por comprender el tiempo que debía usar para la realización de mis actividades en la consecución de los objetivos trazados.

A mis jefes y mis amigos que siempre estuvieron dispuestos a atender cualquier necesidad que tuviese para ayudarme a solucionarla.

A mi directora de tesis, Magíster Blanca Nieves Piratoba por su apoyo incondicional y guía en este proceso de aprendizaje.

A todos los pacientes y sus cuidadores, que hicieron parte de esta investigación que me permitieron su tiempo y experiencia.

Mil gracias por formar parte de un deseo cumplido.

Fanry de Jesús Ramos Acosta

Resumen

Nivel de competencias para el cuidado en el hogar del paciente y el cuidador en un programa de diálisis peritoneal

Objetivo: describir competencias para cuidado en hogar del paciente y cuidador de un programa de diálisis peritoneal de una institución de salud de Sincelejo. Método: abordaje cuantitativo descriptivo de corte transversal. Muestra de 32 pacientes y 32 cuidadores vinculados al programa, donde reciben terapia dialítica. Instrumento utilizado: encuesta de caracterización del paciente y cuidador con enfermedad crónica y competencia para el cuidado en el hogar de persona con enfermedad crónica/cuidador familiar versión larga. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, procesamiento de datos en programa Excel 2016 y SSPS versión 23.

Resultados las características para cuidador y paciente muestran nivel de escolaridad bajo medio; nivel socioeconómico bajo medio; la mayoría son casados, se ocupan en actividades del hogar. Los diagnósticos más frecuentes son: diabetes, hipertensión e hipertensión más diabetes. El 56% de pacientes percibe que no es carga para su familia, percepción baja; el 21,9% media y 12,5% alta. Utilizan TICs como medio de distracción, sobre todo la televisión. En cuanto a las competencias de pacientes y cuidadores, su nivel es similar en dimensiones de conocimiento, unicidad, instrumental, anticipación, relación e interacción; la más alta es el disfrute.

Conclusión: el nivel de competencia para el cuidado en el hogar del paciente y el cuidador es alto, esto permite inferir que las intervenciones en el programa de diálisis peritoneal se han consolidado y favorecen el desarrollo de habilidades para asegurar un cuidado continuo a través de la educación temprana.

Palabras claves: Enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, pacientes, cuidadores, competencias para el cuidado en el hogar.

Level of competence for home care of the patient and carer in a program of peritoneal dialysis

Abstract

Objective: to describe competences for home care of patient and carer in a program of peritoneal dialysis of a health institution in Sincelejo. **Method:** descriptive quantitative approach of transverse cut. Sample of 32 patients y 32 carers involved in the program, where they receive dialytic therapy. Resource used: characterization survey of patient and carer with chronical illness and competence for home care of person with chronical illness/family carer long version. For this analysis it was used descriptive statistics, data processing in programs Excel 2016 and SSPS version 23.

Results: the characteristics for carer and patient show a school level low medium; socioeconomic level low medium; the majority are married; they spend time in household activities. The more frequent diagnoses are diabetes, hypertension, and hypertension and diabetes. 56% of the patients perceive that they are not a burden for their families, low perception; 21,9% medium and 12,5% high. They use TICs as distractors, especially television. About competences of patients and carers, their level is similar in knowledge dimensions, uniqueness, instruments, anticipation, relation and interaction; the higher one is joy.

Conclusion: the level of competence for home care of the patient and carer is high, this allows to infer that interventions in the program of peritoneal dialysis have strengthen in favor of development of abilities to ensure continuous care through early education.

Key words: chronic renal illness, peritoneal dialysis, patients, carers, competences for home care.

INTRODUCCIÓN

La historia de la Enfermedad Renal Crónica como patología de alto costo en Colombia no es reciente. Hace más de 20 años ya se habían identificado algunas condiciones y patologías, por su alto impacto económico, su mal pronóstico clínico, además de la cronicidad, mortalidad y discapacidad que de ellas se derivan. La terapia dialítica orienta al profesional de enfermería para las intervenciones a la población que tiene la enfermedad, buscando la rehabilitación y el mejoramiento de la calidad de vida (1).

En el país hay un gran número de pacientes sin diagnóstico de diabetes e hipertensión por la falta de conocimiento y seguimiento por parte de las EPS, al igual que la carencia de la cultura del autocuidado de esta población. En Colombia 71% de los pacientes mueren por alguna enfermedad crónica, que altera o anula sus funciones vitales, generando dependencia de otra persona para suplir sus necesidades (2).

La diálisis peritoneal es una terapia que requiere de autocuidado y apoyo del cuidador familiar; la población más afectada está constituida por ancianos o personas que padecen patologías como la diabetes e hipertensión, que ocasionan alteraciones neurológicas, somáticas y emocionales, convirtiendo a estos individuos en pacientes que dependen de otra persona para poder satisfacer sus necesidades; ante esta realidad, es una necesidad apremiante describir las competencias para el cuidado en el hogar del paciente y cuidador a través del uso de instrumentos válidos y confiables que permitan conocer el perfil sociodemográfico, y el nivel de competencia para el cuidado en el hogar del paciente con diálisis peritoneal (3).

En esta investigación usamos el instrumento CUIDAR, avalado para nuestro país, que mide la competencia para el cuidado en el hogar del paciente y el cuidador en un programa de diálisis peritoneal, los resultados apoyarán al centro de diálisis ubicado en la región Caribe, específicamente la unidad renal Fresenius Medical Care en la ciudad de Sincelejo.

Al tener disponibles estas características y competencias, los profesionales de enfermería podrán realizar sus intervenciones educativas acorde con los resultados obtenidos, logrando aumentar el conocimiento, la promoción del autocuidado, la adherencia al tratamiento y así mejorar la calidad de vida, cumpliendo uno de los propósitos de enfermería: dar bienestar a todos los seres humanos (4).

Los resultados aportarán a las instituciones prestadoras de servicios de salud a través de los programas de diálisis peritoneal garantizando un cuidado seguro en el hogar para mantener la salud y bienestar que es el objetivo, dar seguridad en la atención y calidad de vida.

1 MARCO DE REFERENCIA

En este proyecto se aborda el área temática de estudio, las competencias para el cuidado en el hogar del paciente y el cuidador en un programa de diálisis peritoneal.

1.1 Descripción del área problemática

La cuenta de alto costo de nuestro país describe el deterioro de la salud debido a las condiciones socioeconómicas, así como a la falta de conocimiento y bajo nivel de educación y las prácticas de autocuidado. En cuanto a la capacidad para mantener y satisfacer las necesidades propias, se reveló un aumento 12,5% de personas con hipertensión entre 2015 y 2016 y la diabetes con un aumento de 2.1% elevando el nivel de prevalencia de la enfermedad renal crónica. Actualmente en Colombia la población con comienzo o padecimiento de una enfermedad crónica corresponde a 3'386.467 personas con enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, el 60,8% son mayores de 60 años y 62% mujeres, el 64,5% se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) a través del régimen contributivo (1).

La enfermedad hipertensiva es el primer factor de riesgo con 72.4% sin la presencia de la diabetes mellitus y el 20,1% con la prevalencia de los factores de riesgos hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM); 15,6% corresponden a pacientes con enfermedad renal crónica (ECR) en estadios 2 (2).

En Colombia 21.572 personas padecen enfermedad renal crónica, 5.384, ingresaron al programa, 1084 a hemodiálisis y 425 al programa de diálisis peritoneal, 28% de los pacientes son mayores de 70 años. Para el 2015, las Terapias de Reemplazo Renal (TRR) se encontraban distribuidas así: hemodiálisis 60,3%, diálisis peritoneal 28,6%, terapia médica no dialítica 8,2%, trasplante renal 2.9%. En Colombia el 3,2% de la población afectada han elegido algunas de las dos modalidades de terapia de reemplazo renal hemodiálisis y diálisis peritoneal (2).

La diálisis peritoneal empezó a aplicarse en 1970, comienza como una terapia de segunda elección por su escasa depuración de soluto y elevado número de peritonitis. Es una terapia de elección que al igual que la hemodiálisis disminuye la mortalidad y mejora la calidad de vida a la población afectada por Enfermedad Renal Crónica (ECR), hay varios regímenes, uno para diálisis agudas y tres para diálisis crónica (2).

El régimen de diálisis aguda se aplica en pacientes a quienes se resuelve su sintomatología en menos de 90 días, se infunde el líquido diálisis, con una permanencia de 30 a 120 minutos, durante 48 a 72 horas.

Los tres regímenes restantes son: para diálisis peritoneal crónica, diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD), diálisis peritoneal automatizada (APD) o diálisis peritoneal continua cíclica (CCPD), diálisis peritoneal intermitente nocturna (NIPD) (3).

Estos pacientes enfrentan enfermedades crónicas que deterioran varios órganos, lo que reduce sus habilidades y capacidades de realizar las actividades que le ayudan a preservar su estado de salud físico y emocional; por ello, es vital el apoyo familiar, porque se ven sometidos a una terapia que requiere cuidado. Al elegir la terapia de reemplazo renal diálisis peritoneal que se hace en el hogar del paciente con previo entrenamiento, es importante el compromiso del cuidador, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales (4).

Las terapias de reemplazo renal: hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) son iguales clínicamente, en la parte económica es posible que una sea más rentable. La infrautilización de la DP es ocasionada por factores no médicos, y puede ser corregida por los profesionales (5).

En la prestación del servicio por parte de los profesionales de enfermería a los pacientes que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal, surgen muchos interrogantes, con relación al entrenamiento para el ingreso al programa, ¿cómo debo educar a mis pacientes para lograr que apliquen correctamente la técnica? ¿Qué causó la peritonitis la falta de entrenamiento o falta de autocuidado? ¿Cómo puedo conocer las necesidades de los pacientes y cuidador familiar? lograr la respuesta a estos interrogantes, es un verdadero desafío para brindar el cuidado que requieren los pacientes.

Bajo estas premisas, la identificación de las competencias para el cuidado en el hogar aporta al paciente con enfermedad crónica y al profesional de enfermería la capacidad que ellos pueden tener para lograr suplir sus necesidades; por lo tanto, en esta investigación se aplicó el instrumento competencia para el cuidado versión larga para el paciente y cuidador, que está compuesta por las dimensiones unicidad (condiciones personales), instrumental y procedimental, disfrutar (bienestar), anticipación (predicción), relación social e interacción, para tener un perfil de los pacientes y cuidadores del programa de diálisis peritoneal, que ayuden a resolver las inquietudes planteadas.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las competencias del paciente y el cuidador para el cuidado en el hogar en un programa de diálisis peritoneal de Sincelejo?

1.3 Justificación

1.3.1 Significancia social

“La enfermedad renal altera todo el equilibrio de la persona y su medio, sometiéndola a diversos factores estresantes, provocándole diversos grados de dependencia en el ámbito físico, psicológico y social, por tanto, es preciso conocer las necesidades de esta población para dar cobertura a sus requerimientos y favorecer en los equipos de salud tratantes un mejor abordaje, basándose en el enfoque clínico, la persona y su entorno, desde una perspectiva integral” (6).

Teniendo en cuenta lo anterior, el Comité de Enlace de enfermería de la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal (ISPD) emitió directrices y recomendaciones, para la formación de personas en Diálisis Peritoneal, la citada organización contribuye a generar estrategias que beneficien a este tipo de población.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que daña las funciones del riñón, lo que obliga a la persona enferma a buscar la forma de sustituir estas funciones mediante la terapia de reemplazo renal (TRR), lo que ocasiona un gran impacto en la forma de vida, afectando sus relaciones familiares, laborales, y sociales.

En este escenario el papel de la enfermera es de gran importancia al usar una nueva estrategia para identificar las necesidades de los pacientes con insuficiencia renal en el programa de diálisis peritoneal, el uso del instrumento CUIDAR y la encuesta de caracterización para el paciente-cuidador, permiten obtener información que ayudará a garantizar la atención en forma eficaz y así disminuir una de las principales causas de salida del programa, desventajas para el ingreso al programa, y el deterioro de la calidad de vida del paciente (7).

En el estudio se aplicó el instrumento CUIDAR y la encuesta de caracterización, que fue un gran apoyo porque está validada por expertos en nuestro país, lo cual es muy valioso, se obtiene la identificación de las necesidades de los pacientes con enfermedad renal y sus familias, que están vinculados a un programa de diálisis peritoneal, logrando mejorar

su situación de salud y buscando que estos resultados se puedan replicar en diferentes regiones del país. Desde la experiencia vivida en el trabajo como enfermera en el programa de diálisis peritoneal, surgió la inquietud, al observar que muchos pacientes presentaban procesos infecciosos tales como la peritonitis, a pesar de haber cumplido todo el proceso de selección y entrenamiento donde se enseñan conceptos, materiales, uso de los mismos, higiene, conservación, adecuación del medio ambiente, y la técnica de ejecución de la terapia.

Para identificar las necesidades del paciente y cuidador en un programa de diálisis peritoneal, se analiza el uso del instrumento CUIDAR y la encuesta de caracterización que describe las características e identifica el nivel de competencia para el cuidado en el hogar de la persona con enfermedad renal crónica y su cuidador vinculados al programa de diálisis peritoneal. Esto ayudará a conocer la capacidad, habilidad y preparación del paciente renal crónico o su cuidador para cumplir las actividades de cuidados en su ambiente familiar.

El padecimiento de la enfermedad renal crónica implica la preparación del paciente y su familiar para mantener su estado de salud, siendo de vital importancia identificar las competencias para el cuidado en el hogar porque nos permite identificar las necesidades de educación, seguimiento, acompañamiento, para cuidar de su salud y fortalecer su capacidad de autocuidado. Además, será de gran ayuda para el programa de diálisis peritoneal, porque el hecho de identificar necesidades del paciente y su cuidador, permitirá al profesional de enfermería poder determinar la forma de hacer el entrenamiento.

Datos significativos de uno de los estudios consultados muestran que 64% de los pacientes manifiestan que no podían recordar haber recibido educación sobre cómo manejar su enfermedad renal en la vida diaria (5). El cuidado continuo por parte de las instituciones debe tener en cuenta la diada, receptor cuidador familiar y el talento humano para disminuir la carga e incremento de las enfermedades crónicas (8). Chaparro y colaboradoras (9) hacen la validación de la encuesta de caracterización, instrumento útil en la atención de los pacientes que necesitan nuestro cuidado. En la revisión de varios

artículos estos señalan el hecho de que: “estudiar la competencia para el cuidado es necesario para la promoción de la calidad de vida de los pacientes con ERC en diálisis, teniendo en cuenta los múltiples aspectos para su cuidado, tales como la necesidad de educación, de acompañamiento y seguimiento para poder cuidar mejor su salud y fortalecer su propia capacidad de cuidado” (16).

Se consultan referentes bibliográficos disponibles que documentan este aspecto, la participación de enfermería “en personas con diferentes patologías crónicas da una visión de la importancia que representa esta actividad en los cambios positivos para el control de enfermedades crónicas degenerativas” (10).

1.3.2 Significancia teórica

Las enfermedades crónicas cursan con etiologías múltiples y complejas que en forma gradual pueden ser prevenibles o acentuar su aparición, en general se originan con la triada: edad avanzada, comorbilidad, polimedicación. Cuando aparecen son permanentes, y producen daño orgánico progresivo afectando la funcionalidad, esto hace necesaria la atención médica y cuidado permanente. Si es una enfermedad renal crónica el individuo enfrenta varios dilemas: ¿Qué debo hacer para mejorar mi estado de salud, qué terapia es la mejor para mí, debo cambiar mis hábitos alimenticios y mi estilo de vida? De la misma manera el profesional de enfermería debe estar preparado para ayudar a resolver cada una de estas situaciones y dar la atención indicada que permita la adaptación y calidad de vida, a cada uno de los individuos que necesiten de estos cuidados (4).

El profesional de enfermería debe estar capacitado para la selección de los pacientes y conseguir que permanezcan en el programa con calidad de vida, mediante la educación al paciente en todo lo relacionado con su enfermedad, terapia de reemplazo, haciendo mucho énfasis en conseguir que desarrolle el autocuidado; porque este es de vital importancia para evitar complicaciones y mantener el equilibrio de la salud que le permita ser autosuficiente (4).

Morse y colaboradores (11), definen el cuidado como una característica humana que consiste en entregar la humanidad a otro que se hace más humano a través de este cuidado; es aquello que se espera que debe hacer un cuidador que le permite cualificar su práctica, es una interacción afectiva entre el cuidador y el receptor que origina un vínculo y continúan definiéndolo como una intervención personal en la que se visualiza una persona capaz de intercambiar acciones de cuidados, y definen el autocuidado como acción terapéutica donde al crearse el vínculo se genera un cambio positivo. La limitación y la necesidad de ayuda que origina el vínculo especial entre el paciente y el cuidador (12).

El presente estudio aborda al paciente y a su cuidador, contribuye a promover el autocuidado y las prácticas seguras en el hogar a partir de la identificación de las capacidades de cuidado para manejo de la diálisis peritoneal. En nuestro país, la DPAC (Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua) se convirtió en la forma de terapia de reemplazo renal más utilizada por personas con barreras geográficas y económicas que dificultan su asistencia a los centros de hemodiálisis ubicados en las principales ciudades. La peritonitis relacionada con la (DPAC) es la complicación aguda más común de la DPAC y ha sido la causa principal del fracaso de la técnica a lo largo de los años. Esta situación ha llevado a mejoras técnicas en los sistemas de CAPD y la conectología que han reducido significativamente las tasas de peritonitis (13, 14). Esta situación me lleva a analizar si el cuidado de los pacientes en diálisis peritoneal incide para que se den más episodios de peritonitis.

En el período comprendido entre 2003-2004 se desarrolló un estudio de cuidado de los cuidadores familiares en paciente con enfermedad crónica en Latinoamérica donde se compararon las habilidades para el cuidado, definiéndolo como el potencial que tiene una persona adulta para hacer el papel de cuidador de una persona con enfermedad crónica; se tiene en cuenta el aspecto cognitivo y actitudinal acompañado del valor y la paciencia, usando como instrumento el inventario de calidad de cuidado CIA@ que tiene subescalas como conocimiento, valor y paciencia esto da como resultado deficiencias y falta de

habilidad en el cuidado en los tres países (Argentina, Guatemala y Colombia involucrados en la investigación (15).

En un estudio realizado en 2015, Carrillo G y colaboradoras (16) en la validación del instrumento de competencia del cuidado de un cuidador familiar de una persona con enfermedad crónica, concluyen que es efectivo y confiable para la población colombiana. Otras investigadoras (17), usan la encuesta de caracterización en la población colombiana, ellas comprueban que los items son claros, coherentes, suficientes, relevantes, esenciales y cuenta con las variables necesarias para la caracterización de una persona con enfermedad crónica en Colombia.

En el 2014 Aldana y otras identifican la competencia para el cuidado en el hogar a pacientes con enfermedad crónica de un programa de hemodiálisis donde encuentran niveles desiguales de competencia para el cuidado, que pueden afectar la continuidad y seguridad del mismo y, se hace necesario fortalecer la competencia para poder lograr la promoción y prevención en ese grupo de pacientes (16).

En otro estudio Sánchez y Carrillo determinaron la competencia para el cuidado en el hogar de la diada persona con cáncer en quimioterapia-cuidador familiar, las investigadoras identificaron que la competencia en el hogar es “un fenómeno central a intervenir en el cuidado de enfermería durante la transición hospital-hogar y en la generación de planes de alta que aseguren la continuidad del tratamiento”(18).

Para lograr nuestros propósitos se aplicó el instrumento validado para el contexto colombiano –que permite medir el nivel de competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad renal crónica y sus cuidadores–, esto contribuye a determinar el diagnóstico en un programa de diálisis peritoneal, como indicador de la efectividad de la intervenciones. Al ser usado por los profesionales de enfermería se obtuvieron resultados que generaron cambios positivos de acuerdo con el perfil sociodemográfico y

el nivel de competencias del grupo de pacientes y cuidadores que hicieron parte del estudio.

1.3.3 Significancia disciplinar

Los profesionales de enfermería deben prepararse para brindar atención preventiva a la población que tiene factores de riesgo representados en: consumo de tabaco, alcohol, dietas malsanas, inactividad física y el desconocimiento de las causas de las enfermedades y antecedentes genéticos que predisponen al padecimiento de enfermedades crónicas. El control de factores de riesgo modificables y no modificables favorece al disminuir o atenuar la aparición (11).

El profesional de enfermería especializado en unidades de diálisis puede ayudar al paciente a avanzar hacia la independencia, diagnosticando y ejecutando intervenciones oportunas en la terapia de diálisis.

Valorar las competencias para el cuidado en el hogar, permitirá a los profesionales estimar si los programas de diálisis peritoneal favorecen o aumentan las capacidades o habilidades que tienen los pacientes o los cuidadores, y el papel fundamental que desarrollan las enfermeras en el egreso o transición unidad renal - hogar.

En otros estudios realizados se encontró que es menos probable que ocurra la peritonitis cuando la formación se da en casa (19-20); una explicación para esto podría ser que los formadores al hacer la enseñanza en el hogar del paciente están trabajando en el contexto real de la situación, sin embargo, se necesita más investigación para entender cómo los entornos de aprendizaje afectan a los resultados. Los entrenadores en diálisis peritoneal deben estar dispuestos y capacitados para ofrecer visitas a domicilio, y ser lo suficientemente flexibles como para adaptarse a la formación de la persona en un entorno del hogar individual.

“La competencia de cuidado en el hogar es una estrategia de atención con la que se garantiza el cuidado seguro del paciente, el apoyo al cuidador familiar y la respuesta a parámetros de calidad que evidencien que el cuidado que se brinde sea exitoso dentro y fuera del ámbito hospitalario” (16), que aplica para los programas de diálisis peritoneal generando un valor agregado, que puede ser replicado en diferentes instituciones.

El desarrollo investigativo de enfermería muestra que se están produciendo nuevos conocimientos gracias a la generación e implementación de instrumentos válidos y confiables para el contexto colombiano tales como la encuesta de caracterización para el cuidado de la diada persona con enfermedad crónica-cuidador- familiar, así como el instrumento de Competencia para el cuidado del paciente y cuidador familiar, que se van a utilizar en el presente estudio. Estos cuentan con las pruebas psicométricas necesarias para ser usados en Colombia, incluidas validez aparente, validez de constructo y confiabilidad y la consistencia interna dada por un alfa de Cronbach de 0.96 (16).

El resultado de esta investigación aporta conocimiento en el manejo de pacientes renales, con programas educativos estructurados que vinculen al paciente y su familia. El conocimiento disponible resultado de las investigaciones realizadas ha permitido consolidar la enfermería como una profesión que tiene en sus manos la restitución de la salud mediante un cuidado humanizado, en la relación paciente-enfermera constituida por valores y principios que permiten fortalecer este vínculo logrando ambos objetivos como son aplicación de los conocimientos adquiridos y el restablecimiento del estado de salud del paciente. El aporte del presente estudio al identificar las competencias en pacientes-cuidadores en un programa de diálisis peritoneal, es fundamental para lograr identificar las competencias de cuidado y así abordar a los pacientes con seguridad y confianza que logre disminuir las posibles complicaciones.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Describir las competencias para el cuidado en el hogar del paciente y el cuidador de un programa de diálisis peritoneal de una institución de salud de Sincelejo.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características de los *pacientes* vinculados al programa de diálisis peritoneal en una institución de salud de Sincelejo.
2. Describir las características de los *cuidadores* vinculados al programa de diálisis peritoneal en una institución de salud de Sincelejo.
3. Describir las competencias para el cuidado en el hogar del *paciente* en un programa de diálisis peritoneal en una institución de salud de Sincelejo.
4. Describir las competencias para el cuidado en el hogar del *cuidador* en un programa de diálisis peritoneal en una institución de salud de Sincelejo.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Definición de conceptos

2.1.1 Diálisis peritoneal

Según la American Kidney Fund diálisis peritoneal es la infusión de un líquido a través de un catéter en la cavidad peritoneal conocido como dializado, este absorbe desechos y líquidos de la sangre usando un filtro natural como lo es el peritoneo, se realizan de 3 a 5 cambios al día, con una permanencia de 60 a 240 minutos (5).

2.1.2 Enfermedad renal crónica

Por su carácter epidémico, morbimortalidad, alto costo con una prevalencia del 10%, la enfermedad renal crónica se ha convertido en un problema de salud pública, por ello el paciente renal requiere de la atención en: La creación de los accesos, mantenimiento y mejora de la aptitud, del estado nutricional, recreación como medida de autocuidado, protección y mantenimiento del acceso vascular, la medicación como autocuidado; en el caso del paciente renal en terapia de reemplazo renal diálisis peritoneal requiere de conocimiento para realización de la técnica de diálisis, que encierra muchas medidas de autocuidado (21).

“Alteración orgánica o funcional que obliga a hacer cambios en el estilo de vida del paciente por mucho tiempo, para lograr un equilibrio en el estado de salud. Esta afecta a toda la población en especial a los mayores de edad ocasionando daño funcional, limitación, influyendo en la calidad de vida de estas personas” (22).

2.1.3 Competencia para cuidado en hogar

Es la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona enferma y/o el cuidador familiar para ejercer la función de cuidar en el hogar. Se medirá a través del Instrumento —Competencia de cuidado en el hogar del cuidador familiar de una persona con enfermedad crónica, que consta de 60 ítems que indagan acerca de seis categorías organizadas bajo el acróstico CUIDAR (18).

2.1.4 Cuidado en el hogar

En la ciudad de Sincelejo, el cuidado en el hogar de los pacientes que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal, comienza con atención del nefrólogo quien hace la valoración y prescribe la terapia más apropiada para él, y luego pasa al profesional de enfermería que se encarga de hacer la inducción al programa; al ingresar a la terapia de diálisis peritoneal se hace un entrenamiento de 12 días para enseñar los cuidados que debe cumplir en su hogar, es así como el paciente aprende el autocuidado para aplicar en casa. Teniendo en cuenta los componentes de la visión interactiva integrativa tales como el organicismo de simultaneidad, de totalidad, de cambio, persistencia e interacción que percibe al ser humano de forma holística, interactuante, integrado organizado y no reducible en partes; permite dar un cuidado de enfermería en forma integral conociendo en el paciente sus actitudes, aptitudes y motivaciones para lograr que el paciente a través de sus conocimientos y su ser único, auténtico; desarrolle confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. De esta relación se logra la recuperación de un ser humano, capacidad de autocuidado y la aplicación de conocimientos en la práctica, demostrando que el cuidado es la esencia de enfermería, abordado desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo para fundamentar el cuidado (23).

2.1.5 Cuidados en pacientes de diálisis peritoneal

Este paciente se caracteriza por presentar daño de las funciones del riñón manifestada con edema generalizado, dificultad respiratoria, palidez, anemia, uremia, donde se logra sustituir las funciones del riñón con la terapia de remplazo renal diálisis peritoneal en que el paciente requiere de los cuidados de enfermería: determinar la necesidad de enseñanza del paciente, valorar el nivel actual de conocimiento y contenidos del paciente, determinar la motivación del paciente para asimilar la información específica, seleccionar los métodos, estrategias adecuadas para la enseñanza al paciente, cuidador y crear nuevos métodos si los usados son ineficaces (24).

2.1.6 Cuidado en el hogar del cuidador en un programa de diálisis

Son los cuidados brindados por una persona, con el entrenamiento previo realizado por un profesional de enfermería, teniendo presente las diferencias del ser humano, sus

cualidades, su forma de actuar, expresándolo al interactuar con los que hacen parte de su entorno, para lograr que este cuidado sea benéfico para el paciente y para su cuidador mediante el desarrollo de habilidades para cuidar (25).

3. MARCO TEÓRICO

En Colombia 73% son HTA, 7% diabéticos y 19% HTA más diabetes llevando a padecer enfermedad renal crónica a 1'312.180 personas (1), convirtiéndose en una necesidad vital que el equipo de salud debe planificar, innovar estrategias para dar a los pacientes seguridad en el manejo de su enfermedad en el hogar, identificar la necesidad de educación, seguimiento y fortalecimiento de su capacidad de autocuidado.

El aprendizaje es un proceso que se construye en función de las experiencias personales, y cuando es significativo produce un cambio duradero en la forma de actuar, pensar y sentir de las personas, motivo por el cual como profesionales de enfermería debemos producir actividades de: promoción, prevención, recuperación., y rehabilitación. Según el estudio de Samaniego (25), hay que replantear las estrategias de atención del paciente crónico de la siguiente manera: atención individualizada de nivel de complejidad y riesgo, con un diagnóstico integral con descripción de los procesos clínicos que incluyan situación social y psicoafectiva, entorno familiar, resaltando la función del cuidador, situación nutricional y grado funcional.

El incremento de las intervenciones preventivas y rehabilitadoras consigue disminuir el progreso de las enfermedades crónicas, incentiva la participación del paciente y su entorno en la adherencia al tratamiento, el autocuidado, a través de programas educativos; e integración de los cuidados, trabajo en equipo entre los niveles asistenciales, las redes sociales y sanitarias. Esto se debe hacer organizando el cuidado de forma puntual y con un modelo de atención que contemple la continuidad asistencial, potenciando el cuidado a los enfermos crónicos y brindándolo de forma integral.

Emplear instrumentos de competencias como CUIDAR que consta de 60 Ítems compuestos por 6 dimensiones bajo el acróstico CUIDAR que son: Conocimiento, Unicidad, Instrumental, Disfrute, Anticipación y Relación social e interacción que permite

conocer las competencias que posee e identificar cuáles necesitan desarrollar el paciente y el cuidador. Tiene una gran importancia este instrumento para valorar a los pacientes que padecen enfermedades crónicas, porque permite identificar la capacidad de autocuidado y el profesional puede conocer la forma de abordar los aspectos que requieren educación y seguimiento.

El resultado contribuirá en la promoción de la calidad de vida de los pacientes, una estrategia de intervención, una herramienta segura para la atención exitosa, porque permite identificar las competencias del paciente o cuidador. La validación del instrumento comenzó en el año 2012 y siguió hasta el 2014 con el aval del comité de ética y la norma 8430 de 1993. Este proceso comprendió cinco fases: revisión de la literatura, análisis de resultados de programas para asistir a los cuidadores en América Latina, exploración y síntesis de la clasificación de los resultados de enfermería (NOC) relacionados con el cuidador familiar, propuesta de instrumento de competencias de cuidado y la evaluación psicométrica del instrumento.

La versión original de la encuesta de caracterización para el cuidado “de una persona con enfermedad crónica” consta de 15 ítems que escudriñan la parte sociodemográfica del paciente, aspectos relacionados con el tiempo de la enfermedad crónica, el número de horas que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida y perfil PULSES del paciente que mide el nivel de funcionalidad. En el 2012 después de una revisión se llega a 18 ítems, se agregan: aspecto espiritual, soporte social con el uso de TICS, estado mental del paciente con (Prueba Test SPMSQS) y nivel de percepción de carga. En 2013 queda con 20 ítems y el 6 marzo del 2014 señala que es una ficha de caracterización con tres dimensiones: 1. Identificación de condiciones del paciente y perfil sociodemográfico. 2. Percepción de carga y apoyo 3. Medios de información y comunicación. Tiene un total de 22 ítems (16).

3.1 Teoría de enfermería de déficit de autocuidado

Según Dorothea Orem la teoría de enfermería es un conjunto de conceptos interrelacionados que intenta describir o explicar el fenómeno de enfermería. Describe la relación que existe entre los conceptos persona, entorno, salud, enfermedad y enfermería. La teoría de enfermería sirve como guía para el mejoramiento de la profesión, y como base de la investigación participando con un objetivo determinado y de manera más eficaz en la atención de enfermería.

“El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción” (23).

Orem (23), declara que las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo. en el caso de los pacientes con enfermedades renales que cursan con la misma sintomatología y muchos casos las mismas necesidades económicas, emocionales y educativas.

En la mayoría de los pacientes renales crónicos, las conductas de autocuidado en etapas iniciales se ven limitadas a causa de su desequilibrio metabólico, comorbilidades y desconocimiento, lo que no les permite asumir su autocuidado requiriendo el soporte por parte de su familia. La adaptación del paciente y familia a su nuevo estilo de vida es facilitada en gran medida por el personal de enfermería, el cual se basa en las diferentes teorías y modelos conceptuales buscando brindar una atención de calidad en cualquier situación relacionada con el binomio salud enfermedad.

“La teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse

en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación”(23).

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico.

En el proceso educativo, la enfermera y el paciente son actores principales y está condicionado por la diversidad y relatividad del aprendizaje. Hay sujetos que organizan sus pensamientos de forma lineal, secuencial mientras que otros lo hacen de forma holística, lo que constituye un aspecto importante a considerar en el momento de planear la educación, el tiempo, ambiente, visión del cambio y perspectivas futuras. Hay investigaciones cognitivas que afirman que las personas piensan de manera distinta y captan la información, la procesan, la almacenan y la recuperan de manera diferente (27).

Cabe resaltar conceptos en la teoría de Orem que han sido importantes en las investigaciones de enfermería.

- A. Identificar los factores, los problemas, de salud y el déficit de autocuidado
- B. Recolección de datos relacionados con el problema y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del paciente.
- C. Análisis de datos para identificar las fallas en el autocuidado e impartir educación el profesional de enfermería.
- D. Organizar, planificar para capacitar y motivar al paciente que participe de su autocuidado.
- E. Los profesionales de enfermería actúan dando orientación y cuidado al paciente contando con su participación.

Los citados conceptos serán de mucho beneficio para el desarrollo de la investigación de competencias “Cuidar”.

En Colombia hay varios modelos teóricos, conceptuales para manejar la enfermedad crónica entre ellos:

1- Enfermedad discapacitante como la artritis reumatoidea, los que definen la atención de la conducta de los fumadores tengan o no una enfermedad crónica, los que explican las vivencias de la enfermedad terminal en diferentes aspectos; el de la autorregulación del dolor crónico. El manejo de la diabetes por vía telefónica y el cuidado paliativo para la enfermedad de Parkinson, el manejo de la dependencia a la independencia padeciendo enfermedad crónica.

2- Los modelos de trabajos con cuidadores familiares con enfermedad crónica, teniendo presente los que tienen necesidad de información, soporte, y el efecto de estos cuidadores en la salud.

3- Los modelos de cuidados relacionados con la toma de decisiones, y seguimiento telefónico, el entendimiento de la transición en la enfermedad crónica, la evaluación de cuidado para mejorar en enfermedad crónica, abordaje por tareas y comprensión de la enfermedad (28).

3.2 Enfermedad renal crónica

La “enfermedad renal crónica es progresiva, no trasmisible y se ve influenciada por las enfermedades cardiovasculares, y la diabetes” (29). A pesar de ser una enfermedad prevenible, continúa aumentando en todo el mundo. Por ser una enfermedad de manejo muy complejo debido a que tiene muchos factores interrelacionados como: su sintomatología clínica y psicológica requiere de tratamientos largos y costosos que la convierten en una enfermedad de alto costo En Colombia se ha manejado en forma individual y biomédica, dejando de lado la promoción y prevención. De igual forma hay fallas para lograr un diagnóstico y atención oportuna, lo que hace más catastrófica la calidad de vida de aquellos que la padecen (3, 29).

El abordaje de la enfermedad renal crónica de acuerdo con la SGSSS ha sido a través de guías de manejo basadas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

actividades de detección temprana y atención de enfermedades como hipertensión y la diabetes. La aplicación de estas guías requiere involucrar el diagnóstico oportuno de la enfermedad, manejo integral de su estado patológico y factores de riesgos, así como también monitoreo de la severidad y la progresión en el tiempo (29).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) dice que la enfermedad crónica no trasmisible es una de las primeras causas de muerte en Latinoamérica y el Caribe donde dos de cada tres defunciones son causadas por esta; teniendo presente que a medida que aumenta la edad crece el riesgo de padecerla, causando esto disminución de la productividad laboral y déficit económico en los países, con agravantes importantes como son las discapacidades, trastornos emocionales, orgánicos, que ocasionan cambios en los estilos de vida de los pacientes y sus familiares, y muchas veces esta enfermedad crónica se manifiesta a muy temprana edad originando una carga emocional para el familiar y costo para la economía de los países. Iniciando con un choque o sorpresa, la incredulidad y muchas veces la negación, después de esta etapa se presentará una serie reacciones que influirán en la respuesta final del problema.

El padecimiento de la enfermedad causa en el individuo frustración e incertidumbre porque se ve sometido a un cambio de sus costumbres y prácticas habituales, por actividades en los centros de atención de salud donde le realizan exámenes, intervenciones, medicaciones, procedimientos que ocasionan ansiedad y sufrimiento.

Cabe anotar que estos eventos de fracaso de los tratamientos, cambios físicos, culturales, económicos originan una enorme carga emocional en los pacientes con enfermedades crónicas (30).

La OMS define la carga de enfermedad crónica cómo: Todos los efectos adversos en la calidad de vida de cada uno de los individuos afectados, causante de muertes prematuras, efectos económicos importantes, subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general (25).

Los profesionales de enfermería deben estar preparados para apoyar en estos momentos a esas personas, que están en sus manos dando un cuidado integral mediante el uso de herramientas, que permitan identificar las formas de abordar de forma correcta y que garanticen la adaptación del individuo a su nuevo estilo de vida.

3.3 Persona con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

Las enfermedades crónicas no transmisibles están constituidas por el cáncer, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diabetes y enfermedad renal, a medida que transcurre el tiempo ellas ocasionan deterioro y cambios en la vida social, económica, física y psicológica familiar que termina afectando al cuidador en cada uno de estos aspectos. Es así como a escala nacional e internacional se ha incrementado el número de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, impactando la economía y creando la necesidad de establecer estrategias que disminuyan esta condición (18).

La enfermedad renal crónica por su carácter epidémico, morbimortalidad, alto costo con una prevalencia del 10%, se ha convertido en un problema de salud pública, estos pacientes renales requieren de la atención en la creación de los accesos, mantenimiento y mejora de la aptitud, mantenimiento y mejorar el estado nutricional, recreación como medida de autocuidado, protección y mantenimiento del acceso vascular, la medicación como autocuidado, en el caso de paciente renal en terapia de remplazo renal diálisis peritoneal; requiere de conocimiento para realización de la técnica de diálisis, que comprende muchas medidas de autocuidado (21).

Las principales causas que lleva a padecer este daño renal en esta población son la hipertensión y la diabetes, enfermedad crónica que se caracteriza por hiperglicemia que además del daño renal afecta otros órganos como corazón, hígado, sistema vascular que por lo general terminan en amputación, daño visual, que hacen al paciente dependiente de su familiar o cuidador. Las alteraciones renales se manifiestan con aumento de los

azoados, anemia, alteraciones respiratorias, y la mayoría de los pacientes cursa con síndrome urémico, lo que les ocasiona desorientación, agresividad, somnolencia, y en algunos casos están inconscientes. En estas circunstancias el paciente necesita de una terapia de reemplazo renal hemodiálisis o diálisis peritoneal, al elegir la diálisis peritoneal deberá contar con apoyo de sus familiares, recibir la capacitación para aprender la técnica que permita realizar el tratamiento y hacer cambios en su estilo de vida (29).

En el proceso de ingreso a la diálisis peritoneal el profesional de enfermería se enfrenta a muchos factores que limitan la efectividad de la terapia tales como: la falta de tiempo para hacer un entrenamiento, una paciente llena de expectativa y temor a lo desconocido, falta de conciencia y aceptación de la enfermedad. A medida que transcurre el tiempo aumenta la calidad de la educación y el paciente asume la terapia como la única posibilidad de vida; es muy importante la claridad y confianza demostrada por el profesional de enfermería para lograr la efectividad de la terapia (19).

Hay 13 dominios importantes en el paciente en un programa de diálisis peritoneal: “1. Promoción y prevención; 2. Nutrición; 3. Eliminación e intercambio; 4. Actividad/reposo; 5. Percepción/cognición; 6. Autopercepción; 7. Rol relaciones; 8. Sexualidad; 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés; 10. Principios vitales; 11. Seguridad protección; y 12. Confort; 13. Crecimiento y desarrollo” (19).

En la valoración de cada uno de estos dominios enfermería cumple un rol fundamental diagnosticando e interviniendo; entre los dominios más trabajados tenemos el de prevención y promoción. En este el diagnóstico de enfermería “se basa en la disposición para manejar el régimen terapéutico con intervenciones de educación en salud, procedimiento, tratamiento y apoyo constante al paciente y familia. En el dominio de nutrición el diagnóstico de enfermería se orienta a la disposición para manejar el equilibrio de volumen de líquidos, la intervención de enfermería educación en control y manejo de líquidos. En cuanto al dominio de eliminación e intercambio el diagnóstico de enfermería a trabajar es el deterioro de la eliminación urinaria y la intervención de enfermería en la “educación sobre signos de alarma y atención oportuna, mientras que en el dominio de actividad y reposo, es evidente el deterioro del patrón del sueño, las intervenciones deben

estar centradas en la reeducación sobre manejo de energía, aumento del afrontamiento, y la higiene del sueño” (19).

Por otra parte, en cuanto al dominio Percepción cognición el diagnóstico de enfermería está relacionado con la alteración de la percepción sensorial; la intervención de enfermería busca la potenciación de la imagen corporal; en el dominio de autopercepción cuyo diagnóstico es trastorno de la imagen la intervención potencia la autoestima, el autoconcepto, la imagen corporal, que se refleja en el aumento del afrontamiento; el dominio rol relaciones el diagnóstico de enfermería es deterioro de la interacción social, y la intervención de enfermería es la integración familiar y social, aumento del afrontamiento y educación sanitaria”. Y también, en cuanto al dominio de la sexualidad el diagnóstico de enfermería patrón sexual inefectivo, la intervención de enfermería educación en salud, aumento de la autoestima, la imagen corporal y el afrontamiento. El dominio de afrontamiento y tolerancia al estrés es complementario a los dominios de percepción cognición, autopercepción y sexualidad en cuanto a las intervenciones, por tanto el diagnóstico es disposición para mejorar el afrontamiento individual, intervención de enfermería aumento del afrontamiento y el fortalecimiento de los roles familiares y sociales (19).

Además, en lo atinente al dominio de principios vitales el diagnóstico es disposición para mejorar el bienestar espiritual, la intervención de enfermería establece apoyo espiritual, facilitar el crecimiento espiritual dependiendo de la necesidad de cada individuo. En cuanto al dominio seguridad y protección el diagnóstico de enfermería es riesgo de infección, intervención de enfermería educación sobre asepsia y antisepsia, cuidados con el catéter y condiciones higiénicas para la diálisis peritoneal. Para finalizar tenemos el dominio confort donde el diagnóstico disposición corresponde a mejorar el confort siendo la intervención de enfermería manejo del entorno del autocuidado, brindar apoyo emocional, educación en salud, aumentar el afrontamiento. El dominio de crecimiento y desarrollo teniendo como diagnóstico incapacidad del adulto para mantener su desarrollo y la intervención de enfermería busca dar educación sanitaria, aumentar el afrontamiento, fomentar la vinculación en las actividades de la vida cotidiana” (19).

En el paciente con enfermedad crónica tiene que ser abordado por los profesionales de enfermería teniendo presente los diagnósticos que le permitan el manejo de las necesidades para que cada individuo pueda lograr el paso de la condición de dependencia a la independencia, que le originan los síntomas de la enfermedad incluyendo a sus cuidadores desde el conocimiento que requieren, dando el soporte necesario que permita tomar las decisiones en el momento indicado (28).

3.4 Competencia para el cuidado en el hogar del paciente y cuidador

Se describe como la capacidad o habilidad y preparación que tienen el paciente o cuidador para ejercer la función de cuidador, convirtiéndose en características fundamentales para atención de personas con enfermedad crónica (16). Se tienen presentes cuatro aspectos:

1-Es importante el desarrollo de planes con elementos fundamentales para el cuidado y orientación a su cuidador o familiar.

2-Se han desarrollado instrumentos para la valoración a transición, pero no han sido validados.

3-Se reconoce las características básicas que debe tener un plan de transición por el riesgo que este presenta y hacer énfasis en el autocuidado.

4-Se identifica como un beneficio el plan de egreso para el paciente y familiar porque favorece la calidad de vida.

“Se ha documentado que en América Latina las personas con enfermedad crónica son atendidas especialmente por integrantes de la familia, quienes en muchos casos no tienen la habilidad ni los soportes requeridos para asumir estas responsabilidades de cuidado”.

El estudio realizado por Carrillo muestra que los pacientes y cuidadores tienen niveles de competencia heterogéneos según las regiones del país, sin que esta competencia sea adecuada para asumir el rol de cuidado de tal forma que garantice la calidad y seguridad del cuidado (8).

El hecho de identificar el nivel de competencias para CUIDAR por parte del profesional, le permite conocer las habilidades que tiene el paciente con enfermedad crónica y su

cuidador, resultados que son importantes para apoyar o brindar atención al paciente, reforzar la educación en los aspectos identificados en que haya deficiencia de conocimiento, preparando al paciente para que pueda ir a su hogar con la tranquilidad de continuar con los cuidados necesarios para mantener su estado de salud; así como para hacer el seguimiento y evaluación del programa de diálisis y el aporte que hacen los profesionales de enfermería.

El estudio del nivel de competencias se convierte en un mecanismo que permite evaluar si las intervenciones dan respuesta a las necesidades del paciente y el cuidador al iniciar el manejo de la enfermedad y permite continuar con la educación para mantener la adherencia a los cuidados necesarios en su nuevo estilo de vida (18).

Cada profesional de salud que brinda cuidados a pacientes que sufren alguna enfermedad crónica debe tener presente la aplicación de las competencias, al paciente y su cuidador, evidenciar el área geográfica, los factores sociodemográficos que lo lleven a realizar una atención segura dando como resultado el equilibrio de la salud en ellos. Es muy importante que las instituciones de salud prestadoras de servicios evalúen las competencias en los profesionales de salud, siendo esto un pilar fundamental para crear un adecuado vínculo de enseñanza (8).

Las competencias que adquieren los pacientes para el cuidado en el hogar cuando ingresan a un programa de diálisis peritoneal son fundamentales para dar continuidad al tratamiento, y prevenir complicaciones como las infecciones. Entonces es importante contar con un diagnóstico de las habilidades y conocimiento del paciente y el cuidador para consolidar el nivel de intervención en un programa de diálisis peritoneal.

“La percepción de carga y apoyo se compone del número de horas de ayuda que requiere para el cuidado, tiempo como cuidador, número de horas de dedicación al cuidado, percepción de carga del paciente y el cuidador, nivel de bienestar percibido, apoyo y satisfacción respecto a estos” (8); son de gran importancia tanto para el paciente como para su cuidador puesto que aprenden y ejecutan las actividades con la energía,

dinamismo y estado emocional requerido, para que ejecuten sus habilidades en su máxima expresión.

A partir del año 2011 se estableció en Colombia un modelo de abordaje de las enfermedades crónicas que se resumen en las siguientes características:

1. Facilitar el camino al cuidado: brindado cuidado humanizado acorde a la cultura que presente cada individuo que lo amerite.
2. Certificar un cuidado seguro: proporcionar un cuidado seguro desde la parte técnica, que sea percibido con confianza por parte del usuario.
3. Ayudar al cuidado incesante: brindar el cuidado acorde a las fases y circunstancias en las que se desarrolle la enfermedad crónica.
4. Optimizar la habilidad de cuidado: suscitar el autocuidado y promover elementos cognitivos y actitudinales que logren la adherencia de los cuidadores familiares.
5. Proveer soporte social para el cuidado con el uso TIC: utilizar los medios de comunicación e información, para que la vivencia de la enfermedad sea aceptada de tal manera que disminuya la carga y mejore la calidad de vida de los participantes de esta situación.

Sánchez B y col., subrayan que las naciones que tienen bajos y medios recursos, fortalecen el sistema de salud a través de los siguientes componentes: financiación, gobernabilidad, potencia de trabajo, comunicación en salud, servicios médicos, insumos médicos, tecnología, provisión de servicios de salud, y la atención adecuada de las enfermedades crónicas (31).

En Colombia se han efectuado estudios para definir el modelo de abordaje de la carga de cuidado, teniendo presente conceptos tales como: el cuidado, la experiencia de la enfermedad crónica, la carga, la calidad de vida, la habilidad del cuidado, el apoyo social, las tecnologías de información y comunicación (28). Estos conceptos se presentan a continuación:

El cuidado: es la relación que hay entre individuos en un entorno con el propósito de obtener el crecimiento como persona e incrementar su capacidad como cuidador. En la enfermedad renal se afronta: la necesidad de modificar el estilo de vida para mejorar el pronóstico, manejo del dolor, limitación y la mutilación, afrontamiento de las alteraciones de la capacidad de socializarse, el afrontamiento con la muerte o una gran pérdida (28).

La experiencia de la enfermedad crónica: las personas que padecen esta experiencia deben tener la capacidad de aceptar la enfermedad, con cada una de sus consecuencias y adaptarse a cada uno de los cuidados que este requiera, esto constituye también una gran responsabilidad para su cuidador, quien además de llevar a cabo sus actividades cotidianas, se ve enfrentado a nuevas tareas que requieren cambio en su estilo de vida para cumplirlas.

La carga: son todos los esfuerzos, trabajos, energía necesaria para algo que debe ejercer el sujeto afectado, su cuidador y el profesional para poder satisfacer la necesidad de cuidado.

La calidad de vida: son aquellas condiciones objetivas o subjetivas que hacen parte de las vivencias de una persona, que pueden ser negativas o positivas, que de acuerdo con el nivel de bienestar son: dimensión física que abarca la fisiología la funcionalidad y la sintomatología que manifiesta el individuo. La dimensión de psicología que son los sentimientos, impresión de control, de temor felicidad. La social que incluye todo el interactuar social, familiar, expresión de sexualidad y los recursos con que cuenta. La dimensión espiritual abarca el sentido de la vida y su propósito, manifestando esperanza y trascendencia.

Habilidad de cuidado: es el potencial de pericia que posee el sujeto que se encuentra con una enfermedad crónica, su familiar o profesional a cargo del cuidado. Está constituida por la parte cognoscitiva y actitudinal, que puede evidenciar a través del conocimiento, manejo de los temas, las interrelaciones, apoyo, adquisición de decisiones, entereza o importancia que se le dé al entorno.

Soporte social: es todo el capital externo que se tiene para cubrir los requerimientos de atención. Contribuyendo en la disminución del estrés mediante la adaptación a esta nueva experiencia. En este soporte se visualizan los siguientes componentes: red social, interacción social, soporte social percibido, y soporte instrumental.

Tecnología de la información y la comunicación TICs: es todo tipo de comunicación que realiza mediante elementos tales como herramientas y tecnologías, constituye esto un medio de gran utilidad para impartir información, conocimiento de salud (28).

En el abordaje del paciente con enfermedad crónica, es relevante el cuidado tanto por parte del individuo afectado como por su cuidador, ambos están experimentando un cambio en su estilo de vida, adquiriendo responsabilidades, conocimientos que modifican su estado físico, psicológico, social ocasionando un alto nivel de carga que repercute en su calidad vida, siendo trascendental la intervención de los profesionales en salud (32).

3.5 El cuidado de enfermería de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha denominado la enfermedad crónica como un problema de salud pública a nivel mundial (33). Es así como en Colombia las enfermedades crónicas que ocupan los primeros lugares de mortalidad son Las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, y la diabetes mellitus (1).

Las enfermedades crónicas son inalterables, definitivas, permanentes, cíclicas, degenerativas, presentando periodos de hospitalización por recaídas, originan cambios sociales, familiares en el estilo de vida, especialmente en la persona sobre la cual recae la responsabilidad del cuidado, que con el tiempo se convierte una carga por el alto nivel de estrés que experimenta por estos cambios. Se han hecho estudios para determinar el grado de carga en los cuidadores, y se ha determinado que es mayor el grado de insatisfacción, que el de satisfacción por parte del cuidador (31).

Para las instituciones de salud, es importante la continuidad del tratamiento en los pacientes con enfermedad crónica en el hogar, convirtiéndose la competencia en un instrumento valioso para asegurar el aprendizaje necesario de los cuidados al paciente, por parte de su cuidador y verificar que los efectúen adecuadamente en el hogar (16).

La situación del país relacionada con la enfermedad renal crónica es cada día mayor, el número de personas que ingresan a una terapia de reemplazo renal, ocasionados por falta de conocimientos de las causas que supone el hecho de padecerla, en los estados uno y dos, siendo una de las principales causas la hipertensión arterial, seguida de diabetes mellitus, enfrentándose estos individuos a procedimientos invasivos que generan complicaciones, sufrimiento, ansiedad, cambio de estilo de vida (16).

Un paciente con enfermedad renal crónica sometido a una terapia de reemplazo renal como es la diálisis peritoneal debe ser sometido a un procedimiento invasivo, que lo expone a cuidados especiales y manejo de una técnica en que se hace necesario poner en práctica las habilidades para aprenderla, someterse a la distribución del tiempo de tal forma que le permita equilibrar su vida familiar, laboral, social. Un paciente así, crea entonces nuevas expectativas de conocimientos para poder mantener su salud y permanecer en constante mejora en la ejecución de su tratamiento para evitar complicaciones, entonces el apoyo familiar y de los profesionales de salud es de vital importancia (35).

En los pacientes de diálisis peritoneal es muy importante el acompañamiento del profesional de enfermería y su cuidador familiar para enfrentarse a cada uno de los procedimientos invasivos y procesos que hacen parte de la nueva vida que debe llevar; es por eso que en el apoyo educativo el profesional de enfermería debe estar preparado para la enseñanza de la técnica, el manejo de sus medicamentos, control del consumo de líquidos, alimentación adecuada, el manejo del catéter, para que el paciente esté seguro al poner en práctica su autocuidado (35).

La ERC requiere para su abordaje integral un ambiente humanístico para su cuidado, basado en un diálogo y trabajo colaborativo entre los profesionales que brindan sus cuidados al individuo con la enfermedad y su familia. De tal forma, que es primordial reconocer los diferentes roles que puede desempeñar enfermería al liderar el cuidado:

El aporte del profesional de enfermería al desarrollo investigativo a través de la creación de instrumentos válidos y confiables que pueden identificar las competencias en personas con diálisis peritoneal como diagnóstico para establecer la efectividad del manejo establecido.

El profesional de enfermería en terapias de reemplazo renal en diálisis peritoneal maneja otros roles (23), como el rol educativo, donde considera que la tarea de enfermería es lograr la prevención de infecciones y la adherencia a la terapia adaptándose a su nuevo estilo de vida mediante la enseñanza del control de peso, presión arterial, lavado de manos, identificación de las infecciones.

Un rol asistencial que se basa en la prevención de infecciones: que cada paciente cumpla adecuadamente con las técnicas aprendidas: cuidados con el orificio, con el catéter, con el medio ambiente, donde se incluye lavado de manos con jabón antiséptico, aplicación de antibiótico, curación del orificio de salida.

Es primordial la preservación de la función renal residual a través de actividades de cuidado que perseveran la función renal y retrasen la evolución de la enfermedad renal teniendo la precaución en la administración de diurético, control de líquidos, el manejo de ultrafiltración y la revisión e interpretación de los laboratorios.

El manejo de persona es individualizado, es importante conocer las debilidades y fortalezas para el aprendizaje. Esto permitirá hacer un análisis adecuado y así intervenir de manera acertada cada individuo, para lograr el objetivo en la educación de los pacientes en el programa de diálisis peritoneal.

4. MARCO DE DISEÑO

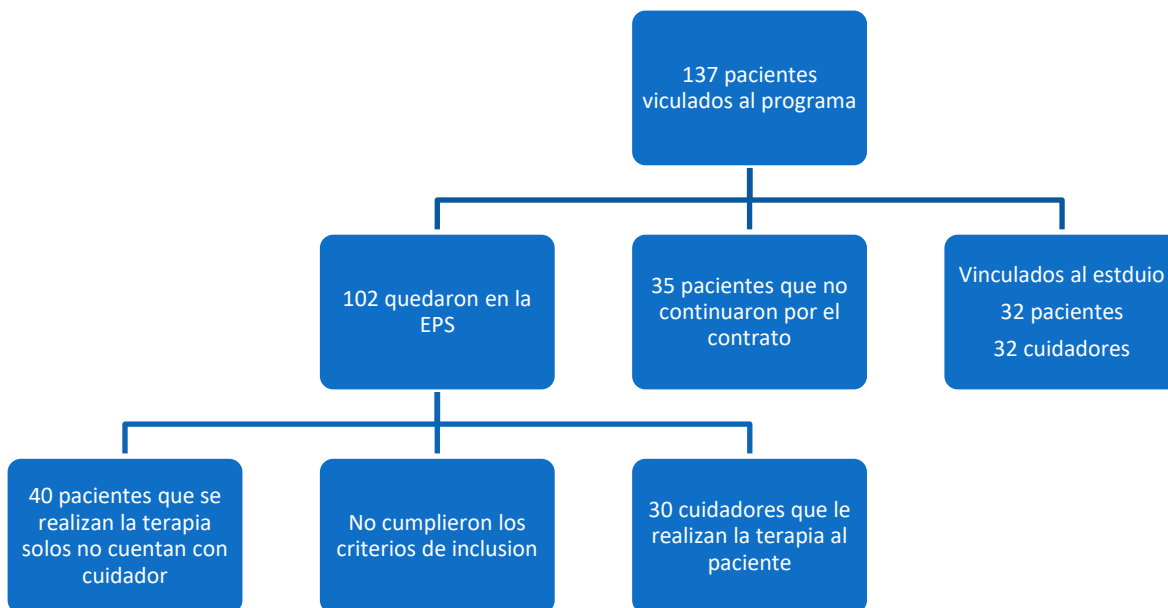
4.1 Tipo de estudio

Estudio de abordaje cuantitativo descriptivo de corte transversal con el objetivo de describir la competencia para el cuidado en el hogar del paciente y cuidador con enfermedad renal perteneciente a un programa de diálisis peritoneal.

4.1.1 Población

Está constituida por 102 pacientes y cuidadores vinculados al programa de Diálisis peritoneal de una institución especializada en manejo de paciente con enfermedad renal crónica que reciben terapia dialítica en la institución Fresenius Medical Care de la ciudad de Sincelejo, ubicada en el departamento de Sucre.

4.1.2 Muestra: cálculo de muestra, selección de la muestra



Fuente: construcción propia

Muestreo no probabilístico por conveniencia, donde fueron seleccionados pacientes y cuidadores vinculados al programa de diálisis peritoneal que aceptaron ser parte del estudio, basándonos en los criterios de inclusión y exclusión, fundamentado en accesibilidad y proximidad para la realización de la investigación, con la respectiva autorización de la institución, que permitió el acceso a la base de datos.

Teniendo como referencia la base de datos de los pacientes, que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal del centro de diálisis de Fresenius Sincelejo. Se hace la selección de los sujetos de investigación, teniendo presente los criterios de inclusión establecidos, dando como resultado una muestra de 32 pacientes y 32 cuidadores, que tenían más de tres meses en el programa, con un cuidador, hombres o mujeres mayor de 18 años con voluntad de participar en el estudio y pertenecientes al programa de diálisis peritoneal.

4.1.3 Criterios de inclusión

Para el paciente vinculado al programa de diálisis peritoneal

- Paciente en el programa de diálisis peritoneal con una permanencia mínima de 3 meses.
- Tener un cuidador que lo acompañe en la diálisis peritoneal en el domicilio.
- Tener voluntad de participar en el estudio y pertenecer al programa de diálisis peritoneal
- Ser hombre o mujer mayor de 18 años y pertenecer al programa de diálisis peritoneal o ser cuidador de un paciente del programa de diálisis peritoneal.

4.1.4 Criterios de exclusión

- Estar vinculado al programa de manera temporal
- No tener un familiar o persona a cargo.
- Pacientes con discapacidad cognitiva o problemas mentales.

4.1.5 Fases

4.1.5.1 Fase 1 contacto inicial:

Se solicitó el listado y números telefónicos de pacientes en diálisis peritoneal a la Unidad Renal Fresenius de Sincelejo, fueron contactados telefónicamente estos pacientes, y se les explicó que en su próximo control nos permitan unos 20 minutos de su tiempo, para presentar el objetivo de la investigación y obtener su consentimiento informado. Se dialogó con la institución, para realizar en los días de sus controles una reunión grupal, y esto hizo más provechoso el tiempo, se firmaron los consentimientos y se explicó que la información será usada para llevar a cabo un proyecto, donde se garantizará la protección de la privacidad y confidencialidad de la información, y con respecto a los resultados obtenidos en el estudio que es de uso exclusivo para investigación, y para la institución donde efectúan su terapia; serán usados para su beneficio porque esto permitirá conocer sus competencias. Se verificaron los criterios de inclusión.

En esta investigación los participantes no corrieron ningún riesgo porque fue una actividad que se realizó en su domicilio, y en el centro de diálisis, se llevó a cabo a través de unas preguntas que el interlocutor respondió, primero se aplicó la encuesta de caracterización, después que el paciente era atendido por el equipo de salud se hizo la aplicación del instrumento CUIDAR, igual método se empleó con los cuidadores, que participaron para evitar el cansancio, y el aburrimiento en los participantes, y no obtener respuestas erróneas.

4.1.5.2 Fase 2

En esta etapa se empleó la encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-P6, para identificar las características sociodemográficas del paciente y su cuidador; el instrumento de competencia para el cuidado en el hogar versión larga, la aplicación de estos instrumentos fue ejecutada por un grupo de enfermeras y auxiliares entrenados previamente, en una sesión donde se explica y se hacen preguntas para despejar dudas; en esta sesión se efectúa una aplicación de los instrumentos, con dos pacientes para verificar la aplicación por el grupo de personas encuestadoras, se lleva a cabo la encuesta de caracterización haciendo las preguntas una a una, posterior a esta,

la aplicación del instrumento CUIDAR, explicándole cada una de las preguntas y respuesta, se obtiene un puntaje. Se asignaron los pacientes a los encuestadores para que verificaran los datos previamente, se citaron para el primer encuentro, luego de esto se hizo la identificación de cada participante, con las direcciones para preparar una visita, para la obtención del consentimiento y se aplicó la encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica, y el instrumento competencia para el cuidado- paciente y cuidador.

El tiempo empleado por paciente fue de 40 minutos dividido en dos sesiones de 15 y 25 minutos, la encuesta se produjo desde el 5 de mayo y se termina el 5 de octubre de 2018.

Esta investigación se desarrolló por parte de un grupo de personas con experiencia en el manejo de los pacientes con enfermedad renal, se tuvo presente en la aplicación del instrumento la honestidad, responsabilidad e integridad por parte de los profesionales.

4.1.5.3 Fase 3

Finalizada la aplicación de la encuesta y el instrumento se reúnen los datos: Se organizan las encuestas, y el instrumento de acuerdo con las fechas, y se asigna un código a pacientes P01 al primer paciente entrevistado, hasta tener todas las entrevistas, y al primer cuidador con C01, hasta completar encuesta e instrumento. Se digitan en Excel 2016, variables sociodemográficas y las dimensiones del instrumento. Se cumple la verificación sobre la base de datos digitada y luego es transportada para procesar en SSPS versión 23, se emplea estadística descriptiva reportando la media, asimetría, porcentaje, frecuencia, desviación.

Se hizo el análisis de las características sociodemográficas y el nivel de las competencias en los pacientes y cuidadores.

4.1.6 Variables

Fueron tenidas en cuenta las variables correspondientes al perfil de datos sociodemográficos del paciente y el cuidador: Edad, tiempo que lleva con la enfermedad,

género, escolaridad, estado civil, ocupación, apoyo familiar, percepción de carga en la familia.

La variable central de estudios es la competencia para el cuidado en el hogar. “Definida como la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica para ejercer la tarea de cuidar en el hogar. Incluye 6 dimensiones: conocimiento, unicidad condiciones personales; instrumental, disfrutar, anticipación y relación social e interacción” (16).

4.1.7 Plan de recolección de datos.

Los instrumentos que se utilizaron en el estudio para la descripción de los pacientes y sus cuidadores corresponden a la Encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica-cuidador familiar de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia versión 3.26 de abril de 2014, contiene 42 ítems organizados en tres categorías: 1. Identificación de condiciones del paciente y su perfil sociodemográfico 2. Percepción de carga y de apoyo 3. Medios de información y comunicación con los que la diada cuenta; “esta escala fue desarrollada y validada en el contexto de América Latina” (8).

Para medir la competencia para cuidar en el hogar, se empleó la versión larga del instrumento de la Universidad Nacional de Colombia sus Competencias, para el cuidado del paciente y cuidador familiar. Consta de 60 ítems que se miden con una escala tipo Likert con puntuaciones que van de 1 a 4; 1 es nunca o casi nunca, 2 pocas veces, 3 con frecuencia y 4 casi siempre o siempre. Contiene 6 categorías que se ordenan bajo el acróstico CUIDAR e incluyen: **C**onocimiento, **U**nicidad, **I**nstrumental o procedimental, **D**isfrute de condiciones mínimas, **A**nticipación y **R**elación social e interacción. El instrumento cuenta con las pruebas psicométricas necesarias para ser usado en Colombia, incluidas validez aparente, validez de constructo y confiabilidad. Consistencia interna dada por un alfa de Cronbach de 0.96 (8).

Se solicitó la autorización a los autores para el uso del instrumento competencia para el cuidado- paciente (versión larga), instrumento competencia para cuidado- cuidador

(versión larga), y la encuesta de caracterización de la persona con enfermedad crónica. GCPC-UN.

4.1.8 Procesamiento y análisis de datos

En el cotejo de datos se hace una comparación teórica de las características, observando similitudes y diferencias en las que se crearon análisis, discusiones y conclusiones. Se procesa una base de datos en Excel versión 2016 con la información obtenida de la aplicación de las escalas de competencias de cuidados en el hogar, y características sociodemográficas. Se establecen mecanismos de control de calidad de los registros durante y al finalizar la aplicación.

Los datos fueron procesados en el programa en SSPS versión 23, la encuesta de caracterización del cuidado del cuidador familiar-persona con enfermedad crónica, se tabularon las variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, tiempo con la enfermedad, diagnóstico, condición socioeconómica, religión, percepción de la carga, valoradas en frecuencia y porcentaje.

En la tabulación del instrumento CUIDAR se evaluaron las competencias de: Conocimiento con sus 10 ítems: sé cómo hacer seguimiento de mis condiciones de salud; conozco los medicamentos que me han prescrito; conozco cómo realizar los procedimientos requeridos para cuidarme; conozco los signos de alarma en mi condición de salud; conozco indicaciones particulares sobre la dieta que requiero; tengo conocimientos sobre la(s) enfermedad(es) que me afectan; tengo información sobre las medidas de comodidad y alivio para mejorar mi condición de salud; conozco dónde y cómo obtener el equipo necesario para mi cuidado.

De acuerdo con lo expuesto por Carrillo González y colaboradoras, se fijan los siguientes valores, 0 a 3 a las respuestas donde contestaron casi nunca o nunca un valor de 0, pocas veces 1, con frecuencia 2, y casi siempre o siempre 3; luego se sumaron y cualificaron

para establecer categorías donde se estipularon puntuaciones calificativas (0-9) como: Bajo de 0 a 3, medio de 4 a 6 y alto de 7 a 9. (36).

En las dimensiones de unicidad (condiciones personales) con una puntuación de (0-12) donde 0 a 6 es bajo, 7 a 9 medio y de 10 a 12 es alto, estas reflejan la capacidad para enfrentar la enfermedad y los mecanismos a usar. La competencia instrumental y procedimental, la categorizan (0-9) donde bajo es de 0 a 5, medio de 6 a 7 y alto de 8 a 9; la dimensión de disfrutar (bienestar) fue categorizada de 0 a 12 y evaluaron el grado de bienestar al asumir la responsabilidad de su autocuidado, con los siguientes puntajes: bajo de 0-5, medio 6-8 y alto de 9-12. En cuanto a la anticipación y predicción, características que determinan la habilidad para resolver aquellas eventualidades, relacionadas con la enfermedad se da un puntaje de 0-6 siendo bajo de 0 a 2 medio 3 a-4, y alto 5 a 6; y la dimensión relaciones sociales e interacción, como el apoyo que se tiene para cumplir el trabajo de cuidado, y autocuidado, siendo de beneficio para el paciente, fue categorizado con puntaje de (0-12) siendo bajo (0-7), medio (8-10), alto (11-12). Obteniendo un valor total de todas las dimensiones de (0-60), donde el puntaje bajo es (0-36), medio (37-48), alto (49-60). (36).

4.1.9 Control de sesgos

a- Se controlará los posibles sesgos en la medición a través del uso de la encuesta, y el instrumento de la Universidad Nacional de Colombia con pruebas de confiabilidad, y validez para el contexto colombiano.

b-Los participantes vinculados al estudio se seleccionaron de acuerdo, con criterios de inclusión y exclusión.

c- Entorno: durante la recolección de la información se buscó que en la entidad Fresenius Medical Care Sincelejo hubiese un espacio apropiado para aplicación de la encuesta y el instrumento seleccionado, para evitar las interrupciones y que el participante pudiese contestar tranquilamente.

d- Entrenamiento: se tuvo en cuenta el entrenamiento previo de los encuestadores para el diligenciamiento de los instrumentos en la recolección de información.

4.2 Consideraciones éticas

La presente investigación está clasificada como de riesgo mínimo en la salud de las comunidades; para obtener el consentimiento informado de cada uno de los participantes se contó con la presencia de un testigo, se leyó el consentimiento y se hicieron preguntas para garantizar la comprensión del mismo antes de la firma de aceptación.

Se establecen garantías enunciadas dentro de los requisitos éticos generales en Colombia mediante la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (37). De acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la resolución citada arriba, se elaboró por escrito el consentimiento informado con autorización y voluntad de los participantes de la investigación (37).

Específicamente se tuvieron en cuenta los artículos 7 al 22 del capítulo II del título II, cuya referencia es hacia la investigación en comunidades, considerando los principios éticos: beneficencia, respeto a la dignidad humana, justicia, veracidad mediante el uso del Consentimiento informado.

Durante el desarrollo de la investigación se garantizó la protección de la privacidad y confidencialidad de los sujetos, así como de la información y de los resultados obtenidos en el estudio.

Reconociendo la participación de personas vulnerables en esta investigación por ser personas con enfermedad renal crónica vinculadas al programa de diálisis peritoneal, se consideró fundamental proteger sus derechos y garantizar su bienestar durante su participación; el investigador estuvo pendiente en cada momento de preguntar a las personas la comprensión de los derechos, se dio a conocer los datos de contacto así como

el nombre el responsable de la investigación, por si la persona requiere llamar para informar cualquier inquietud y desacuerdo, resaltando que su participación es voluntaria.

Beneficencia: presente en el código de ética de enfermería (Ley 911 de 2004 Cap. II Art 6) (38), en esta investigación se estimó que el participante no sufrió daño alguno, contemplando los beneficios y riesgos derivados de la aplicación de la competencia de cuidado, bajo lo cual se aclararon las dudas al participante y cuidador antes y durante la aplicación de la encuesta de caracterización y el instrumento de competencia de cuidado, así como en el momento que sea solicitado por alguno de ellos.

Respeto a la dignidad humana: es voluntad del paciente y su representante consentir la decisión de participar en el estudio, cada participante tendrá posibilidad de retirarse sin que exista repercusión alguna en la prestación de los diferentes servicios recibidos. A través del consentimiento informado se expresó sobre los riesgos y beneficios producto de la competencia.

Justicia: como resultado de esta investigación los conocimientos obtenidos que beneficien a las personas vinculadas al programa de diálisis peritoneal podrán estar a disposición de toda la comunidad sin dar prelación a determinados grupos; los participantes a quienes va dirigida esta investigación recibirán información en cualquier momento, si así lo desean, con el fin de aclarar dudas, el riesgo que supone esta investigación es mínimo para los participantes. Así mismo se garantiza el manejo confidencial de la información usada y alcanzada, los datos se limitarán a los objetivos de la investigación, su alcance será con fines académicos y su conservación será garantizada por el investigador por un término de 5 años, una vez finalice el estudio.

Veracidad: Se responde a este principio a través del reporte verídico de los hallazgos y del posterior análisis, además se tuvo en cuenta brindar información a los participantes del estudio sobre los objetivos y justificación de la presente investigación, decidiendo si desean participar libre y autónomamente en el desarrollo de esta, la presentación de los resultados a los participantes, así como a la institución.

4.3 Limitaciones

Los principales obstáculos se presentaron en lo referente a la consecución de pacientes en diálisis peritoneal dispuestos para realizar el estudio por su condición de enfermedad crónica en su domicilio, y el tiempo requerido para la obtención de permisos institucionales del programa de diálisis. La utilización de la versión larga de instrumento de competencia para el cuidado en el hogar para el paciente y cuidador por el tiempo que requiere de aplicación.

4.4 Consideraciones ambientales

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron los elementos necesarios desde el uso de las tecnologías disponibles, hubo una administración racional de los recursos durante la aplicación de los instrumentos, la información se manejó de forma digital haciendo uso mínimo de impresiones. Durante la recolección de la información se tomaron las medidas de para no afectar a los participantes.

5 RESULTADOS Y ANÁLISIS

5.1 Perfil sociodemográfico del paciente y el cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

A continuación, se describen las características sociodemográficas de los pacientes y cuidadores vinculados a la investigación.

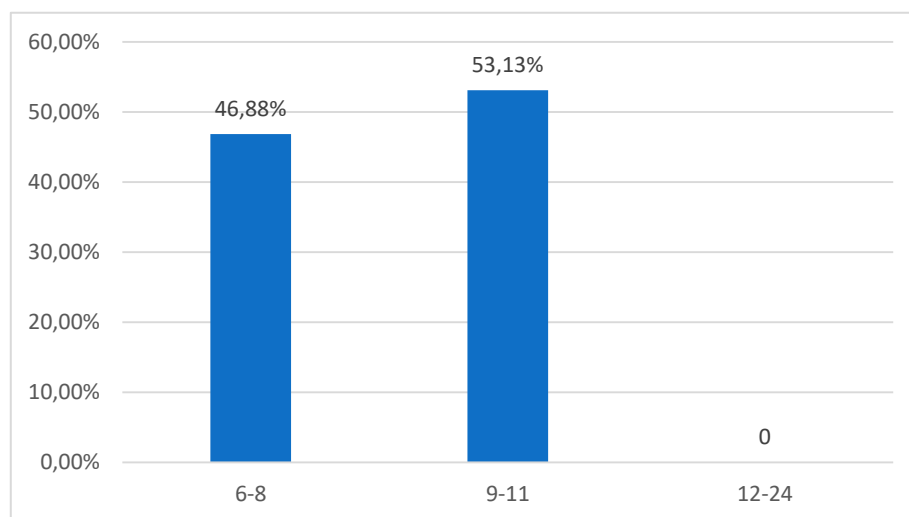
Tabla 1. Perfil sociodemográfico del paciente y cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

Variable		Persona con ERC que recibe terapia dialítica n= 32	Porcentaje (%)	Cuidador de persona con ERC	Porcentaje %
Pulsos	6-8	15	46.88	18	56.25
	9-11	17	53.13	14	43.75
Test SPMSQ	0-2	20	62.5	19	59.75
	3-4	12	37.5	13	40.62
Diagnostico	Diabetes	4	12,5	5	15,6
	HTA	21	65,6	21	65,6
	Diabetes y HTA	7	21,9	6	18,8
	Total	32	100,0		100
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
	1	15	46,9	15	46,9
	2	12	37,5	12	37,5
Estrato socioeconómico	3	4	12,5	4	12,5
	4	1	3,1	1	3,1
	Total	32	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje		
Sexo	Masculino	22	68,8	22	68,8
	Femenino	10	31,3	10	31,3
	Total	32	100,0		100
		Frecuencia	Porcentaje		
Nivel escolaridad	Ninguna	5	15,6	5	15,6
	Primaria	12	37,5	13	40,6
	Secundaria	9	28,1	7	21,9
	Técnico	3	9,4	4	12,5
	Profesional	3	9,4	3	9,4
	Total	32	100,0		100
	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje		

Estado civil	Casado (a)	17	53,1	19	59,4
	Separado (a)	1	3,1	1	3,4
	Soltero (a)	6	18,8	4	12,5
	Unión libre	4	12,5	4	12,5
	Viudo (a)	4	12,5	4	12,5
	Total	32	100,0	32	100
		Frecuencia	Porcentaje		
Ocupación	Empleado (a)	1	3,1	1	3,1
	Hogar	20	62,5	20	62,5
	Independiente	11	34,4	11	34,4
	Total	32	100,0	32	100
		Frecuencia	Porcentaje		
Religión	Católica	25	78,1	26	81,3
	Evangélica	7	21,9	6	18,8
	Total	32	100,0	32	100

Fuente. Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018.

Figura 1. Estado mental de los pacientes con enfermedad renal crónica en un programa de diálisis peritoneal según perfil Pulses.

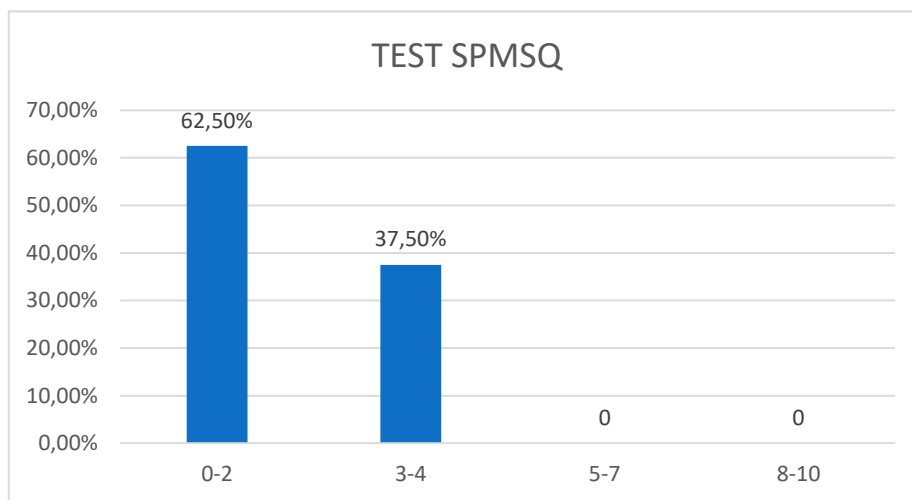


Fuente. Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018.

Con relación al estado mental del paciente se observó que 46,88% se encuentran entre 6-8 lo que permite identificar que tienen un nivel funcional conservado, y 53,13% entre

9-11 tienen una leve alteración de las funciones, esto sugiere bajo nivel de dependencia de los pacientes, lo que podemos relacionar con el nivel de carga bajo que se evidenció en los cuidadores que los apoyan en esta adaptación de la terapia para mantener calidad de vida.

Figura 2. Estado mental de los pacientes con enfermedad renal crónica en un programa de diálisis peritoneal según prueba Test SPMSQ.

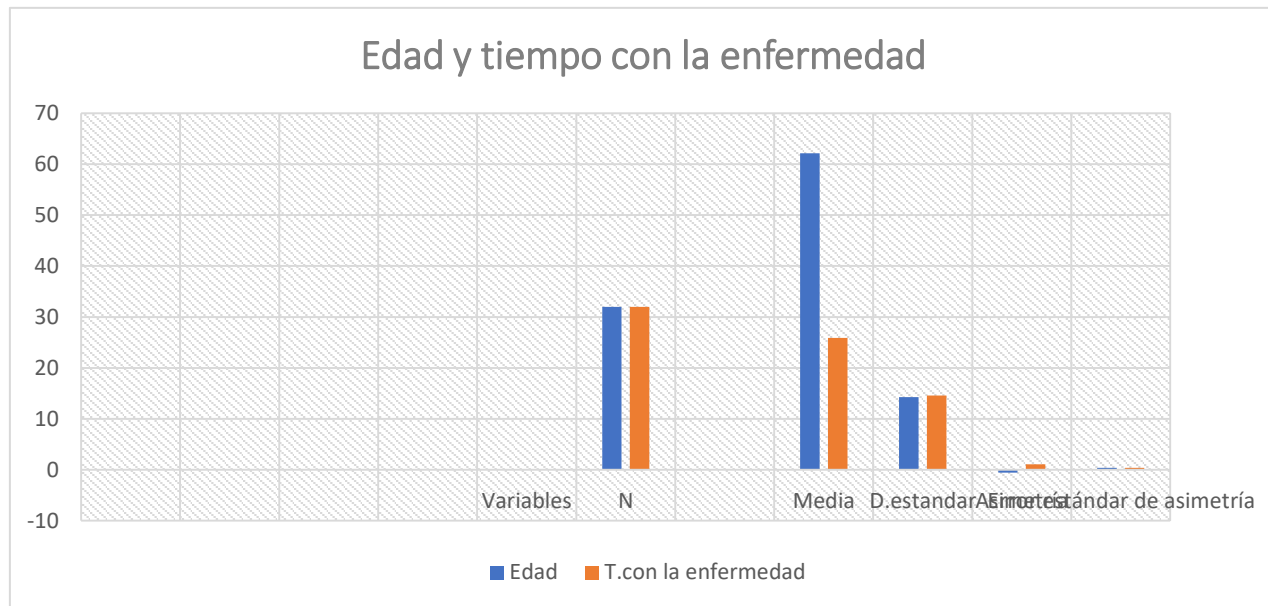


Fuente. Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018.

Al aplicar el TEST SPMSQ se obtuvo que 62,50% mantienen su estado mental para realizar cada una de las actividades necesarias para mantener su calidad de vida y 37,50% con un leve deterioro cognitivo; de acuerdo con la interpretación por rangos donde el puntaje final entre 6 a 8 indica nivel funcional conservado, entre 9 a 11 se refleja compromiso leve de la funcionalidad, puntajes iguales o mayores a 12 son casos de severo compromiso de la funcionalidad con alto grado de dependencia (7).

En lo referente a las variables edad y tiempo con la enfermedad se observa que a mayor edad existe una mayor tendencia a enfermarse, y se tiene más tiempo con la enfermedad (Figura 3).

Figura 3. Edad vs tiempo con la enfermedad



Fuente. Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018.

Se observa que la media de la edad es 62,13, y la media del tiempo con la enfermedad es de 25,91 con mínimo de edad 22, y un máximo de 89; respecto al tiempo con la enfermedad se advirtió un mínimo de 5 y un máximo de 68; se puede observar que la edad mínima es 22 años y la máxima de 89, con un tiempo con mínimo de 5 meses con la enfermedad y un máximo de siete años, y cuatro meses con la enfermedad; esto refleja que a mayor edad se está más propenso a contraer cualquier enfermedad crónica, y convivir con ella por mayor tiempo.

Algunos estudios muestran que entre los 18 a 35 años es la edad reproductiva y al padecer cualquier enfermedad crónica se ven afectadas las funciones, y se manifiestan con frustración, y desánimo por el cambio de rol, pasando de cuidar a ser cuidado, y convirtiéndose en una carga para la familia (27).

Los diagnósticos más frecuentes identificados en la población residente en el departamento de Sucre son: diabetes, hipertensión e hipertensión más diabetes observándose en mayor porcentaje la hipertensión.

En cuanto a la valoración socioeconómica, la población participante está clasificada así: 46,9 son de estrato 1; 37,5% de estrato 2; en estrato 3 se ubica el 12,5% y 3,1% en el estrato 4; con un nivel de educación de 37,5% en primaria; 28,1% con secundaria; un 15.6% señaló que no tiene ningún nivel de educación; 9,4% tienen nivel técnico, y 9,4% son profesionales. Debe resaltarse que desconocen la enfermedad, su origen, síntomas, consecuencias en su organismo, manejo del efecto e impacto que puede implicar padecerla, esto genera que no se tomen las medidas preventivas, para evitar o postergar su padecimiento. Una vez más se evidencia que estas variables de nivel de escolaridad y situación socioeconómica son importantes en el autocuidado para prevenir enfermedades, y sirven para el profesional de enfermería, porque proveen las bases para la atención preventiva en la población y especialmente en los estratos socioeconómicos 1, 2, 3.

De igual forma los estratos socioeconómicos medios bajos están relacionados con el lugar de residencia, escolaridad, y ocupación (16). En el presente estudio se refleja la relación existente entre estas tres variables donde tanto cuidadores como pacientes son de estrato medio, bajo, y señalan como ocupación en su mayoría el hogar; viven en viviendas donde se observan muchas carencias.

En lo atinente a la variable de estado civil el mayor porcentaje es casado (53,1%), viudo, unión libre (12,5%), soltero (18,8%) y separados con un mínimo porcentaje (3,1%); cuentan como cuidador con su pareja o hijos que le ayudan emocional y físicamente a seguir luchando para tener calidad de vida y apoyarles en la terapia cuando estos no puedan hacerlo.

Referente a la ocupación de los pacientes vinculados al programa 62,5% se dedican al hogar; 34,4% son independientes; el restante porcentaje se dedican al campo y a efectuar oficios varios. El 3,1 % de los pacientes son empleados, un porcentaje bajo, estos se ven

obligados a dejar su trabajo, o son retirados de los mismos por el poco tiempo que les queda disponible, por esto la terapia de diálisis peritoneal es importante para los pacientes que ejercen una labor, porque permite adaptar el horario de la terapia a sus necesidades laborales y personales. La mayoría de los participantes pertenecen a la religión católica 78,1% favoreciéndoles a cada uno de ellos porque les ayuda a enfrentar, la enfermedad con una actitud positiva y esperanza en un futuro mejor.

Los cuidadores y pacientes son en su mayoría de estrato socioeconómico uno, siendo esto una causa, de la falta de recursos económicos para brindar un cuidado integral (39).

En muchos estudios se afirma que las mujeres son el principal cuidador, que es por naturaleza la cuidadora innata desde comienzo de nuestros días. En esta investigación se observa que la participación de la mujer en el cuidado es de 31.3%, y la de hombres es 68.8%, cambiando el concepto histórico, social, ético y figurativo donde las sociedades antiguas definían el cuidado por parte de la mujer (40). Se refleja que la mayoría de los cuidadores son hijos (40,7%), y cónyuges (34,4%) que apoyan en esta experiencia a su pareja, para lograr equilibrar su estado de salud; la cifra restante (6,3%) está constituida por madre, hermanos o ningún parentesco. El cuanto al estado civil la mayoría de los pacientes (53,1%) son casados, viven en unión libre, viudo 12.5%, separados 3,1%, solteros el 18,8%.

El 62,5% se dedican al hogar; 34,4%; a trabajos independientes, y solo 3,1% son empleados. Este aspecto es de suma importancia porque implica, una redistribución de los ingresos, para solventar las necesidades habituales del hogar, y las ocasionadas por el nuevo tratamiento, que muchas veces se ven afectadas, porque el cuidador tiene que renunciar a su trabajo para poder cuidar a su familiar, dejando de ser productivo para la sociedad y muchas veces aplazan el desarrollo intelectual (3).

En cuanto a la variable de parentesco, 40,6% y una frecuencia de 13, son hijos; seguidos de esposos (34,4%) frecuencia de 11 y el 25% restante son madre, hermanos o no tienen ningún parentesco.

5.2 Percepción de carga y apoyo del paciente y el cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

Tabla 2. Percepción de carga de los pacientes y de los cuidadores

Percepción de carga en la familia	PACIENTES		CUIDADORES	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Baja	22	68,8	21	65,6
Moderada	8	25,0	7	21,9
Alta	2	6,3	4	12,5
Muy alta	0	0	0	0
Total	32	100,0	32	100,0

Fuente. Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018.

El 68,8% de los pacientes perciben que son una carga baja para sus familiares, mientras que 25% se perciben como carga media y 6,3% se consideran una carga alta; se refleja que los pacientes en su mayoría no sienten que son una carga para su familia. Es de vital importancia el apoyo que recibe el paciente para poder superar la experiencia de la enfermedad renal y lograr vivir con los cambios que acarrearán una terapia de remplazo renal, permitiéndoles mantener calidad de vida, mediante el desarrollo de cada una de las competencias necesarias en la práctica de un excelente autocuidado.

La variable percepción de la carga de los cuidadores es baja con 65,6%, moderada 21,9% y alta en 12,5%; y muy alta 0% se puede decir que estos cuidadores se sienten bien, con la atención a su familiar. El lapso cuidando al paciente con la enfermedad fue un mínimo de 6 meses, en su mayoría con poco tiempo en la terapia y máximo 56 meses.

Tabla 3. Edad y tiempo con la enfermedad de los pacientes y cuidadores

Variables	PACIENTES		CUIDADORES		
	Edad	Tiempo que lleva con la enfermedad En meses	Edad	Tiempo que lleva cuidando la enfermedad En meses	
N	Válido	32	32	32	32
	Perdidos	0	0	0	0
Media	62,13	25,91	62,75	29,06	
Desviación estándar	14,253	14,607	14,478	12,234	
Asimetría	-,529	1,063	-,561	-,188	
Error estándar de asimetría	,414	,414	,414	,414	
Mínimo	22	5	22	6	
Máximo	89	68	89	56	
Percentiles	25	50,75	16,25	50,75	21,00
	50	64,00	24,00	64,50	32,50
	75	68,00	34,50	71,00	36,50

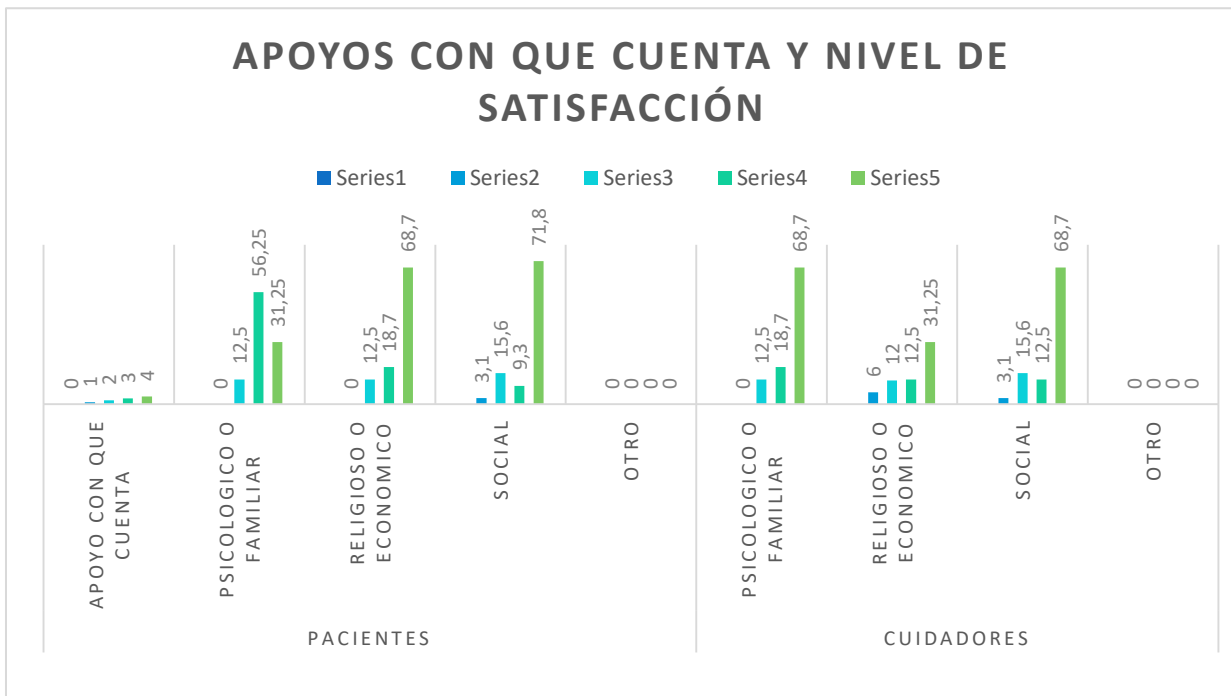
Fuente. Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018

En esta investigación se observó que en muchos casos es mayor el tiempo que lleva el cuidador a cargo del paciente, debido a la presencia de enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, que lo llevó a padecer enfermedad renal crónica y someterse a una terapia de reemplazo renal en la que requiere mayor cuidado y habilidad para suministrar esta atención, poniendo en riesgo la salud del cuidador debido a que el mayor porcentaje de cuidadores son añosos.

Cabe resaltar que en el mundo gran parte de la población ha visto afectada su calidad de vida por sufrir cualquier enfermedad crónica, y su familiar por las responsabilidades a las que se ve sometido, siendo esta carga a largo tiempo en personas mayores de 70 años que necesitan el apoyo para poder subsistir; siendo más efectivo el cuidado brindado por aquellos cuidadores mayores de 60 años, que los menores de 41, puede ser por el desconocimiento de los cuidados y la habilidad para realizarlos o puede ser porque en los

mayores de edad cada uno de sus objetivos se han realizado y tienen mayor tiempo para hacerlo y desarrollar la habilidad (3).

Figura 4. Apoyo con que cuentan y nivel de satisfacción de los pacientes y cuidadores.



Fuente. Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018

El 71,8% de los pacientes cuenta con apoyo social, 68,7% con apoyo religioso o económico adicional y el 56% con apoyo psicológico o familiar.

Los cuidadores de los pacientes vinculados al programa de diálisis peritoneal se comportan de la misma manera, la mayoría (68,7%) cuenta con apoyo psicológico, familiar y social, 31% con apoyo religioso o económico, es evidente que cuentan con apoyo en su proceso de enfermedad crónica. Podemos afirmar que los pacientes en el programa de diálisis peritoneal tienen una percepción de carga baja con un porcentaje de 68,8%, moderada con un porcentaje 25% y alta con un porcentaje 6,3%, relacionada con el apoyo

que se les ha brindado para enfrentar cada situación de la enfermedad a la que se ha tenido someter.

Tabla 4. Nivel de bienestar que perciben el paciente y el cuidador vinculados al programa de diálisis peritoneal.

NIVEL DE BIENESTAR	PACIENTE EN DIALISIS PERITONEAL				CUIDADOR			
	1	2	3	4	1	2	3	4
FÍSICO	0	18,8	46,8	34,4	0	12,5	50,	37,5
PSICOLÓGICO	0	12,5	31,3	56,2	0	12,5	18,8	68,8
SOCIAL	0	12,5	21,9	65,6	0	6,3	37,5	56,3
ESPIRITUAL	3,1	15,6	9,4	71,9	3,1	15,6	12,5	68,8

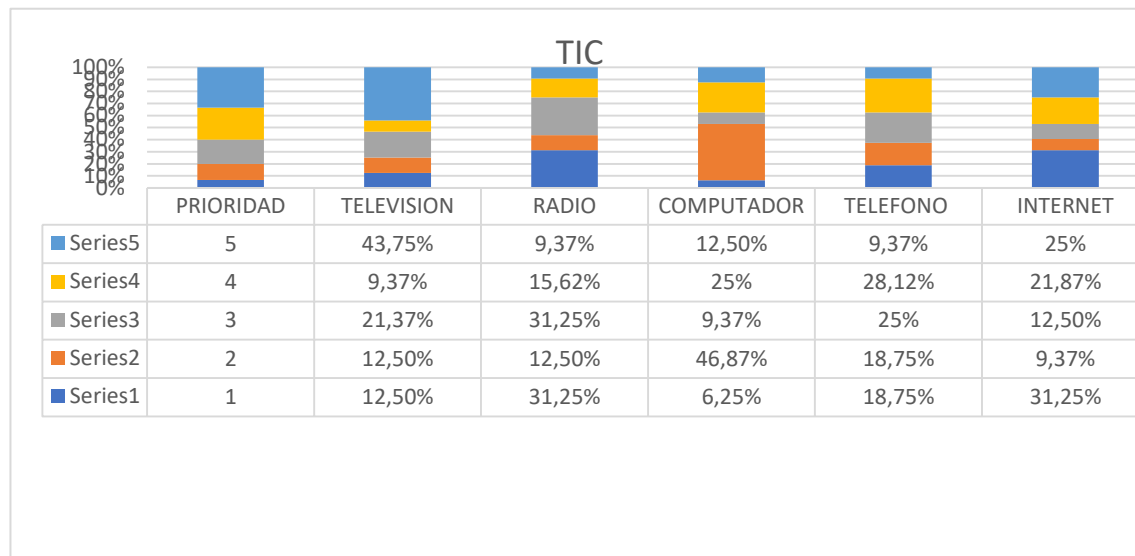
Fuente: Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018.

Se resalta que los valores de bienestar tanto en los pacientes como en los cuidadores están en nivel 3 bienestar físico, psicológico y social y 4 según el nivel de satisfacción en una escala del 1 al 4 donde 1 es el mínimo nivel de bienestar y 4 el máximo, se evidencia que los más frecuentes son 3 y 4; comparándose con los niveles de carga alto se puede decir que es bueno demostrando calidad de vida en estos pacientes y cuidadores (18).

5.3 Medios de información y comunicación del paciente y el cuidador con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

La autovaloración del paciente y el cuidador en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) para este estudio corresponde a:

Figura 5. Uso de las TIC para recibir información para su cuidado.



Fuente: Encuesta de caracterización aplicada octubre de 2018.

En la valoración efectuada para ver la influencia de los medios de información y comunicación en el vínculo entre el paciente y el cuidador a partir del conocimiento, acceso, uso de cada uno de ellos, se proporcionó un puntaje de 0 a 100 por ciento, dando una prioridad de acuerdo con el uso de 1 a 5, donde 1 es el menos útil y 5 es el más útil. En primer lugar, se ubica la televisión (43,75%), con una prioridad de 5; le sigue en nivel de importancia el computador (46,5 %) con una prioridad de 2; luego está el teléfono (28,12%) y una prioridad de 4; el internet (25%) y una prioridad de 5 y por último la radio con 31,25% y una prioridad de 3. Se puede evidenciar que estos pacientes utilizan mayormente la televisión para su recreación.

Las personas en el programa de diálisis peritoneal y sus cuidadores afirman que SÍ utilizan los TIC para su cuidado en un 70% sin embargo el nivel bajo y 30% el nivel medio y 0% el nivel alto. Según los datos presentados, los pacientes participantes en el programa de diálisis peritoneal no usan estos medios para adquirir conocimiento, para la realización de su terapia, sino para comunicarse con su red de apoyo, en caso de una urgencia o inconvenientes en la llegada de los insumos para su tratamiento, y en caso de cambio del día de control.

5.4 Competencia para el cuidado en el hogar de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

A través del instrumento CUIDAR: en sus dimensiones de Conocimiento, Unicidad (condiciones personales), Instrumental, Disfrutar (bienestar), Anticipación, y Relación social e interacción (18), se identificó el nivel de competencia de los pacientes con enfermedad renal crónica, pertenecientes a un programa de diálisis peritoneal.

Tabla 5. Dimensiones competencia para el cuidado en el hogar del paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.

Variables		Total conocimiento (paciente)	Total unicidad (paciente)	Total instrumental (paciente)	Total disfrute (paciente)	Total anticipación (paciente)	Total relaciones interpersonales (paciente)	Total competencia para el cuidado (paciente)
N	Válido	32	32	32	32	32	32	32
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		25,72	30,56	23,19	30,75	16,81	30,34	157,38
Desviación estándar		5,138	4,628	1,768	6,122	1,731	5,840	21,510
Asimetría		-1,595	-,960	-2,247	-1,373	-2,240	-1,002	-1,725
Error estándar de asimetría		,414	,414	,414	,414	,414	,414	,414
Mínimo		10	18	17	15	10	17	91
Máximo		30	36	24	36	18	36	180
Percentiles	25	24,00	28,00	24,00	29,00	16,00	27,00	148,00
	50	28,00	31,00	24,00	33,00	17,50	32,00	164,00
	75	30,00	34,00	24,00	35,00	18,00	35,75	172,00

Fuente: "Instrumento Competencia para el Cuidado-Paciente (Versión larga aplicada octubre de 2018).

La tabla 5 muestra las 6 dimensiones de competencia que los pacientes tienen con una media de 25,72, la desviación estándar 5,138, asimetría -1,595, con percentiles de 25 con 24, el 50 con 28 y el 75 con 30 y un mínimo de 10 con un máximo de 30 para la dimensión

de conocimiento donde se evalúa en ellos la comprensión de su enfermedad, uso de medicamentos, dispositivos médicos, sus actividades cotidianas relacionadas con la enfermedad, alimentación y deambulación, esta dimensión se clasifica en un nivel alto.

En la unicidad, el paciente expresa el concepto que tiene sobre sí mismo, para lograr hacer frente a las dificultades de la enfermedad y ser capaz de resolverlas, es así como en este grupo de pacientes se evidencia una media de 30,56, desviación estándar 4,28, con una asimetría de -,960, con percentiles de 25 con 28, el 50 con 31 y el 75 con 34 y un mínimo de 18 y un máximo de 36 estos pacientes presentan un nivel alto de unicidad.

La dimensión de instrumental es referente a la habilidad para el manejo de cada uno de los medicamentos, equipos para mantener el estado de salud; en el grupo de pacientes del programa de diálisis peritoneal se obtuvo una media de 23,19, con una asimetría de -2,247, desviación estándar de 1,768, mínimo de 17 y un máximo de 24, los percentiles el 25, 50 y 75 de 24 los tres verificándose en ellos un adecuado manejo de las actividades y equipos necesarios para su sobrevivencia, lo que demuestra un nivel alto.

En la dimensión disfrute, se valoró el nivel de apoyo que sienten de los profesionales, familiares, el tiempo para la dedicación a la parte espiritual, la energía, economía necesaria para hacer cada una de las actividades que requiere su enfermedad, observándose una media de 30,75, con una asimetría de -1,373. La desviación estándar de 6,122, un mínimo de 15 y máximo de 36, los percentiles el 25 de 29, el 50 de 33 y 75 de 35 con un nivel alto.

En la dimensión de anticipación se manifestó cómo están preparados los pacientes para futuras eventualidades que puedan ocurrir, relacionadas con su enfermedad y especialmente con su terapia, midiéndose una media de 16,81; con una asimetría de -2,240. La desviación estándar de 1,731 y un mínimo de 10 y un máximo 18, con percentiles el 25 de 16, el 50 de 17,50 y el 75 de 18, con un nivel alto.

En la dimensión de relación e interacción se observó la reciprocidad de los pacientes con el equipo de salud, familiares, percibiendo el respeto mutuo, comunicación efectiva,

relaciones afectuosas con las personas que le sirven, y la tranquilidad espiritual; esto se pudo evidenciar con una media de 30,34 y una asimetría de -1,002, desviación estándar 5,840, un mínimo de 17 y un máximo de 36, con percentiles de 25 de 27,50 de 32 y 75 de 35,75. Lo que ha demostrado, en estos pacientes un alto nivel de competencias para el manejo de su tratamiento.

5.5 Competencia para el cuidado en el hogar del cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.

La competencia para el cuidado en el hogar de los *cuidadores* de los pacientes, vinculados al programa de diálisis peritoneal, en una institución de salud de Sincelejo muestra los siguientes resultados:

Tabla 6. Dimensiones competencia para el cuidado en el hogar del cuidador del paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal

Variables		Total conocimiento (cuidador)	Total unicidad (cuidador)	Total instrumental (cuidador)	Total disfrute (cuidador)	Total anticipación (cuidador)	Total relaciones interpersonales (cuidador)	Total competencia para el cuidado (cuidador)
N	Válido	32	32	32	32	32	32	32
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		28,88	32,56	22,63	34,63	16,88	32,28	167,84
Desviación estándar		1,862	3,037	2,282	2,352	1,289	3,683	10,969
Asimetría		-1,980	-1,145	-2,490	-1,929	-1,006	-,784	-1,505
Error estándar de asimetría		,414	,414	,414	,414	,414	,414	,414
Mínimo		23	25	15	28	14	25	136
Máximo		30	36	24	36	18	36	180
Percentiles	25	29,00	31,25	22,00	34,25	16,00	29,25	160,25
	50	30,00	34,00	24,00	36,00	17,00	34,00	170,00
	75	30,00	34,75	24,00	36,00	18,00	35,00	176,50

Fuente: Instrumento Competencia para el Cuidado – Cuidador (Versión larga) aplicada octubre de 2018.

En las dimensiones del instrumento CUIDAR en los cuidadores, se analizó el nivel de conocimiento, reflejando el conocimiento que tienen los cuidadores sobre la enfermedad, tratamiento y en especial de la terapia de diálisis peritoneal, donde se observó una media de 28,88 y una asimetría de -1,980, una desviación estándar de 1,862, un mínimo de 23 y un máximo de 30 con percentiles el 25 de 29, 50 de 30 y 75 de 30 con un nivel alto de conocimiento.

Con respecto al nivel unicidad, se valoró en el cuidador las cualidades necesarias para enfrentar las situaciones difíciles como es el manejo del temor ante la responsabilidad de cuidar a una persona, comunicación y simplificación de las tareas relacionadas con el cuidado de su familiar, se evidencia una media de 32,56 con una asimetría de -1,145, con una desviación estándar de 3,037 y un mínimo de 25 y un máximo de 30, con percentil 25 de 31,25, 50 de 34 y 75 de 34,75 con un nivel alto.

En relación con el nivel instrumental y procedimental, donde se evalúa en los cuidadores la habilidad para realizar el tratamiento, medicación, y recomendaciones de la persona a la cual cuida, se presenta una media de 22.63 con una asimetría de -2.490, desviación estándar de 2,282, mínimo de 15 y máximo de 24, con percentil 25 de 22 y el 50,75 de 24 con nivel alto.

En la dimensión disfrutar se evaluó en el cuidador, su percepción acerca del apoyo que le brindan sus familiares, y profesionales para realizar las actividades que contribuyen al bienestar de la persona que cuida, y el equilibrio que este hace con la satisfacción de las necesidades emocionales, económicas y de salud; se observó una media de 34,63 con una asimetría de -1,929, desviación 2,352, con un percentil 25 de 34, 25 y 50, 75 de mínimo de 28 y máximo de 36, se clasifica con un nivel alto.

En la dimensión de anticipación donde se evaluaron aquellas ideas que tiene el cuidador para cumplir en forma oportuna las actividades de su familiar al presentar riesgos, planeando todo para enfrentar problemas inesperados, se manifiesta con una media de

16,88 con una asimetría de -1,006, con una desviación estándar de 1,289, mínimo de 14 y máximo de 18, con percentil 25 de 16, 50 de 17 y 75 18, con un nivel alto.

En cuanto al nivel de relaciones interpersonales se evaluó en los cuidadores, la comunicación, las relaciones interpersonales, el afecto con la persona que cuida, se observa una media de 32,28 con una asimetría de -,784, desviación estándar de 3,683, mínimo de 25 y máximo de 36, con percentil 25 de 29,25, el 50 de 34 y el 75 de 35, se evidencia un nivel alto.

En estas competencias de los cuidadores del programa de diálisis peritoneal, se evidencia que tienen la preparación necesaria para realizar el cuidado.

Tabla 7. Comparativo de Dimensiones competencia global para el cuidado en el hogar del paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal y sus cuidadores.

Competencia para el cuidado (global)

Competencia para el cuidado (global)

Estadística	Cuidadores	Pacientes
Mínimo	136	91
Cuartil 1	160,25	148,00
Mediana	170,00	164,00
Cuartil 3	176,50	172,00
Máximo	180	180
Cuartil 3	167,84	157,38
Desviación estándar	10,969	21,510
Asimetría	-1,5049	-1,7249

Fuente: “Instrumento Competencia para el Cuidado-Paciente (Versión larga) e Instrumento Competencia para el Cuidado – Cuidador (Versión larga) aplicada octubre de 2018

Como un valor agregado al presente estudio y teniendo en cuenta que no fue considerado como un objetivo de esta investigación, se hizo la comparación para establecer si existe relación entre la competencia para el cuidado en el hogar entre el paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal y el cuidador.

Se puede evidenciar en la tabla 7 que tanto los pacientes como sus cuidadores tienen alto nivel de competencia, demostrando el buen manejo que tienen de su terapia reflejándose en la disminución del índice de peritonitis de acuerdo con los datos suministrados por la institución, sobre el manejo de la educación y adherencia al tratamiento, que se traduce en una mejor calidad de vida, al igual que las de sus familiares.

Se resalta la importancia de las competencias para las personas que sufren enfermedad renal crónica, que se ven sometidas a una terapia de reemplazo renal porque el profesional de enfermería puede impartir educación, logrando que el paciente se vaya a casa con la seguridad de continuar con autocuidado de manera exitosa, manifestándose esto con la adherencia a su tratamiento y calidad de vida. Los niveles de competencias para cuidar en el hogar son importantes para la seguridad y la calidad de vida (8).

El análisis de las competencias de los pacientes y cuidadores del programa de diálisis peritoneal arrojó una media en los pacientes de 157,38 y en los cuidadores la media fue de 167,84; una DT de 21,510 en los pacientes, en cuidadores DT de 10,959. En los pacientes se mostró un mínimo de 91 y un máximo de 180, el mínimo en los cuidadores fue de 136 con un máximo de 180. Se pudo observar un máximo igual tanto en los pacientes como los cuidadores, con una asimetría de -1,5049 en cuidadores y -1,7249 en pacientes. El cuartil uno en cuidadores 160,25 en pacientes 148, el cuartil tres en cuidadores 176,50, en pacientes 172.

En las competencias CUIDAR, tanto en los pacientes como en los cuidadores, el nivel es similar en las dimensiones de conocimiento, unicidad, instrumental, anticipación, relación e interacción; siendo la más alta disfrute tanto en pacientes como cuidadores.

6. DISCUSIÓN

En la valoración de PULSE evidencia que estos pacientes tienen un alto grado de independencia en contraste con otros estudios que reflejan altos porcentajes de dependencia de los pacientes con enfermedades crónicas (6).

En el presente estudio la variable escolaridad, donde la mayoría solo cursó la primaria y algunos carecían de educación, muestra que brindan un buen cuidado, es significativa la diferencia con otros estudios realizados, donde se afirma que los cuidadores que cuentan con niveles de escolaridad bajos, o no tienen escolaridad, contribuyen a brindar un cuidado deficiente (3).

En diversos estudios hechos a escala nacional se afirma que es importante el nivel de educación en cada ser humano para desarrollar habilidades basadas en los conocimientos, contribuyendo estos a la realización de un cuidado seguro, reflejándose en la disminución de los riesgos a que se ven expuestos los pacientes con enfermedad crónica, y en especial quienes están sometidos a una terapia de reemplazo renal. El grado de escolaridad es relevante para que paciente y cuidador puedan leer la información suministrada para su tratamiento, asimilar conocimientos y ponerlos en práctica (3).

En esta investigación se enfatiza que a pesar de reflejar un nivel bajo de escolaridad, o ninguno, tanto los pacientes como los cuidadores tienen un alto conocimiento del tratamiento y la técnica para hacer la terapia de diálisis peritoneal; este comportamiento puede deberse a que la institución maneja el programa de diálisis peritoneal, mediante una educación basada en las clases de aprendizaje (Acomodador, convergente, divergente, asimilador) hecho que posibilita que tanto los pacientes como sus cuidadores asimilen los conocimientos necesarios para aplicar la técnica de la terapia correctamente (41). Por otra parte, Sánchez y colaboradores (42), afirman que las intervenciones educativas favorecen el autocuidado y fortalecen el cuidado, cuando se tiene en cuenta su cultura y valores. Un punto importante a considerar en la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el

paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que él mismo lo alcance.

En los cuidadores familiares prevalece un alto grado de compromiso a pesar de no tener remuneración económica, horarios extendidos, no tienen una formación en salud y se caracterizan por el afecto que brindan a su familiar (42). Los hallazgos descritos para los cuidadores en el presente estudio confirman este concepto sobre el cuidador familiar: su grado de compromiso y entrega en labor como cuidador.

En cuanto al sexo y el estrato socioeconómico, la literatura afirma que, por lo general, los cuidadores familiares en su mayoría son mujeres de estrato socioeconómico medio, con escolaridad media y jubilados (18). Para este análisis los hallazgos muestran un nivel de escolaridad bajo y, medio, nivel socioeconómico bajo, medio, y la ocupación en mayor porcentaje es el hogar, que corresponde con la evidencia presentada de la misma manera que estudios realizados a escala nacional (3).

Los datos relevantes de la cuenta de alto costo revelan una prevalencia cruda por sexo en mujeres, que es de 65,9%, y ajustada de 62,2% y en los hombres es 82,3% y, ajustada de 88,6% que presentan enfermedad renal en estadio 5; en el departamento de **Sucre** (91,1 por 100.000 habitantes). La incidencia es 5 mujeres y 6 hombres padecen de una las enfermedades causantes de la enfermedad renal, la HTA (Hipertensión arterial) (1). En los pacientes vinculados a la investigación esta variable es evaluada, y corresponde con los datos de la cuenta de alto costo; la enfermedad renal es mayor en el sexo masculino y la primera causa de enfermedad renal es la HTA con un porcentaje de 87.5%.

En un estudio Barrera y colaboradores (17), afirman que los cuidadores que llevan un tiempo prolongado a cargo de pacientes con enfermedades crónicas (HTA-diabetes-enfermedades pulmonares, cáncer) son más propensos a la fatiga y la depresión, y en el presente estudio se pudo observar que los cuidadores presentaron un alto nivel de bienestar psicológico.

Con respecto a la ocupación para un enfermo renal contar con un trabajo, aunque no sea tan alta la remuneración; significa bienestar físico, emocional, y al no tener esta oportunidad, para solventar sus necesidades y las de su familia, se afecta su calidad de vida. Es común encontrar que los pacientes sometidos a alguna terapia de reemplazo renal son despedidos de sus trabajos, o no son contratados por el tiempo que tienen que dedicarle al procedimiento de su terapia de reemplazo renal (7). En general, la ocupación de los pacientes involucrados en el presente estudio ha sido en los quehaceres del hogar o trabajos independientes, entonces la terapia de reemplazo renal diálisis peritoneal ha constituido una oportunidad para continuar con sus ocupaciones, y no enfrentar cambios en la parte laboral.

El autocuidado es una conducta que un individuo puede ejercer en situaciones dirigidas a otras personas, o por sí mismo, para modificar su entorno y los factores que alteren su desarrollo y su propio funcionamiento para mejorar su vida, salud y bienestar. Es aplicable en cada ser humano afectado por la enfermedad renal crónica que elige la terapia de reemplazo renal diálisis peritoneal, donde ellos deben adoptar esta práctica para lograr la adherencia a la terapia, siendo esto un pilar de gran valor para tener una mejor calidad de vida (21). En el presente caso los pacientes y cuidadores se han adaptado a su nuevo estilo de vida, y se encuentran con alto nivel de adherencia al tratamiento.

El estudio de Fernandez (10), muestra que las mujeres jóvenes con múltiples obligaciones, de escolaridad intermedia, ocupación hogar, estrato de ingresos bajos, cumplen la función de cuidadoras, se relacionan con el desarrollo de las competencias para cuidar y la sobrecarga. En el resultado obtenido en este estudio son mujeres dedicadas al hogar, de estrato socioeconómico de ingresos bajos, han desarrollado las competencias para cuidar sin manifestar sobrecarga.

En investigaciones realizadas se ha demostrado que en los cuidadores familiares es baja la sobrecarga, a pesar de los cuidados requeridos por su familiar, al igual que esta investigación el nivel de sobrecarga fue bajo aunque en esta terapia se necesite mucho cuidado (10).

La calidad de vida en las dimensiones psicológicas, físicas y sociales se ve afectada por la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con enfermedad renal crónica (43). En los cuidadores estudiados no se refleja sobrecarga, su percepción de carga es baja, si hacemos una relación con la edad, la educación y estrato socioeconómico, podemos decir que la mayoría no tienen tantas actividades y metas que realizar, motivo por el cual se dedican por completo al cuidado de su familiar, tomándolo como una ocupación, que les permite emplear el tiempo.

Una adecuada competencia del paciente y el cuidador puede prevenir descompensaciones y complicaciones en el paciente, lo que constituye un factor positivo en la aceptación y mantenimiento del equilibrio de la salud (44). En este estudio se puede comprobar por el nivel de competencias alto, que presentan los pacientes y cuidadores sobre la enfermedad renal y la terapia de diálisis peritoneal.

En cuanto a la relación con la persona que cuida al paciente con enfermedad crónica otros autores en su investigación afirman que los cuidados brindados por la familia son por esposa-o, hija, madre, padre, hermana-o, siendo la "mujer" la del papel de "cuidadora principal, "y que el cuidador se ve afectado por no tener el tiempo necesario para su actividades personales, y sociales incidiendo en su estado de ánimo, produciendo fatiga, cansancio y falta de sueño (16, 43). En este análisis la mayoría de los cuidadores no manifiestan ninguna de estas alteraciones psicosomáticas, ello podría estar explicado con lo que afirman Barrera y otros en su estudio que el cuidado del hombre es más racional y el de la mujer es más afectivo (15-17, 28).

En otra investigación, Navarrete (3) afirma que la relación de pareja se ve afectada por esta enfermedad, debido a la responsabilidad de cuidador, surgen entonces sentimientos de hostilidad y depresión, particularmente en aquellos pacientes que tienen que recibir una terapia de reemplazo renal, que necesiten del cuidado de otra persona. En casos donde la mayoría de los cuidadores son pareja, la relación se ve afectada por el incremento de sus actividades diarias y cuidados a su familiar, esta situación altera su aspecto físico y emocional manifestándose con irritación, cansancio y hostilidad.

Se ha considerado a la mujer solo para realizar labores en el hogar, en la sociedad greco-romana y suroccidental, es la mujer pieza clave para el funcionamiento de la sociedad, y es en el hogar donde se aprende los valores femeninos que galardona a la mujer como la principal cuidadora (40).

El presente estudio señala que 88% de los cuidadores son mayores de 51 años, mujeres, lo que hace más satisfactoria la tarea de cuidar porque a esta edad, la gran mayoría de las personas han logrado sus objetivos personales y profesionales, convirtiéndose esta actividad de gran importancia para el cuidador, sintiéndose un ser productivo en esta etapa de su vida, donde la mayoría está viviendo el síndrome del nido vacío (3).

La calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores se ve afecta por la vivencia de las enfermedades crónicas terminales, por la necesidad de cuidado y dependencia que se ocasiona (28).

Las competencias para CUIDAR son esenciales para el cuidado en el hogar y en especial para reconocer las habilidades e identificar la falta de conocimiento en un paciente o cuidador para evitar la sobrecarga porque a menor habilidad mayor sobrecarga (44).

Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis presentan un nivel de competencias bajo - medio en especial en las dimensiones de unicidad y disfrute; en interacción social es más alto; haciendo una relación con las competencias de los pacientes de diálisis peritoneal se evidencia que las dimensiones en su mayoría son altas, por la permanente educación y orientación, motivación de autocuidado (16).

Sánchez y Carrillo (18), mostraron que en adultos mayores que no pueden realizar su autocuidado se delegaba la responsabilidad, educación, entrenamiento a su cuidador para lograr la continuidad de estos cuidados en su entorno familiar. Al igual que el programa de diálisis peritoneal se otorga responsabilidad al familiar, con la diferencia que en este grupo los pacientes pueden practicar su terapia, y los familiares son un apoyo en el momento de cualquier complicación o comparten el cuidado día a día.

Al comparar datos del presente estudio con otros autores, donde se ha comprobado el nivel competencia bajo, poniendo en riesgo el paciente en estado de cronicidad y su cuidador familiar en lo relacionado a integralidad, seguridad y continuidad de tratamiento en casa, es de resaltar que en esta investigación se encontraron niveles altos de competencias que pueden estar asociados a la educación brindada o por estar el cuidador familiar compartiendo los cuidados con el paciente (37). Revisar no corresponde

Se ha demostrado que es importante identificar las competencias en el paciente y su cuidador para que esto permita la adecuada adquisición de los conocimientos y habilidades logrando una aplicación de los mismos en su entorno (37). Revisar no corresponde En un programa de diálisis peritoneal, las competencias para el cuidado en el hogar de un paciente y su cuidador se relacionan con el desarrollo o aprendizaje de la terapia, convirtiéndose el instrumento CUIDAR en una herramienta importante para el profesional de enfermería, esto le ayuda a identificar las competencias y el nivel de desarrollo de las intervenciones del programa de diálisis peritoneal.

Las investigaciones de Aldana y colaboradoras (16), corroboraron que los niveles de competencia más prevalentes son medios y bajos, siendo el disfrute la dimensión más baja, resaltando que el reto de todos los profesionales que trabajan con enfermos renales es la educación, para lograr la adherencia al tratamiento y adecuada evolución. Se puede comprobar que la competencia para el cuidado es necesaria para incentivar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en un programa de hemodiálisis, debido a varios aspectos que son necesarios como: educación, acompañamiento, seguimiento para incrementar su capacidad de autocuidado y fortalecer la salud.

Achury y colaboradores afirman que el apoyo familiar es crucial para la adherencia al tratamiento y es imprescindible la valoración de las competencias del paciente y cuidador. La identificación de las competencias debe ser una función de los profesionales de salud que prestan atención a personas con enfermedad crónica, para ayudarlos mediante una educación asertiva que favorezca la continuidad en cada uno de los cuidados, logrando adherencia y mejorando la calidad de vida (44). La identificación del nivel de competencia

permite la preparación de los pacientes y cuidadores al egresar de un centro hospitalario para minimizar los riesgos de complicación mediante la aplicación de instrumentos como CUIDAR, evaluando las habilidades para practicar los cuidados, identificar las debilidades, interviniendo así de forma oportuna por medio de la educación, de acuerdo con la necesidad (37).

Los resultados de la investigación de Carrillo et (8), muestran la comparación de la competencia para el cuidado en el hogar en cinco regiones geográficas de Colombia, e identifican la competencia para cuidar en el hogar por niveles, el 40.3% de las personas con enfermedad crónica presenta alto nivel de competencia para cuidar en el hogar, 59.7% un nivel que se puede considerar no óptimo, un 40.8% con nivel medio y un 18.9% con un nivel bajo, la competencia general es de 85.44%. Respecto a la dimensión Conocimiento se encontró 82.45%, en Unicidad 84.31%, en Instrumental 88.53%, en Disfrutar 83.16%, en Anticipación 86.43% y Relación e interacción 88.29%.

La evidencia muestra que las competencias son más altas en los cuidadores que en los pacientes con enfermedades crónicas, siendo esto muy importante para aquellos pacientes que cuentan con cuidadores y un riesgo para los que no cuentan con esta posibilidad. Con el tiempo la salud de estos cuidadores familiares se ve afectada, presentando sobrecarga en los cuidadores familiares, así como enfermedades debido a la responsabilidad y la situación que soportan.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

Los pacientes con enfermedad renal crónica, que practican la terapia de diálisis peritoneal, enfrentan cambios en su estilo de vida, para adaptarse a una nueva dinámica en que tienen que aprender una técnica para lograr sustituir la función renal, es allí donde surge la necesidad de conocer las competencias en los pacientes y cuidadores para planear estrategias de intervención, siendo el instrumento CUIDAR una herramienta importante para el profesional de enfermería, ejerciendo de forma efectiva la enseñanza de la técnica y los conocimientos necesarios para lograr la adherencia al tratamiento.

En este estudio participaron 32 pacientes y 32 cuidadores vinculados al programa de Diálisis peritoneal de una institución especializada en manejo de paciente con enfermedad renal crónica que recibían terapia dialítica en la institución Fresenius Medical Care ubicada en Sincelejo, departamento de Sucre.

Se identificó que el nivel de competencia para el cuidado en el hogar del paciente y el cuidador del programa de diálisis peritoneal es alto lo que permite inferir que las intervenciones en el programa se han consolidado y favorecen que el paciente y su cuidador desarrollen habilidades para asegurar un cuidado continuo a través de la educación temprana.

Al comparar la competencia para el cuidado en el hogar (CUIDAR) de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal y el cuidador familiar, se identifica que estas son similares en general y en las dimensiones conocimiento, unicidad, instrumental, anticipación y relación/interacción.

La dimensión conocimiento, que hace referencia a las nociones e ideas respecto a la enfermedad renal, las terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, las indicaciones especiales de la terapéutica, el manejo de dispositivos y equipos durante el egreso de la persona con enfermedad renal, así como el conocimiento de las actividades a realizar

propias de la cotidianidad tales como baño, vestido, alimentación, deambulaci3n, todos se hallaron en nivel alto pero fue mayor en los cuidadores que en los pacientes,.

La dimensi3n instrumental fue de nivel alto tanto en los cuidadores como en los pacientes, pero fue mayor en los pacientes que en los cuidadores, muestra las habilidades y destrezas, as3 como las competencias para realizar las labores de cuidado, que incluyen la administraci3n de medicamentos, satisfacci3n de necesidades b3sicas de la vida diaria como alimentaci3n, eliminaci3n, deambulaci3n, ba1o y vestido, entre otras.

La dimensi3n relaciones e interacci3n tuvo un nivel alto en ambos grupos, y fue mayor en los cuidadores, esta situaci3n refleja relaciones sociales, as3 como las redes de apoyo primario y secundario que se tienen y hacen parte del diario vivir, que se constituyen como factores que favorecen el fortalecimiento de la tarea de cuidado.

Respecto a las principales caracter3sticas para el cuidador y el paciente del estudio en cuanto a su perfil sociodemogr3fico, los hallazgos muestran un nivel de escolaridad bajo y medio, nivel socioecon3mico bajo, medio, y la ocupaci3n en mayor porcentaje est3 en el hogar.

En la valoraci3n estado mental de los pacientes con enfermedad renal cr3nica seg3n perfil Pulses se evidencia que los pacientes tienen un alto grado de independencia lo que permite identificar que tienen un nivel funcional conservado.

Los diagn3sticos m3s frecuentes en la poblaci3n fueron diabetes 12,5%, hipertensi3n 65,6 % e hipertensi3n m3s diabetes 21,9%.

El 56% de los pacientes percibe que no es una carga para su familia es decir es baja la percepci3n, el 21,9% medio y solo 12,5% alta; se relaciona con la edad de los cuidadores y el tiempo cuidando al paciente, los cuidadores de menor edad solo llevan 6 meses haciendo este cuidado y los de mayor edad hasta 56 meses motivo por el cual se identifica

una percepción de la carga baja, ya que son adultos que han cumplido con metas profesionales y personales.

En lo que respecta a los cuidadores el 88% son mayores de 50 años, muestran responsabilidad, habilidad, equilibrando sus actividades con las necesidades de un ser que le necesita.

Es importante resaltar que el cuidador, al igual que el paciente recibe educación para la realización de la terapia, ofreciéndole el conocimiento necesario sobre el manejo la enfermedad, tratamiento, para lograr un cuidado adecuado.

El uso de las TICs no es relevante para el grupo de pacientes y cuidadores vinculados al programa de diálisis de este estudio para la realización de la terapia, estos mecanismos solo son empleados como medio de distracción, y el más usado es la televisión.

Conocer las características del paciente y cuidador permite al profesional de enfermería planear las intervenciones en los programas de diálisis peritoneal y enfatizar la educación que se requiere.

7.2 Recomendaciones

Motivar a los profesionales de enfermería de otros programas de diálisis en el uso del instrumento CUIDAR, y la encuesta de caracterización que les permite evaluar los resultados del programa establecido en cuanto a la consolidación o las intervenciones de cuidado desarrolladas por profesionales de la salud, de tal forma que les permita conocer sus necesidades convirtiéndose en un apoyo para el paciente y su cuidador.

Sugiero a los profesionales de enfermería que se encuentran en el área de docencia, promover el uso de la encuesta y el instrumento CUIDAR, para que cuando sus estudiantes inicien su ejercicio profesional puedan aplicarlos según el área en que se desempeñen.

De acuerdo con el número de sujetos de investigación hacer uso del instrumento CUIDAR versión corta que permite optimizar el tiempo de aplicación.

Los profesionales de enfermería en los procesos de formación deben promover el uso de la evidencia disponible en cuanto a instrumentos válidos y confiables creados por enfermería, como la encuesta de caracterización para el cuidado de la diada persona con enfermedad crónica-cuidador familiar y el instrumento CUIDAR, para que cuando inicie su ejercicio profesional puede aplicarlos según el área en que se desempeñe.

Para generación de políticas en salud, presentar los resultados de estudios realizados en el contexto colombiano, como evidencia para mejorar la legislación en salud que sea incluyente, que apoye en la prestación de los servicios de salud a las personas con enfermedades crónicas, y sus cuidadores para mejorar su calidad de vida.

7- REFERENCIAS

1. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (CAC). Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión y diabetes mellitus en Colombia. 2016. [En línea].; 2016 [cited 2019 07 16. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_ERC_HA_DM_Colombia_2016.pdf
2. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (CAC). Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia. [En línea]. Bogotá; 2015 [cited 2017 05 01. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situaci%C3%B3n_de_la_Enfermedad_Renal_Cr%C3%B3nica_en_Colombia_2015.pdf
3. Navarrete Borrero AA. Necesidades en soporte social de cuidadores familiares de personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal. (Tesis, Maestría en Enfermería) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2015. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/52527/1/52483258.2016.pdf>
4. Carrillo Algarra AJ, Díaz FJ. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. *Enferm. glob.* 2013; 12(30): 54-64.
5. Moreiras M. De dónde venimos y adónde vamos en diálisis peritoneal: identificando barreras y estrategias de futuro. *Nefrología.* 2014; 34:756-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Sep.12603>.
6. Ulloa-Varela J, Rodríguez M, Cruz M. Perfil biosociodemográfico y valoración de necesidades en pacientes en diálisis peritoneal. *Cienc. enferm.* 2014; 20 (1):89-95. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_08.pdf
7. Aponte L, Pinzón M, Galvis C. Nivel de funcionalidad de los enfermos crónicos y su relación con la calidad de vida de los cuidadores informales, Villavicencio Colombia.

Enferm. glob. 2014; 33: 191-201. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.157521/157131>

8. Carrillo González G, Barreto Osorio R, Arboleda L, Gutiérrez Lesmes O, Melo B, Ortiz T. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. Rev. Fac. Med. 2015; 63 (4): 668-75. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50322>

9. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo G. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador- familiar persona con enfermedad crónica. Revista Ciencia y Cuidado. 2014; 11(2): 31-45. UFPS Cúcuta Colombia. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.196>

10. Fernández AR. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia. (Tesis doctorado Facultad Enfermería Universidad Nacional de Colombia.). Bogotá, 2010. 369 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8607/1/539192.2010.pdf>

11. Sánchez Herrera B. Cuidado Seguro, la nueva tendencia en el cuidado de la salud. Actual. Enferm. 2011; 14 (2). Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-142/lanuevatendenciacuidadosalud1/>

12. Chaparro L. Trascender en un “vínculo especial” de cuidado: el paso de lo evidente a lo intangible. (Tesis Doctorado en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia; Bogotá. 2009. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/8498/1/539191.2009.pdf>

13. Blanco García R, Nájera de la Garza W, Moreiras Plaza M, Bravo López JJ, Rodríguez Goyanesa G, Cossio Anibara C, Beato Coo L. Abandono de diálisis peritoneal por peritonitis: ¿han cambiado los agentes responsables? Nuestra experiencia. Nefrología. 2012 Jun; 32(845-846). DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11496

14. Nieto-Ríos JF, Díaz-Betancur JS, Arbeláez-Gómez M, García-García A, Rodelo-Ceballos J, Reino-Buelvas A, Serna-Higueta LM, Henao-Sierra JE. Peritoneal dialysis-related peritonitis: twenty-seven years of experience in a Colombian medical center.

Nefrología 2014;34(1):88-95. doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.Nov.12002 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n1/original6.pdf>

15. Barrera OL, Blanco CL, Figueroa IP, Pinto AN, Sánchez HB. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Mirada internacional. Aquichan*. 2006; 6(1):22-33.

16. Aldana EA, Barrera SY, Rodríguez KA, Gómez OJ, Carrillo GM. Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2016 Sep [citado 2019 Jul 14]; 19(3): 265-273. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/Revistas_245_ompleta81048.

17. Barrera L, Vargas E, Cendales P. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2015; 17(1):27-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.eccp>

18. Sánchez ML, Carrillo GM. Competencia para el cuidado en el hogar diada persona con cáncer en quimioterapia. *Cuidador familiar. PSIC*. 2017; 14 (1):137-48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55817>

19. Carrillo A, Duque N, Nieto K. Evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol*. 2016; 19 (2):154-163.

20. Bordin, G., Casati, M., Siculo, N., Zuccherato, N., & Eduati, V. (2007). Patient education in peritoneal dialysis: an observational study in Italy. *J Ren Care*. 2007

21. Carrillo Algarra AJ. Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2015; 18(1): 31-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v18n1/05_original4.pdf

22. Novel G. Aspectos psicosociales del enfermo crónico. En: Novel G, Lluch MT, Miguel D. *Enfermería Psicosocial Manuales de Enfermería*. Madrid: Salvat, 1991; II: 239-241.

23. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J AI, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit [Internet]*.

2017 Dic [citado 2019 Jul 29]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es..

24. Sociedad Española de Nefrología (SEN). Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. [En línea]; 2005 [cited 2017 08 21. Disponible en: https://www.senefro.org/modules/webstructure/files/guas_de_dilisis_peritoneal.pdf?check_idfile=1173

25. Samaniego Martínez MJ. Estrategias de cuidados en la atención al paciente crónico. (Trabajo Grado en Enfermería). Universidad de Almería. 2013. 27 p. <http://hdl.handle.net/10835/2438>

26. Prado SLA, González RM, Paz GN, Romero BK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron. 2014 Nov; 36(6): 835-845.

27. Ponticelli C, Campise M. Neurological complications in kidney transplant recipients. J Nephrol. 2005 Sep; 18(521-8).

28. Barrera-Ortiz L, Carrillo-González GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. Orinoquia. 2015; 19(1): 89-99. Universidad de los Llanos. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/896/89640816008.pdf>

29. Lopera M. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2016 Jun; 15(30):212-233.

30. Montalvo PA, Cabrera NB, Quiñones AS. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichan [en línea] 2012; 12: 134-143: [Fecha de consulta: 2 de julio de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124103005>.

31. Sánchez B, Carrillo G, Barrera L, Chaparro L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. Aquichan. 2013; 13(2):247-260.

32. Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA. Necesidades de cuidado de la diada cuidador- persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. Rev Cuid. 2014; 5(2): 748-56.
33. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Día mundial de la salud. Ginebra, Suiza. 2013. p.40. WHO/DCO/WHD/2013.2
34. López León D, Rodríguez Calderón L, Carreño Moreno S, Cuenca I, Chaparro Díaz L. Cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal: experiencia de participar en un programa de habilidad de cuidado. Enferm Nefrol [Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Ene 13]; 18(3): 189-195. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359841633007>
35. Carrillo GM, Sánchez HB, Vargas E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento “cuidar” - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. 2015. Salud UIS 48(2):222-231 . April 2016 with 166 Reads. DOI: 10.18273/revsal.v48n2-2016007
36. Ministerio de Salud. Colombia. Resolución Número 8430 de 1993. [En línea]; [consultado 2017 08 11]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
37. Colombia. Congreso de la República. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
38. Díaz Mayorga LA, Hernández Garzón MY. Competencia para cuidar en el hogar de la diada paciente-cuidador en situación de cronicidad en Bucaramanga y área metropolitana. Universidad de Santander UDES Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería Bucaramanga. 2017. 132 p.
39. Fernández Tijero MC. El origen de la mujer cuidadora: apuntes para el análisis hermenéutico de los primeros testimonios. Index Enferm [Internet]. 2016 Jun [citado 2018

Sep. 01]; 25(1-2): 93-97. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/monografico8.pdf>

40. Born T. La formación de cuidadores formales e informales acompañamiento y evaluación 2010. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf

41. Sánchez RT, Molina EM, Gómez Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid.* 2016; 7(1): 1171-84. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>

42. Romero Massa E, Rodríguez Castilla J, Pereira Díaz B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2015; 31(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400001&lng=es.

43. Díaz E, Mendoza Parra S, Sáez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enferm. glob.* 2015;14 (38): 235-248 [en línea] [Fecha de consulta: 12 de abril de 2019] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/administracion4.pdf>

44. Achury DM, Restrepo A, Torres NM, Buitrago AL, Neira NX, Devia P. Competencia de los cuidadores familiares para cuidar a los pacientes con falla cardíaca. *Rev Cuid.* 2017; 8(3): 1721-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.407>

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma y presupuesto

PERIODO	2017			2018												
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	7	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Efectuar revisión de tema. Búsqueda bibliográfica.								0	1	2						
Establecer problema de investigación																
Definir objetivos del estudio																
Construcción definitiva del anteproyecto.																
Sometimiento a evaluación por el Comité de ética y ajustes que haya lugar.																
Solicitud de permisos institucionales y planeación de las visitas domiciliarias para un mes																
Aplicación de encuesta de caracterización de persona con enfermedad crónica y su cuidador																
Aplicación de la escala de competencia para el cuidado en el hogar de la persona con enfermedad crónica y su cuidador																
Crear base de datos en Excel																
Sistematizar los casos en el SSPS																
Entrega de avances e informes parciales.																
Análisis de resultados y discusión.																
Ajustes conceptuales y metodológicos.																
Sustentación trabajo y presentación de resultado en evento científico.																
Consolidar informe final y entrega.																
Construcción y sometimiento de artículo de avances en revista indexada, para presentar y poner a disposición de la comunidad los resultados de la investigación.																

DESCRIPCIÓN GASTOS

		Valor Unitario	Total requerido	Valor Total	
GASTOS PERSONAL	DE Estudiante Investigador	\$15.000	Semestre: 2017-II 240 horas (15 horas x semana)	\$3.600.000	
	Estudiante Investigador	\$15.000	Semestre: 2017-I 640 horas (40 horas x semana)	\$9.600.000	
	Estudiante Investigador	\$15.000	Semestre: 2017-II 960 horas (60 horas x semana)	\$14.400.000	
	Asesoría académica: Investigativa, Facultad de Enfermería Universidad Nacional	\$100.000	Semestre: 2017-II 32 horas (2 horas x semana)	\$3.200.000	
	Asesoría académica: Investigativa, Facultad de Enfermería Universidad Nacional	\$100.000	Semestre: 2017-I 48 horas (3 horas x semana)	\$4.800.000	
	Asesoría académica: Investigativa, Facultad de Enfermería Universidad Nacional	\$100.000	Semestre: 2017-II 64 horas (4 horas x semana)	\$6.400.000	
	Materiales				
	Suministros trabajo de campo				
GASTOS OPERATIVOS	Papelería	\$50	\$150.000	\$150.000	
	Impresiones	\$200	\$100.000	\$100.000	
	Lápiz y bolígrafos	\$700	\$28.000	\$28.000	
	Carpetas	\$300	\$12.000	\$12.000	
	Material requeridos intervención educativa.	\$8000	\$320.000	\$320.000	
	Equipos				
Comunicaciones y transportes	\$400.000	12 meses	\$1.500.000		

		Uso de bases de datos	de	\$139.000	12 meses	\$ 1.668.000
PUBLICACIONES		Divulgación de resultados en artículo científico.	de	\$2.500.000	\$ 2.500.000	\$ 2.500.000
BIENESTAR Y CAPACITACIONES		Cursos de entrenamiento y actualización	de	2.000.000	2.000.000	2.000.000
		Asesoría estadística	de	2 asesorías	\$2.000.000	\$2.000.000
GASTOS TOTALES						\$52.268.000

Anexo 2. Permiso institucional



Bogotá febrero 19 de 2018

Licenciada

Fanny Ramos Acosta

Candidato a magíster en enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Estimada Fanny:

Luego de la revisión del proyecto **COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR DEL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN UN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL**, en la ciudad de Sincelejo me es es grato comunicarle que está aprobado para ser conducido de acuerdo con los reglamentos establecidos para la realización de estos proyectos.

Dando cumplimiento a los establecido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Atentamente,

Víctor Alberto Delgado R

Director Médico Nacional

Fresenius Medical Care Colombia

Anexo 3. Entrega documento

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá. D.C, septiembre 20 de 2017.

Señores
POSGRADOS UNIDISCIPLINARES FACULTAD DE ENFERMERÍA
Universidad Nacional de Colombia
Sede Bogotá
E.S.D.

Respetuoso saludo.

De manera muy atenta como directora de tesis de maestría me permito hacer entrega de proyecto de investigación de la estudiante Fanry de Jesús Ramos titulado "**Competencia para el cuidado en el hogar del paciente y el cuidador en un programa de diálisis peritoneal**", el cual ha sido orientado, revisado y por mi como directora de proyecto de tesis de maestría.

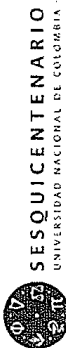
Se anexa documento y CD

Cordialmente,

BLANCA NIEVES PIRATOBA HERNANDEZ
Profesor Auxiliar
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Fanry Ramos Acosta".

FANRY RAMOS ACOSTA
Estudiante de la maestría
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia



[Página 1 de 1]
Elaboró: Blanca Piratoba Hernández

Carrera 30 No.45 – 03
Enfermería, Edificio 228, piso 3,
Oficina 305 Ext. 17013
Bogotá, Colombia
Correo electrónico: bnpiratobah@unal.edu.co
Patrimonio de todos los colombianos

Anexo 4. Certificación

	<p>Departamento de Enfermería Facultad de Enfermería Sede Bogotá</p>  <p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA</p>
<p>Fecha Marzo 5/2018 Señores: Comité De Ética Universidad Nacional, Colombia E.S.D.</p>	
<p>Respetuoso saludo.</p>	
<p>DECLARACION</p>	
<p>Yo, FANRY DE JESUS RAMOS ACOSTA declaro respecto al proyecto de Investigación titulado, COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR DEL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN UN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL. _Que no he iniciado el proceso de recolección de datos y no se hará hasta cuando esté siendo sometido a evaluación por el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y haya recibido el respectivo aval ético.</p>	
<p>Fanry Ramos Acosta Nombre del estudiante</p>	<p>Bianca N Piratoba Hernández Nombre Director proyecto</p>
<p>Firma </p>	<p>Firma</p>
<p>PROPIEDAD INTELECTUAL Por parte, se sugiere que los proyectos sea pertinente incluir la propiedad Acuerdo N°035 de 2003 del consejo académico por el cual se expide el Reglamento sobre la Propiedad Intelectual, Capítulo II, Derechos de Autor, Artículo 18° Derechos de los autores. Carta de compromiso y el número de la respectiva</p>	
<p>Cordialmente</p>	
<p> Fanry Ramos Acosta, Estudiante de Maestría Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia</p>	
	<p>[Página 1 de 1] Elaboró: Correo c Facultad de Enfermería edificio 228 365000 ext. 17013 Ciudad Bogotá Colombia</p> <p style="text-align: right;">Patrimonio de todos los colombianos</p>

Anexo 5. Socialización de resultados



Universidad
de Cartagena
Fundada en 1827

XXIV COLOQUIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

"Visibilizar la investigación para fortalecer el cuidado"



La Asociación Colombiana de Facultades - Escuelas de Enfermería y
La Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena

Certifican que la ponencia

Paciente y cuidador en un programa de diálisis peritoneal.


fue presentada en el

XXIV COLOQUIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA

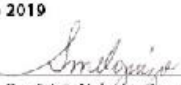
Autor(es)

Fanny Ramos Acosta, Blanca Piratoba Hernández

Celebrado en Cartagena de Indias D.T.C, los días 29, 30 y 31 de Mayo 2019


Dra. Edna Gómez Bustamante
Decana Facultad De Enfermería


Dra. Dolly Magnolia González Cuyos
Presidenta ACOFAEN


Dra. Estela Melquíez Herrera
Coordinadora General

