



Caso clínico

Intervención educativa por enfermería para la adherencia a los cuidados del paciente en diálisis peritoneal

Viviana Pahola Franco Mejía ¹, Yolima Manrique Anaya ², Judith Cristina Martínez Royert ¹, Joanny Sarmiento Gutiérrez  ^{1,3}, Valentina Pérez Jiménez¹, Luz Ángela Cortés Restrepo¹, Andrés Cadena-Bonfanti ³, María Vélez-Verbel ³ y Henry J. González Torres ⁴

¹ Programa de Enfermería, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

² Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

³ Clínica de la Costa, Barranquilla, Colombia

⁴ Facultad Ciencias de la Salud, Centro de Investigaciones en Ciencias de la Vida, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

Cómo citar: Franco Mejía VP, Manrique Anaya Y, Martínez Royert JC, Sarmiento Gutiérrez J, Pérez Jiménez V, Cortés Restrepo LA, *et al.* Intervención educativa por enfermería para la adherencia a los cuidados del paciente en diálisis peritoneal. Rev. Colomb. Nefrol. 2025; 12(3), e848. <https://doi.org/10.22265/acnef.12.3.848>

Resumen

Introducción: los pacientes en diálisis peritoneal requieren de unos conocimientos sobre los cuidados a aplicar durante la terapia renal, que contribuyen a mantener el estado de salud y a prevenir complicaciones como las infecciones, lo anterior motiva a implementar la teoría de Dorothea Orem a un paciente en manejo con diálisis peritoneal.

Objetivo: describir la intervención educativa de enfermería basada en la teoría de Dorothea Orem en un paciente con diálisis peritoneal.

Palabras clave: diálisis peritoneal, cumplimiento y adherencia al tratamiento, educación en enfermería, enfermedad renal crónica, factores de riesgo, prevención, enfermería, adherencia, promoción de la salud.

Recepción:

14/May/2025

Aceptación:

23/Abr/2025

Publicación:

31/Dic/2025

✉ **Correspondencia:** Joanny Sarmiento Gutiérrez, Clínica de la Costa, Cra. 50 # 80-90, Barranquilla, Colombia. Correo-e: viviana.franco@unisimonbolivar.edu.co



Presentación del caso: intervención realizada a un paciente masculino de 61 años de edad con antecedentes de enfermedad renal crónica, según la teoría de Orem, desarrollada en siete fases. A los 15 días de iniciar las diálisis en casa se hizo una visita domiciliaria, verificándose la infraestructura física su habitación de cemento donde se dializaba y dormía, esta se observó muy aseada y en orden como lo indicaba el protocolo, se hizo su lavado de manos de forma correcta, limpiaba la mesa, hacía la técnica de forma correcta y sin contaminación de sus manos, y pese a su limitación, de esta manera no requería la ayuda de su esposa. Pasado un año, el paciente continuó en la terapia de diálisis peritoneal sin presentar ni un episodio de infección.

Discusión y conclusión: la intervención de enfermería sobre el apoyo educativo en personas con diferentes enfermedades crónicas da una visión clara de la importancia que representa esta actividad en cambios positivos en el control de enfermedades degenerativas.

Effect of an educational intervention for adherence to patient care in peritoneal dialysis

Abstract

Background: Patients on peritoneal dialysis require knowledge about the care to be applied during renal therapy that contribute to maintaining health status and preventing complications such as infections, the above motivates the implementation of Dorothea Orem theory to a patient in management with peritoneal dialysis.

Purpose: to describe the educational intervention of nursing based on the theory of Dorothea Orem in a patient with peritoneal dialysis.

Case presentation: Intervention performed on a 61-year-old male patient with a history of Chronic Kidney Disease, according to the Orem Theory, developed in seven phases. A home visit is made 15 days after starting dialysis at home, the physical infrastructure being verified, its cement room where it was dialyzed and slept, it was observed very neat and in order as indicated by the protocol, its hand washing was done correctly, the table was cleaned by the technique in a correct way and without Contamination of his hands, despite his limitation, in this way he did not require the help of his wife, after a year the patient continues in peritoneal dialysis therapy without presenting an episode of infection.

Discussion and conclusion: The nursing intervention on educational support in people with different chronic diseases gives a clear vision of the importance of this activity in positive changes in the control of degenerative diseases.

Keywords: Peritoneal dialysis, Treatment adherence, Nursing education, Chronic kidney disease, Risk factors, Prevention, Nursing, Adherence, Health promotion.

Introducción

En América Latina y el Caribe, el aumento de la longevidad ha contribuido a la aparición de nuevas prioridades en salud, como son las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares (con exclusión de las muertes súbitas), la cirrosis hepática, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, la diabetes y la insuficiencia renal [1].

Estas enfermedades impactan en la calidad de vida de las personas, especialmente en sus años de vida saludables perdidos (AVISAS). Además, estas enfermedades se consideran como patologías de proceso de larga evolución, tratables mas no curables, lo que de una manera inminente afecta negativamente el desarrollo social y económico de las personas que las padecen.

La enfermedad renal crónico (ERC) se puede considerar como una de estas enfermedades, la cual afecta al 10 % de la población mundial y se encuentra estrechamente ligada a otras entidades como lo son las de origen cardiaco (enfermedades cardiovasculares), metabólicas (diabetes) y vasculares (estenosis, insuficiencias) [2,3].

Colombia reporta datos sobre la ERC, aduciendo que más de 25 000 pacientes se hallan en estadio 5, dentro de la clasificación para esta enfermedad (siendo este el grado más avanzado), y para su manejo es necesaria la utilización de terapia de reemplazo renal de alto costo: la diálisis automatizada [4].

Las personas que cursan ERC sobreviven con una función renal mínima, con una alta probabilidad de deterioro de otros órganos, agravando su situación y generando en ellos dificultades cognitivas, óseas, cardiacas y respiratorias, entre otras. Es por ello que la tarea es lograr que los pacientes mantengan una buena calidad de vida, a pesar de permanecer en tratamientos de remplazo renal, los cuales ayudan efectivamente al paciente, pero generan desgaste psicosocial y físico, no solo al paciente sino a su núcleo familiar también [5].

La IRC es considerada una patología prevenible, siempre y cuando no se cuente con diagnósticos de tipo genético que marquen un curso de un padecimiento inevitable. Esta suele ser silenciosa, progresiva y no presentar síntomas hasta las etapas avanzadas, donde requiere algún tipo de terapia de remplazo renal, las cuales son; diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis [6]. Estas terapias han aumentado en la supervivencia de estos pacientes, que se relacionan positivamente con una mejoría en el bienestar, tanto de la persona como de su familia [7].

La DP es una técnica que realiza el paciente en su domicilio y requiere que el paciente y el cuidador adquieran conocimiento o nociones del procedimiento para la realización del protocolo [8], dando como resultado un paciente capaz de identificar complicaciones, que van desde peritonitis hasta infecciones del sitio de inserción del catéter [9].

En consecuencia, para el éxito de la DP en el domicilio, es necesario el desarrollo de programas de entrenamiento y reentrenamientos institucionales dirigidos por profesionales de enfermería que permitan la actualización y evaluación permanente de lo aprendido, evidenciando en esta estrategia una disminución de las infecciones asociadas al protocolo de DP y al cuidado del catéter y a su orificio de salida [10].

Desde esta óptica, cabe resaltar que la enfermería cuenta con teóricas que enfatizan la importancia de la educación como herramienta de cuidado, tal como Dorothea Orem con su teoría: “Sistemas de enfermería, específicamente de apoyo educativo”, el cual es derivado de la subteoría de sistemas de enfermería. El sistema de apoyo educativo es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para su autocuidado y que puede aprender a adaptarse a nuevas situaciones, es decir, el rol de la enfermería dentro de este sistema es el de proporcionar ayuda para la toma de decisiones, comunicar conocimientos y habilidades; a su vez, el sistema de apoyo educativo se encarga de regular el ejercicio y el desarrollo de la acción del autocuidado, a través del apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal; mantenimiento del crecimiento, la maduración y el desarrollo normales; prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones; prevención de la incapacidad o su compensación; promoción del bienestar; apoyo de los procesos físicos, psicológicos y sociales esenciales; mantenimiento de la estructura y el funcionamiento humano; desarrollo pleno del potencial humano; prevención de lesiones o enfermedades; curar o regular la enfermedad (con la ayuda apropiada); y curar o regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada) [11]. Dentro de este sistema, el profesional de enfermería tiene como función regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades del autocuidado, mientras que el propio paciente es quien lo realiza.

En el caso de pacientes de DP, es necesario integrar un sistema de apoyo educativo, ya que el paciente adquirirá conocimientos y habilidades para la realización de la DP en el domicilio [12], así mismo, es importante recordar que la percepción de necesidad de cuidado es única para cada persona, al igual que las acciones y el modo en que cada uno las realiza para cuidar de sí mismo, porque están determinadas por los hábitos y las costumbres, es decir, por las condiciones sociales, tal como se refleja en el presente caso, siendo un aspecto relevante en el que se debe modificar el estilo de vida para adaptarse a la enfermedad [13].

El cuidado provisto por enfermería en el paciente en DP ambulatoria continua para favorecer la adherencia al tratamiento incluye, además del entrenamiento, un seguimiento continuo al paciente y al cuidador, donde se evidencie la realización del protocolo, el adecuado lavado de manos, el mantenimiento de la higiene del área donde se realiza la diálisis y demás

recomendaciones dadas por el personal de enfermería. Este seguimiento se lleva a cabo a través de llamadas telefónicas continuas, mensajes de texto y visitas domiciliarias que proporcionen información de la situación real del entorno del paciente [14].

Con el presente caso se propuso describir la intervención educativa de enfermería basada en la teoría de Dorothea Orem en un paciente con DP.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente de 61 años con ERC en terapia de DP, con alteraciones en la dinámica familiar y déficit de conocimientos acerca del proceso de DP, quien logra adquirir conocimientos para cuidarse por sí mismo, mantener su salud y bienestar mediante la orientación, guía y seguimiento por parte de su enfermera, de acuerdo con la teoría de Dorotea Orem.

Se realizó una intervención siguiendo la teoría de Orem, al paciente masculino con antecedentes de ERC, la intervención se desarrolló en siete fases interrelacionando los conceptos de la teoría con el diagnóstico médico y los protocolos de la institución. Se aplicó un pretest donde se le preguntó sobre los conocimientos básicos de la ERC y, al finalizar el entrenamiento, se aplicó un postest, donde se valoraron los conocimientos adquiridos en las intervenciones educativas realizadas. A continuación, se describe el proceso realizado.

Primera fase: teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem (sistema totalmente compensatorio)

Comienza la interacción entre el paciente, su familia y el equipo sanitario de la unidad, donde se explica de manera general el comportamiento de esta enfermedad, su tratamiento y algunas implicaciones en su rutina diaria. En esta etapa, el profesional de enfermería desarrolla un rol orientador y ofrece respuestas explicativas a las múltiples dudas y expresiones de ansiedad, incertidumbre, desconfianza y demás sentimientos y emociones que se deben tener en consideración durante esta intervención.

Posteriormente, el área de Nefrología decide implantar el catéter peritoneal y se procede a dar inicio esa semana a la DP, y comienzan los protocolos por parte de enfermería, que incluyen una visita domiciliaria inicial, con el fin de evaluar las condiciones de la vivienda. En este caso se concluyó que no era apta para el tratamiento.

Segunda fase: (sistema parcialmente compensatorio)

Se busca el mantenimiento de la comunicación enfermera-paciente y el incremento en el proceso de interacción y establecimiento de la confianza. A la vez, se realiza una intervención educativa a la familia sobre la enfermedad y el requerimiento de adecuación de la vivienda para dar inicio al tratamiento. Es en este momento que la familia decide crear un cuarto con las indicaciones establecidas y poder hacer la autoaplicación.

Tercera fase: (sistema parcialmente compensatorio)

Se procede a materializar el ingreso del paciente a la terapia indicada medicamente: DP, y le es implantado un catéter peritoneal, posteriormente se programan seguimientos posquirúrgicos y predialíticos, dando lugar a la llegada del séptimo día, donde el personal de enfermería procede a realizar la prueba de la permeabilidad del catéter peritoneal, la cual resultó ser positiva, por lo que se programó la primera sesión de diálisis.

En la medida en que se dio inicio a la educación expresada durante la terapia para preparar el retorno a su medio habitual, se propusieron nuevos objetivos que reflejaron su compromiso frente al mantenimiento de su salud y bienestar, se comenzó aquí la evaluación de la satisfacción del usuario sobre el proceso de salud prestado y se referencia, de manera más clara, el rol de los integrantes del equipo de salud, además de evaluar los conocimientos adquiridos en el proceso.

Cuarta fase: (sistema de apoyo educativo)

Se comenzó el entrenamiento con la participación activa de la esposa del paciente, sin embargo, en la valoración se identificó que, por lesiones en los dedos de la mano, ella no podía ser quien lo dializara según los protocolos, la segunda opción fue una acompañante, que a tan solo cinco días de iniciar el tratamiento, decidió no seguir con el apoyo, sin embargo, se logró que en 10 días el paciente lograra hacer el procedimiento, tal como lo describía la teoría de Orem.

Quinta fase: (sistema de apoyo educativo)

Segunda visita domiciliaria para verificar las condiciones de la habitación, la cual fue creada y distribuida según las indicaciones establecidas en los protocolos y las recomendaciones dadas por el profesional de enfermería, que incluían: adecuada higiene en la habitación, elementos necesarios para la realización del protocolo (como una mesa, un lavamos artesanal, ya que no

contaba con baño interno, un atril, una silla y elementos para la higiene de las manos: jabón, gel antibacterial, toallas desechables y mascarillas).

Sexta fase: (sistema de apoyo educativo)

Seguimiento telefónico en el que se encontró que, debido al abandono de su acompañante en el proceso, el paciente decidió iniciar la autoaplicación, lo que ponía en riesgo su bienestar. Se realizó una reinducción teórica y práctica de la técnica, observando el compromiso que manifestaba el paciente y su voluntad, pese a tener una discapacidad en la marcha, con el apoyo de su esposa.

Séptima fase: (sistema de apoyo educativo)

Posteriormente, se hizo visita domiciliaria para evaluar el protocolo en la realización de la DP y las condiciones, las cuales resultaron de absoluto cumplimiento por parte del paciente con apoyo familiar, el apoyo educativo que proporcionó el personal de enfermería al paciente influyó positivamente en su capacidad de autocuidado, porque permitió tener conciencia, atender los efectos de las enfermedades y cumplir con las recomendaciones brindadas.

Discusión

Un paciente, por dificultades de apoyo familiar, decidió realizar la técnica para el manejo del catéter por sí mismo, a los 15 días de iniciar las diálisis en casa, se hizo una visita domiciliaria, verificándose la infraestructura física de su habitación donde se dializaba y dormía, esta se observó muy aseada y en orden como lo indicaba el protocolo. Al comienzo de la terapia, llamó la atención la manera en cómo se organizó para realizarse su diálisis sentado, se hizo su lavado de manos, limpieza de la mesa e hizo toda la técnica cumpliendo con los protocolos establecidos sin contaminación de sus manos, pese a su limitación. De esta manera no requirió de la ayuda de su esposa.

El paciente continuó con valoraciones mensuales en la unidad renal por enfermería y con su nefrólogo tratante, un seguimiento telefónico semanal y visitas domiciliarias trimestrales. Pasado un año, el paciente continuó en la terapia de DP sin presentar ni un episodio de infección.

Conclusiones

Este caso clínico permitió interrelacionar la teoría de Dorothea Orem en la práctica de enfermería, a través de la educación a un paciente en DP, la intervención por fases y el

seguimiento de las mismas, lo que favoreció al paciente en su nueva experiencia de salud como lo fue el inicio de la DP, así como a su núcleo familiar (esposa), quienes posterior a la educación, se involucraron en el apoyo del tratamiento de su familiar, lo que llevó a una mejora en el autocuidado del paciente.

Al momento de redactar este caso, el paciente se mantenía con el proceso de DP en casa, bajo seguimientos y sin presentar complicaciones (como un proceso infeccioso) en cuanto al sistema educativo de apoyo, también conocido como sistema de apoyo-desarrollo, donde la persona “es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas necesarias de autocuidado terapéutico orientado externamente o internamente, pero no puede hacerlo sin ayuda”, lo que permite sustentar el rol activo que tiene el profesional de enfermería en la educación del paciente renal.

Agradecimientos

Los autores agraden la participación en este estudio del paciente en diálisis peritoneal mencionado en este caso y a su familia.

Contribución de los autores

Viviana Pahola Franco Mejía: conceptualización, investigación, metodología, escritura del borrador original; Yolima Manrique Anaya: conceptualización, escritura del borrador original; Judith Cristina Martínez Royert: visualización; Joanny Sarmiento Gutiérrez: curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración de proyectos, recursos, supervisión, validación, escritura, revisión y edición; Valentina Pérez: análisis formal, validación, escritura, revisión y edición; Luz Angela Cortez: investigación, visualización; Andrés Cadena-Bonfanti: supervisión; María Vélez-Verbel: *software*; Henry J. González Torres: *software*.

Declaración de fuentes de financiación

Los autores declaran que no recibieron financiación para la elaboración o publicación de este caso clínico.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tuvieron conflictos de interés relacionados con la publicación de este artículo.

Implicaciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo en conformidad con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, el Informe Belmont y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos propuestas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Asimismo, se acató la normativa nacional contenida en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, la cual establece los lineamientos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en salud.

De acuerdo con dicha resolución, esta investigación fue clasificada como “sin riesgo” y obtuvo la aprobación del Comité de Ética Institucional de la Clínica de la Costa Ltda. Se garantizó el respeto a la dignidad, la autonomía y la confidencialidad de la información del participante, quien otorgó su consentimiento informado antes de la recolección de datos.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no usaron inteligencia artificial en la elaboración o escritura de este caso clínico.

Declaración de datos

Los autores declaran que no existen datos publicados en acceso abierto, para este caso. Cualquier consulta al respecto, se debe contactar directamente al autor de correspondencia.

Referencias

- [1] World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO; 2014. [citado 2017 ag. 12]. https://www.iccpportal.org/sites/default/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf ↑Ver página 2
- [2] Ruiz-MejíaR, Méndez-Durán A. Problema de salud pública: enfermedad renal crónica en México, la urgente necesidad de formar médicos especialistas. Gaceta Médica de Bilbao. 2018;115(4):194-9. ↑Ver página 3
- [3] Lopera Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev Ger Pol Sal. 2016;15(30):212-33. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.ercc> ↑Ver página 3

- [4] Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia. Informe 2013. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2013 [2024 Ago 15]. <https://cuentadealtocosto.org/site/informes/enfermedad-renal-cronica/informe-2013/> ↑Ver página 3
- [5] Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*. 2008;18(2):165-79. ↑Ver página 3
- [6] Bhatt GC, Das RR. Early versus late initiation of renal replacement therapy in patients with acute kidney injury-a systematic review meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):78. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0486-9> ↑Ver página 3
- [7] Pereira Feijoo MC, Queija Martínez L, Blanco Pérez A, Rivera Egusquiza IA, Martínez Maestro VE, Prada Monterrubio Z. Valoración del estado nutricional y consumo alimentario de los pacientes en terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2015;18(2):103-11. <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000200005> ↑Ver página 3
- [8] Scimago Institutions. Peritonitis e infección del orificio de salida del catéter en pacientes en diálisis peritoneal en el domicilio. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):773-781. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0413.2630> ↑Ver página 3
- [9] Hipólito Toledo J, Cruz Corchado M. Seguridad en el cuidado de enfermería al paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011;19(3):99-104. ↑Ver página 3
- [10] Marinner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6.a ed. Elsevier-Mosby; 2007. ↑Ver página 4
- [11] Palacios Fonseca C, Jordán Jinez ML, Zavala Pérez IC. Apoyo educativo y su influencia en el autocuidado del adulto con obesidad. *Waxapa*. 2012;4(1):10-21. ↑Ver página 4
- [12] Sánchez C. Influencia del apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente con cardiopatía isquémica. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2004;12(2):36-39. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2382424.pdf> ↑Ver página 4
- [13] Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 2017;19(3): <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf> ↑Ver página 4

- [14] Ávila Alpírez H, Meza Guevara S, Frías Reyna B, Sánchez Andrade E, Vega Alanís C, Hernández Saldivar MA. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cul Cuid.* 2006;20:141-6. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.20> ↑Ver página 5