



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A MASCULINO ADULTO CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRADO V POR
ACIDOSIS TUBULAR RENAL IDEOPATICA EN
TRATAMIENTO HEMODIALITICO**

Trabajo de Grado modalidad Curso Especial de Grado, como Requisito Parcial para
Optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Clínico:

Lcdo. Jaime Hernández Ferrer

Tutora Metodológico:

Msc. Isabel Velásquez

Autora:

T.S.U Mariana Rodríguez

C.I-V-27.280.531

Email: **mr622394@gmail.com**

Guatamare, agosto 2024



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A MASCULINO ADULTO CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRADO V POR
ACIDOSIS TUBULAR RENAL IDEOPATICA EN
TRATAMIENTO HEMODIALITICO**

Trabajo de Grado modalidad Cursos Especiales de Grado, como Requisito Parcial
para Optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora:

T.S.U Mariana Rodríguez

C.I-V-27.280.531

Email: **mr622394@gmail.com**

Guatamare, agosto 2024



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ACTA DE APROBACION POR EL TUTOR ACADEMICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A MASCULINO ADULTO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRADO V POR ACIDOSIS TUBULAR RENAL IDEOPATICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO, presentado por la Br. RODRIGUEZ CASTRO, MARIANA DEL VALLE portadora de la Cédula de Identidad: 27.280.531 como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado, encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Académico

Lcdo. Jaime Hernández



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ACTA DE APROBACION POR EL TUTOR METODOLOGICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A MASCULINO ADULTO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRADO V POR ACIDOSIS TUBULAR RENAL IDEOPATICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO, presentado por la Br. RODRIGUEZ CASTRO, MARIANA DEL VALLE portadora de la Cédula de Identidad: 27.280.531 como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado, encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Metodológico

MSc. Ysabel Velásquez

ACTA DE APROBACIÓN POR EL JURADO CALIFICADOR



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO
MODALIDAD CURSOS ESPECIALES
ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

TGLECEG-23-2024

Núcleo: Nueva Esparta
Escuela: Ciencias de la Salud
Departamento: Enfermería
Periodo: III-2023

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
III-2023	161-5303	HEMODIÁLISIS	9	Jaime Hernández
III-2023	161-5403	DIÁLISIS PERITONEAL Y TRANSPLANTE RENAL	8	Jaime Hernández

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería Nefrológica reunidos el día 8 de agosto de 2024, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por la bachiller: **RODRÍGUEZ CASTRO MARIANA DEL VALLE**, Cédula de Identidad **V-27.280.531**, como requisito parcial para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

En concordancia con el Artículo 53 del Reglamento de Trabajo de Grado d Pregrado de la Universidad de Oriente, se levanta la presente acta. Los miembros del jurado han acordado el siguiente veredicto:

Aprobado
Mentorío

NOMBRE DE LOS PROFESORES	Nº CÉDULA	FIRMA
Jaime Hernández	11.856.027	Jaime Hernández
Andreina Noriega	19.116.997	Andreina Noriega

Lcda. Andreina Noriega
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

DEDICATORIA

Quiero dedicar este gran logro primeramente a mis padres, por estar presente desde el día uno, por permanecer siempre conmigo, por estar en los momentos más difíciles, por velar por mi bienestar todos los días, por creer en mí a pesar de todas las circunstancias, por ser mi guía durante todo este largo proceso.

A mis hermanos Ángel, Mariengel, Miguel, Ana y Javier por estar durante todo este largo proceso, por el apoyo y compañía incondicional, por su disposición para ayudarme en cualquier cosa que necesitara.

A mis abuelos, por estar siempre pendiente de todo, aunque no vivimos juntos, fueron parte de todo este recorrido académico y sé que están orgullosos de ver hasta donde ha llegado su primera nieta.

A mi gato adorado Pancho, aunque ya no estás conmigo fuiste mi mejor mascota, compañero y amigo, tu madrugabas conmigo mientras yo hacía mis trabajos, me esperabas en casa mientras yo salía a mis clases y prácticas clínicas, y cuidabas mis cosas, te recordare siempre mi pancho.

A mis compañeras y amigas de clase Romina, Michelle, Vanessa, Edith, Raquel, Mariangelys que siempre estuvieron desde el día uno y a las que se fueron integrando durante el transitar académico, por estar presente, por el apoyo incondicional, las risas, las lágrimas y todos los conocimientos compartidos.

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta aquí, por los padres que me otorgo, por guiarme por el camino de lo correcto, por permitirme emprender este camino por el área de la salud como siempre lo quise, por mantener a mi familia unida durante este transitar, por los hermanos que me regalo y por este logro obtenido, Gracias mi Dios.

A mi papa Franklin por estar presente desde mis inicios académicos hasta ahora, por toda su comprensión, paciencia, cariño, apoyo y compañía, por llevarme todos los días a la UDO y esperar la hora de salida para regresar a casa, por llevarme a donde fuese necesario para cumplir con las exigencias académicas, por sus consejos, porque fuiste el pilar principal de este logro, te agradezco hoy y estaré agradecida siempre por todo, porque sin ti nada de esto hubiera sido posible, Gracias papi.

A mi mama por siempre estar pendiente, atenta y dispuesta, por estar todas las madrugadas con ese desayuno y ese café puntual para poder salir a cumplir con mis labores académicas, por ese carácter y temple que te caracteriza, por esos regaños que hoy te agradezco, por formar parte del día a día de todo este proceso, velar siempre por el bienestar de todos, porque eres mi motor y motivo para vivir y seguir a delante, Te amo mama.

Quiero agradecer al carrito de la familia Ford azul, ese que siempre me llevo a la UDO, al maco, al espinal, a los robles y a donde fuese necesario, durante todo el transitar de mi carrera para cumplir con mis horas académicas y prácticas clínicas, el mismo que hoy me lleva al hospital Dr. Luis Ortega. Gracias a él han sido más fáciles los días, Gracias.

Agradezco a todos los profesores de la U.E Las Hernández los cuales guiaron mis pasos desde mis inicios hasta mi bachillerato, a la cadena de profesores que Dios me dio el privilegio de conocer en la casa más alta del oriente UDO. Todos formaron parte de este logro, dejando huellas, experiencias, vivencias, conocimientos, aprendizajes y amistades. La cantidad de profesores es incontable pero todos están en mi corazón y estaré inmensamente agradecida por siempre.

ÍNDICE DE GENERAL

Índice de Cuadro	xiv
Índice de Figuras	xvi
Resumen.....	xvii
Introducción	18

CAPÍTULO I PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. LUIS ORTEGA”

1.1 Reseña Histórica.....	21
1.2 Biografía del Dr. Luis Ortega.....	28
1.3 Propósito	29
1.4 Filosofía	30
1.5 Valores	30
1.6 Misión	31
1.6 Visión	32
1.7 Objetivo.....	33
1.7.1 Objetivo General	33
1.7.2 Objetivos Específicos.....	34
1.8 Tipo de Establecimiento.....	34
1.9 Ubicación Geográfica.....	38
1.10 Estructura Organizativa.....	40
1.10.2 Sub-Dirección Administrativa	41
1.10.3 Sub-Dirección de Recursos Humanos.....	41
1.10.4 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento	41
1.10.5 Sub-Dirección Médico	41
1.10.6 Sub-Dirección Médica Docente	42
1.11 Estructura Organizativa de Enfermería	44
1.11.1 Jefatura de Enfermería	44
1.11.2 Secretaria.....	46
1.11.3 Enfermeros (as) Adjunto Administrativo.....	46
1.11.4 Enfermero (as) Adjunto Asistencial.....	46
1.11.5 Enfermero (as) Adjunto Docente	47
1.11.6 Enfermeros (as) Supervisor(es).....	47
1.11.6 Enfermero (a) Coordinador	47
1.11.7 Enfermeros (as) Asistenciales Tipo IV y III	48
1.11.8 Enfermeros (as) Asistenciales Tipo II.....	48
1.11.9 Enfermeros (as) Asistenciales Tipo I.....	48

1.11.10 Auxiliar de Enfermería.....	49
1.11.11 Camilleros(as)	49
1.11.12 Camareras.....	49

CAPÍTULO II

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS “DR. EDGAR MOGLIA”

2.1 Reseña Histórica.....	51
2.2 Importancia y justificación.....	54
2.3 Descripción y ubicación.....	55
2.4 Recurso y/o Talento Humano de la Unidad	61
2.5 Misión	63
2.6 Visión	63
2.7 Objetivos	64
2.8 Funciones, Actividades y Tareas del equipo de Enfermería	65
2.8.2 Personal de Enfermería Técnico en Diálisis	66
2.8.4 Camarera	68
2.9 Aproximación Diagnostica.....	70

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACION Y CASO CLÍNICO

3.1 Marco Metodológico de la Investigación.....	75
3.1.1. Enfoque de la Investigación	75
3.1.2 Método de la Investigación: Investigación Acción Participante.....	75
3.1.3 Método de la investigación: Estudio de Caso	76
3.1.4 Tipo de Estudio: Descriptivo	76
3.1.5 Diseño del Estudio: De Campo-Documental	77
3.2 Marco Legal de la Investigación	79
3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)	79
3.2.2 Ley Orgánica de Salud de Venezuela (1998).....	81
3.2.3 Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005).....	84
3.2.4 El Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008)	86

3.2.5 Ley Sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos (2012)	87
3.2.6 Gaceta Oficial 37.715, Normas que Establecen los Requisitos Arquitectónicos y de Funcionamiento para la Creación de Unidades de Hemodiálisis, en Establecimientos Medico-Asistenciales Públicos y Privados (2004)	89
3.3 Marco Referencial de la Investigación y Estudio de Caso.....	91
3.3.1 Antecedentes Internacionales	91
3.3.2 Antecedentes Nacionales	95
3.3.3 Antecedentes Locales	98
3.4 Marco Teórico de la Patología del Caso Clínico	101
3.4.1 Agnesia Renal Unilateral	101
3.4.1.1 Definición:.....	101
3.4.1.2 Etiología:	101
3.4.1.3 Fisiopatología:.....	102
3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas:	103
3.4.1.5 Complicaciones:	103
3.4.2 Acidosis Tubular Renal.....	104
3.4.2.1 Definición:.....	104
3.4.2.2 Etiología:	105
3.4.2.3 Fisiopatología:.....	106
3.4.2.4 Manifestaciones Clínicas:	109
3.4.2.5 Complicaciones:	109
3.4.3 Enfermedad Renal Crónica	110
3.4.3.1 Definición:.....	110
3.4.3.2 Etiología:	111
3.4.3.3 Fisiopatología:.....	111
3.4.3.4 Manifestaciones Clínicas:	112
3.4.3.5 Complicaciones:	113
3.4.3.6 Tratamiento:	113
3.4.3.6 Tratamiento Conservador:.....	114
3.4.3.7 Tratamiento Sustitutivo:.....	115
3.4.3.8 Tratamiento Farmacológico:	117
3.4.3.9 Fichas Farmacológicas	118
3.5 Atención de Enfermería: Marco Teórico y Metodológico:.....	126
3.5.1 Aspectos de las Teorizantes	126
3.5.1.1 Dorothea Orem:.....	126
3.5.1.2 Hildegard Peplau:.....	128

3.5.2 Fundamentos teóricos de enfermería	128
3.5.2.1 Dorothea Orem Teoría del déficit del autocuidado:.....	128
3.5.2.2 Dorothea Orem Teoría del Autocuidado:.....	132
3.5.2.3 Dorothea Orem teoría de los Sistemas de Enfermería:	133
3.5.2.4 Hildegard Peplau Teoría psicodinámica:	135
3.5.2.5 Relación de las teorías con el caso.....	136

CAPITULO IV DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

4.1 Título del Caso Clínico	138
4.2 Resumen de Caso	138
4.3 Objetivos	140
4.3.1 Objetivo General	140
4.3.2 Objetivos Específicos.....	140
4.4 Historia de Enfermería	141
4.4.1 Anamnesis.....	141
4.4.2 Valoración Objetiva	143
4.4.3 Valoración Subjetiva:.....	145

CAPITULO V EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS DR. EDGAR MOGLIA DEL HOSPITAL DR LUIS ORTEGA

5.1 Proceso Enfermero:.....	169
5.1.2 Objetivo del proceso enfermero	169
5.1.3 Funciones del proceso enfermero.....	170
5. 2 Descripción de actividades y tareas asistenciales	172
5.3 Descripción de actividades y tareas docentes	173
5.4 Descripción de actividades y tareas Administrativas.....	174
5.5 Descripción de actividades y tareas investigativas	174
5.6 Retos, desafíos y perspectivas del quehacer profesional de enfermería en el contexto actual	177
5.7 Opinión de un integrante del personal sobre el quehacer profesional de enfermería	178
5.8 Opinión personal del investigador sobre el quehacer profesional de enfermería	179

Conclusión	181
Recomendaciones.....	184
Referencias Bibliográficas	186

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	71
Cuadro representativo de las entrevistas realizadas.	71
Cuadro 2	119
Ficha Farmacológica de Ácido Fólico	119
Cuadro 3	120
Ficha Farmacológica del Citrato de Calcio	120
Cuadro 4	121
Ficha Farmacológica de Hierro.	121
Cuadro 5	122
Ficha Farmacológica de Complejo B.	122
Cuadro 6	123
Ficha Farmacológica de Eritropoyetina	123
Cuadro 7	124
Ficha Farmacológica de Heparina	124
Cuadro 8	125
Ficha farmacológica de Protirenal	125
Cuadro 8	150
Cuadro analítico para el aspecto de aporte adecuado de oxígeno.	150
Cuadro 9 Plan de cuidados para el aspecto de aporte adecuado de oxígeno.....	151
Cuadro 10	152
Cuadro analítico para el aspecto de provisión y cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción.	152
Cuadro 11 Plan de cuidados para el aspecto de provisión y cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción.	153
Cuadro 12	154
Cuadro analítico para el aspecto mantenimiento de un adecuado aporte de alimento.	154
Cuadro 13 Plan de cuidados para el aspecto de mantenimiento de un adecuado aporte de alimentos.	155
Cuadro 14	156
Cuadro analítico para el aspecto mantenimiento de un aporte adecuado de agua. ...	156
Cuadro 15 Plan de cuidados para el aspecto de mantenimiento de un aporte adecuado de agua.	157
Cuadro 16	158

Cuadro analítico para el aspecto 7 prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	158
Cuadro 17 Plan de cuidados para el aspecto 7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	159
Cuadro 18.....	160
Cuadro analítico para el aspecto prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano.	160
Cuadro 19 Plan de cuidados para el aspecto 7 prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar humano.	161
Cuadro 20.....	162
Cuadro analítico para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.	162
Cuadro 21 Plan de cuidados para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.	163
Cuadro 22 Plan de cuidados para el aspecto 5 mantenimientos del equilibrio entre la actividad y el descanso.	164
Cuadro 22.....	165
Cuadro analítico para el aspecto 8 promoción del funcionamiento y desarrollo humano.....	165
Cuadro 23 Plan de cuidados para el aspecto 8 Promoción y funcionamiento del desarrollo humano.....	166
Cuadro 25.....	167
Cuadro analítico para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.	167
Cuadro 25 Plan de cuidados para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.	168
Cuadro 27.....	176
Diagrama de Gantt de las Actividades Ejecutadas Durante el Periodo de Pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del Hospital Luis Ortega de Porlamar.	176

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	39
Mapa de la ubicación geográfica del hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar.	39
Figura 2	43
Organigrama Estructural del Hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar	43
Figura 3	50
Estructura Organizativa de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.	50
Figura 4	60
Mapa de la ubicación geográfica de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” del Hospital Dr. Luis Ortega.	60
Figura 5	62
<i>Organigrama de la Coordinación de Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”</i>	62
Figura 6	69
Organigrama Funcional de Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”	69
Figura 7	108
Ubicación estructural de la ATR.....	108



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Tutor Asistencial: Lcdo. Jaime Hernández	Autora: Mariana Del Valle Rodríguez Castro
Tutor Metodológico: Lcda. Ysabel Velázquez	C. I: 27. 280. 531
	Periodo Académico: III- 2023

**PROCESO ENFERMERO A MASCULINO ADULTO CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA GRADO V POR ACIDOSIS TUBULAR RENAL
IDEOPATICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO**

RESUMEN

La enfermedad renal crónica se caracteriza por daños que evitan la formación de la orina, llevando a que los pacientes recurran a tratamiento de sustitución renal como la diálisis (peritoneal y Hemodiálisis) y el trasplante renal. Este estudio está basado en un paciente de 36 años de edad con agenesia renal derecha que evolucionó a ERC grado V por acidosis tubular quien recibe tratamiento hemodialítico desde 2012. Planteándose como objetivo aplicar proceso enfermero a masculino adulto con Enfermedad Renal Crónica grado V por Acidosis Tubular Renal Idiopática en tratamiento Hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgard Moglia” utilizando una conjugación entre la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, la teoría de Relaciones Interpersonales de Hildergard Peplau y la taxonomía NANDA NIC y NOC (2020-2023). Bajo un enfoque cualicuantitativo, estudio de campo vs documental y de tipo descriptivo. Concluyendo que los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental, integral y holístico en el proceso de la ERC. Se evidencio en los resultados obtenidos del proceso enfermero aplicado al paciente objeto de estudio mejorías en su situación de salud actual por lo que se recomienda seguir las indicaciones en cuanto a los siguientes aspectos: de tratamiento, nutricional, emocional y de apoyo familiar para continuar avanzando en su estado de salud.

Palabras Claves: Enfermedad Renal, Proceso Enfermero Integral, taxonomía NANDA-NIC-NOC

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la pérdida parcial o total de la función renal debido a una causa específica que genere daños en la tasa de filtración glomerular. Según la Organización Panamericana de salud (OPS, 2013) define la ERC como la pérdida gradual de la función renal, resaltando que los riñones filtran los desechos y el exceso de líquido de la sangre, que luego son excretado por la orina, cuando la ERC alcanza una etapa avanzada causar daños letales (pàrr.1). Por otro lado, en el 2021 la misma organización mencionada anteriormente emitió un informe de la carga de enfermedades renales en la región de las Américas donde reportan que para el año (2019) en toda la región las enfermedades renales fueron responsables de: 254.028 defunciones totales de las cuales 131.008 defunciones en hombres y 123.020 defunciones en mujeres, destacando los países Nicaragua, El Salvador, Bolivia, Guatemala, Suriname, Honduras y Ecuador.

Según estudio realizado por la Universidad de Carabobo (2019) en Venezuela se estima una cifra de ERC de unos diecinueve mil (19 000) pacientes; de ese total, solo catorce mil (14 000) aproximadamente se encuentran en tratamiento de diálisis. Específicamente, en el Estado Nueva Esparta se encuentra la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia perteneciente al hospital Dr. Luis Ortega, donde se atienden a paciente con enfermedad renal llevándose a cabo las consultas, colocación de catéter de diálisis y procedimientos del tratamiento dialictico, actualmente en esta unidad se encuentran activos ciento diecisiete (117) pacientes, de los cuales cuarenta y cuatro (44) son de sexo femenino y setenta y tres (73) son de sexo masculino recibiendo su tratamiento de remplazo renal en la modalidad hemodiálisis (116) y en la modalidad diálisis peritoneal (1) .

En esta unidad los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en colaboración con otros profesionales del área de salud. Los enfermeros se encargan del cuidado de los pacientes desde los inicios y durante todo el proceso de la enfermedad, orientándolos sobre el proceso de la ERC y todos los cambios generados, les realizan el tratamiento de remplazo renal, monitoreo de los signos vitales antes, durante y después del tratamiento, administración de fármacos, además de instruir a las nuevas generaciones.

En este proceso se le brinda la oportunidad a los pasantes de enfermería cursantes del área especial de grado mención nefrología llevar a cabo la modalidad implementada por la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta permitiendo de este modo el desarrollo el presente trabajo de curso especial de grado el cual tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a masculino adulto con Enfermedad Renal Crónica grado V por Acidosis Tubular Renal Idiopática en tratamiento Hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgard Moglia” utilizando una conjugación entre la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, la teoría de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau y la taxonomía NANDA NIC y NOC.

Resaltando la gran importancia del presente trabajo de estudio de caso clínico en función a las necesidades del paciente objeto de estudio para beneficio del mismo elaborando planes de cuidados y poniéndolos en práctica sistematizando la atención, acción e intervención del paciente, realizando instigaciones continuas para el abordaje de las problemáticas de salud presentadas, además, de ser un requisito fundamental para obtener el título de licenciada en enfermería.

En este sentido se presenta continuación el trabajo de curso especial de grado mención nefrología el cual está estructurado de la siguiente manera: Capítulo I donde se presenta el hospital Dr. Luis Ortega, en el Capítulo II se describe la unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, en el Capítulo III se desarrolla marco teórico y metodológico de la investigación en el caso clínico, el Capítulo IV se lleva cabo la descripción del caso clínico y finalmente el Capítulo V donde se

desarrolla la experiencia profesional durante el proceso enfermero en la unidad bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del hospital Dr. Luis Ortega.

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

En este capítulo corresponde la presentación del hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, centro de salud donde se desarrolló el presente trabajo de investigación con el objetivo de dar cumplimiento al Curso Especial de Grado de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta. En el mismo se desarrollaron los siguientes aspectos, su reseña histórica, la biografía del Dr. Luis Ortega, propósito, filosofía, misión, visión, objetivos, así como la estructura organizativa culminando con una aproximación diagnóstica sobre una problemática específica observada dentro de la instalación hospitalaria.

1.1 Reseña Histórica

Según Pérez y Merino (2021) ``la reseña histórica es un texto breve que se propone repasar los hechos históricos de un determinado asunto. Este tipo de nota brinda una visión general sobre el objeto reseñado con un formato descriptivo evaluativo`` (parr.5). La reseña histórica se basa en recopilar todos los hechos ocurridos desde tiempos remotos hasta la actualidad. Especificando fechas, localidades, personajes y evoluciones.

En el caso de la historia de los hospitales se puede mencionar que en la antigüedad se asociaban al establecimiento donde se cumplían tareas de caridad y se asistía a pobres, ancianos, peregrinos y enfermos, con el tiempo, la idea de hospitales empezó asociarse solo al cuidado de los problemas de salud. Dentro de un hospital existen diversas unidades que cumplen con todas las tareas relacionados a su funcionamiento. Así, mientras los médicos se dedican solo a la asistencia directa de los pacientes, el personal administrativo se encarga de conceder turnos, controlar la administración y el alta de los pacientes. El equipo de gerencia por su parte se

encarga de organizar el funcionamiento general del hospital, destacando el personal de enfermería encargando de brindar atención, apoyo, cuidado humano y orientación sanitaria al paciente.

En el caso de Venezuela, uno de los primeros hospitales registrados es el hospital San Pablo fundado en 1602 en Caracas por iniciativa religiosa, denominado también el Hospital Real del Señor San Pablo, luego se le agrega a sus rentas el producto del noveno medio de diezmos u hospital de caridad y de tropa como se le llamaba a finales del XVIII. Se encontraba en la zona sur de la ciudad, cercano a la quebrada de Caráota. Con el este limitaba con el templo de San Pablo y al Oeste con el hospicio y hospital de Caridad de mujeres, al Norte con la plaza San Pablo y al Sur con varias casa de vecinos. Hacia el lado meridional y en estrecha continuidad se encontraba el cementerio que servía para la parroquia y los dos hospitales.

En 1827-1890 la Universidad Central de Venezuela graduó 531 médicos en vista de la decadencia a causa del éxito de las epidemias de viruela, fiebre amarilla, cólera, malaria o paludismo, buba y fiebre tifoidea, entre otras. Para finales de la centuria se produjo un acontecimiento destinado a convertirse en referencia obligada de la historia médica en Venezuela el 16 de agosto de 1888 el presidente de la República, Dr. Juan Pablo Rojas Paul, aprovechando una situación económica favorable decreto la construcción del hospital nacional de Caracas el futuro hospital José María Vargas. Contaría con mil (1000) camas para los pacientes y ofrecería docencia y formación para el personal de salud, de acuerdo con los tempos de cambios que vivía el mundo en esta área. Allí laboraría entre tantos profesionales de la época, entre tantos otros, el doctor Luis Razetti.

El Vargas se inauguró en 1891 y sus servicios y cátedras fueron descritos por la UCV, poco después en 1895, se fundó la primera institución científica privada de Venezuela: el instituto Pasteur de Caracas. Allí se produjeron las vacunas contra la

difteria, la rabia y la viruela se entrenaron jóvenes en el arte de la microscopia clínica y se realizaron investigaciones sobre parasitosis y otras enfermedades.

Para el año 1943 se creó el hospital Universitario de Caracas. Cuando el Presidente de la República General Eleazar López Contreras, considera urgente la construcción de un hospital de mayor envergadura que el hospital Vargas el cual con 52 años de actividad se volvió insuficiente para atender las necesidades médico asistenciales.

En ese mismo año se inicia la creación del Hospital Universitario de Caracas bajo la coordinación de una comisión planificadora. Fue en este mismo sentido como se fueron creando hospitales en Venezuela para la atención sanitaria de los ciudadanos en general (Guerra, 2006). De esta manera se fueron creando diversos hospitales en todo el territorio venezolano con el objetivo de brindar atención sanitaria de calidad a todos los ciudadanos. Específicamente, en el año 1921 en estado Nueva Esparta se creó el hospital de Margarita quien poco después obtuvo su actual nombre hospital Dr. Luis Ortega del cual se presenta en su reseña histórica aspectos importantes en cuanto a cambios, avances, remodelaciones surgimientos, entre otros.

A continuación se presenta la reseña histórica del Hospital Dr. Luis Ortega, tomando como referencia a Marcano y Ordaz citando a (Rodríguez, 2007) quienes exponen lo siguiente: la historia socio-política del Estado Nueva Esparta cuenta en su haber un gran número de hospitales, generalmente improvisados generadas por las guerras; mucho de ellos sostenidos primordialmente por la caridad del colectivo. El presidente R. Andueza Palacio decreta la constitución de un edificio destinado al funcionamiento de un hospital en el año 1891; sin embargo, no hubo consolidación del mismo, y no es sino hasta el 19 de diciembre de 1918 cuando se decreta la construcción del “Hospital de Margarita” ubicado en el sector Punda del municipio Mariño, frente al actual comando de la guardia.

El día 12 de octubre de 1921, se inauguró el hospital en el sector Punda (donde actualmente se encuentra la Unidad Educativa Br. José Joaquín D' León) de Porlamar con una capacidad de setenta (70) camas, contando con la presencia de las Hermanitas de la Congregación de Carmelita Venezolana, las cuales hacían las veces de enfermeras. Después de quince (15) años el 28 de febrero de 1936, el Consejo Municipal del Distrito Mariño le cambia el nombre de hospital de margarita por hospital ``Dr. Luis Ortega`` como homenaje al prestigioso medico margariteño quien dedicó su vida a servir y colaborar con quien lo necesitara sin discriminación ni distinción alguna. El 27 de junio de 1951 este hospital fue centralizado, y paso a formar parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

Como consecuencia a la creciente demanda de atención medica en el hospital se hace insuficiente, por lo que el 5 de julio de 1945, durante la presencia de la República General Isaías Medinas Angarita se decretó la construcción del Hospital ``Dr. Luis Ortega``. Este fue construido en terrenos del centro de Porlamar, cuyo terreno es adquirido por la nación a la comunidad indígenas Francisco Fajardo, sin embargo, no fue sino hasta el 16 de mayo de 1957 cuando oficialmente fue inaugurado y entro en funcionamiento el Hospital Dr. Luis Ortega.

El primer paciente atendido en la Emergencia el 16 de mayo del mismo año, fue un pescador con un enclavamiento de un anzuelo en la mano izquierda y el ingreso N° 1 correspondido a la Sra. Genara Meaño de cuarenta y seis años (46) de edad con el diagnostico de prolapso uterino; la primera intervención fue la Sra. Lucia Díaz Pérez, operada de apendicitis aguda, el primer parto realizado fue atendido por el Dr. Antonio Alvares Sotillo, naciendo así una niña a quien le llamaron luisa en homenaje al Hospital.

El hospital contaba al momento de la inauguración con cinco (5) pisos con estructura arquitectónica bien distribuida, salas de hospitalización ventiladas, capacidad para ciento cincuenta (150) camas, previsto para aumentar el doble, tenía

todos los servicios médicos, administrativos, hotelería, cantinas, comedor con el primer ascensor en Nueva Esparta, que despertaba sorpresa y curiosidad en los enfermos y los visitantes. Luego en el año 1972 comienzan los trámites para aumentar el número de camas y se plantea la necesidad de ampliar y remodelar la planta física del hospital, específicamente los servicios de Emergencia, Ginecología y Pediatría siendo estos los más deteriorados. En el año 1977 se comienza a remodelar la fachada, y entrada principal, incluyendo jardines, estacionamientos, puertas de acceso, emergencia y luego el área administrativa.

Entre los años 1980 y 1981, se remodelan los servicios de Hospitalización en la Emergencia de Adultos y Emergencia Pediátrica, Área de Cuidados Intensivos, Sala de Nebulización, Atención Inmediata o Consulta de Triage, Sala de Cura, Sala de Cirugía y Atención del Poli-traumatizado, Sala de Yeso, y Consulta de Traumatología. Se incorporan cuatro (4) Salas Quirúrgicas amplias, dos (2) pabellones y el segundo piso para Obstetricia y cuatro (4) en el tercer piso totalizado diez (10) pabellones dotados en buena calidad. En 1986 la remodelación se realiza en las Áreas de Laboratorio, se distribuyen las Consultas, la Terapia Intensiva, el helipuerto y se repara el aire acondicionado central.

El 17 de diciembre de 1987 se inicia en el mismo Hospital, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), originando un centro asistencial paralelo de ochenta (80) cama. Como resultado se generaron diferencias en la atención en dos tipos de pacientes (asegurados y no asegurados), y en los beneficios contractuales entre médicos, empleados y obreros del IVSS, con respecto a los del MSAS, lo que obligo discusiones, revisiones, decisiones y acciones, simples o traumáticas, que configuran un hospital único en Venezuela, con dos turnos de asistencia. Luego, como consecuencia, se dio la firma de un comodato por parte del MSAS, el cual consistía en que el IVSS, dirigiera y administraría integralmente al hospital, asumiendo a la comunidad en general así como también a todo el Recurso humano con sus pasivos laborales incluidos.

El 1 de abril de 1991 el Hospital pasa a ser responsabilidad integral del IVSS, con atención indiscriminada de pacientes, absorción de la nómina completa. Médicos y personal que habían trabajado en el Hospital del MSAS, pasaron a nómina del IVSS, quien se comprometió a cumplir con todos los beneficios contractuales. Por su parte, el MSAS le corresponde liquidar prestaciones y jubilar al personal obrero hasta el 31 de marzo de 1991.

Como resultado del aumento poblacional y exigencia de servicios, el Hospital se hace ``insuficiente`` físicamente por lo que es sometido a varios procesos de remodelación logrando su capacidad a un total de doncitos sesenta y cinco (265) camas y la prestación de una gama de consultas sub-especializadas en 1991. En 1997 en ocasión de celebrarse la Cumbre de Presidentes y Jefes de Estados de Ibero América, se amplió la Terapia Intensiva y se realizaron remodelaciones en la Emergencia de Adulto y Pediátrica.

También, en el 2004 comienza una nueva y profunda remodelación en varios servicios como: Neonatología, Gineco-Obstetricia, Pabellones de Emergencia, Pediatría, Traumatología, Terapia Intensiva y en el mes de septiembre del año 2007 se construyó la Unidad de Hemodiálisis y continuaron las remodelaciones en las Áreas de Banco de Sangre, Laboratorio, Pediatría, Áreas Quirúrgicas, Cirugía, entre otras áreas.

El 27 de octubre del año 2012 se inaugura, la unidad terapéutica Oncológica, la cual se distribuye en dos nódulos para brindar servicios de Radioterapia y Quimioterapia respectivamente, a pesar de estar ubicado geográficamente en la delimitación territorial del IVSS, la dirección de esta unidad clínica la maneja operativamente la Misión Barrio Adentro.

En el 2016 inauguraron el Servicio de Emergencia y Medicina Crítica, el cual consta de seis 6 unidades: Emergencia Adulto, Emergencia Pediátrica, Trauma Shock, Emergencia Obstétrica, Cuidados Intensivos Adultos y Cuidados Intensivos

Pediátricos. El 11 de junio del 2017 es impulsado y puesto en marcha por el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Nicolás Maduro Moros, el plan Nacional de Parto Humanizado a fin de orientar y motivar a las madre embarazada para que desarrolle de manera exitosa todo el proceso de gestación, alumbramiento, lactancia y crianza del bebe, esto como parte de la política para el empoderamiento y protección de la mujer. Este plan promueve una gestación sana, construyendo así una nueva era que respeta la vida desde el vientre de la madre. Así, en el año 2019, se da inicio a las instalaciones del Hospital Dr. Luis Ortega, al programa de Ruta Materna, quien se encarga de facilita todos los suministros médicos quirúrgicos a la paciente en proceso de parto natural o que serán sometidas a cesárea segmentaria.

Una nueva realidad surge para marzo del 2020, cuando fueron detectados los primeros casos de COVID-19 en el estado Nueva Esparta, acontecimiento que impulso la creación en las instalaciones del Hospital Dr. Luis Ortega, un área para la atención y cuidado de pacientes con esta patología, debido a su alta posibilidad de contagio. No obstante, esta luego cerraría sus puertas temporalmente en noviembre del 2020. Específicamente el 15 de noviembre del 2020, se inician actividades de mejora estructurales. Y adecuación de mobiliarios; los cuales brindarían confort y una atención más eficaz, abriendo nuevamente sus puertas el mes de enero del 2021. Cerrando sus puertas de manera permanente en el mes de enero del 2022.

El Hospital Dr. Luis Ortega posee actualmente servicios de Pediatría, Cirugía, Traumatología, Gineco-Obstetricia y Unidad de Hemodiálisis, la Emergencia de Adulto, el Servicio de Trauma Shock se encuentra habilitadas. Resaltando que, la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos no se encuentra habilitada, pero, los pacientes de dicha unidad se encuentran recibiendo sus debidas atenciones y cuidados en el Servicio de Observación de Adultos. En este último periodo se han hecho diversos cambios en cuanto a la organización directiva del hospital ``Dr. Luis Ortega`` resaltando que, cada uno de los servicios brindados poseen sus respectivas dependencias, de igual manera cuenta con los servicios de apoyo, tales como:

Laboratorio, Nutrición, Farmacia, Lavandería, Lencería, Mantenimiento y Saneamiento Ambiental. Se espera la próxima inauguración de nuevo servicio de Terapia Intensiva, Servicio de Video-endoscopia, Oncología y centro de imágenes especiales como equipamiento de última tecnología.

Actualmente en el 2024 se estar realizando múltiples remodelaciones y recuperación de espacios en diversas instalaciones del hospital Dr. Luis Ortega destacado los quirófanos, la emergencia obstétrica, entre otros servicios. En busca de la mejoría del establecimiento en general para brindar atención y cuidados de calidad a los todos los neoespartanos y sus alrededores.

1.2 Biografía del Dr. Luis Ortega

De acuerdo con Rodríguez (2007) el doctor Luis Ortega nació en la ciudad de Porlamar el 3 de septiembre de 1850 en una casa ubicada en el final de la calle Guevara ``la esquina del cañón``, era el séptimo de nueve hijos de la familia formada por Don Jerónimo Ortega y Doña Soledad Alfonso Campos. Durante su infancia disfruto de la protección, ejemplo de moral y seguridad económica familiar, condición que no le impidió desde joven mostrar gran interés por la problemática social.

Los estudios básicos los realiza en un instituto privado que funcionaba en Porlamar, a los catorce años ingresa al colegio Vargas de Caracas a cursar estudios de filosofía, obteniendo el grado de bachiller en filosofía el 7 de septiembre de 1868. Ese mismo año y en el mismo instituto inicia sus estudios en medicina, para recibir el grado de Bachiller en Medicina y Cirugía el 22 de octubre de 1874. Entre el 30 y 31 del mismo mes presenta los exámenes pertinentes ante un jurado examinador alcanzando el grado de Licenciado en Medicina y Cirugía.

Una vez graduado regresa a Margarita y se residencia en la calle Velásquez entre Mariño y Arismendi; iniciando su consulta en su misma casa en un espacio que equipo con un mobiliario muy modesto para dedicarse a su oficio sin reparar el

tiempo ni distancia cuando se le requería; siempre con gran vocación, calidad humana y enorme capacidad de acertar sus diagnósticos, lo cual le valió en poco tiempo el cariño y el respeto de la comunidad tanto neoespartana como las comunidades vecinas. Durante su ejercicio se destacó en la clínica, la cirugía y la obstetricia. A edad de 51 años se casa con su prima Josefa Manuela Ortega Cedeño en la iglesia San Nicolás de Bari el 09-10-1901, con quien no dejó descendencias: sin embargo su relación con la Sra. Manuela Jiménez procrea cuatro hijos: Jorge, Luis, Luis Alejandro y Castica. Muere el 7-11-1901 debido a una neuropatía luego de 27 años de ejercicio ejemplar en la medicina.

1.3 Propósito

Daud (2020) define el propósito como ``la verdadera y constante razón de existir, y a la vez, la base fundamental para la toma de decisiones. La definición de un propósito clarifica el ``para que`` se hacen las cosas y, por ende puede hacer eficiente una estrategia`` (parr.7). En palabras generales el propósito se puede describir como el motivo por el cual se plantean estrategias para lograr un objetivo específico en una organización determinada.

Según Indriago y Quijada (2023) el propósito del hospital Dr. Luis Ortega es cubrir aquellas necesidades médicas y sanitarias de todos los neoespartanos y parte del oriente venezolano, así como también llevar un buen funcionamiento para desarrollar políticas públicas de salud, tener un notable desenvolvimiento a la hora de emplear y ejecutar todo tipo de técnicas y conocimientos que vayan de la mano para fundar procesos completamente integrales de salud y una óptima calidad de servicio, preservando la vida humana, teniendo en cuenta que de estos subsistan en el tiempo.

Durante los últimos años, dada la situación de salud insatisfactoria en la población, el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la atención integral, uno de los principales propósitos del hospital Dr. Luis Ortega es prevenir posibles enfermedades a través de programas de

prevención de la salud y atención optima; las cinco funciones básicas de atención a la población. De acuerdo a la doctrina de la salud pública son: promoción de la salud, protección de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y la rehabilitación (p.33).

1.4 Filosofía

Rojas, Payares y Donado (2020) plantean que, a través de la filosofía es posible generar unidades funcionales, dedicadas a la realización de actividades que estén orientadas al cumplimiento de las funciones necesarias para la consecución de la misión y la visión planteada por la empresa para mantener niveles de excelencia (p.18). En otras palabras la filosofía es una guía orientada a la planificación de actividades y roles para el buen funcionamiento de una organización específica.

Marcano (2023) señala que el hospital ``Dr. Luis Ortega`` tiene como filosofía permitir una amplia calidad de servicio de manera individual y colectiva, en cual cubre necesidades médicas sanitarias en la región insular basado en conocimientos por parte del especialistas y enfermeros, con la finalidad de brindar asistencia inmediata y preventiva, los cuales están disponibles para todos los grupos etarios sin discriminación, independiente de las situaciones personales, ya sea religiosa o económicas, de tal forma que la filosofía del hospital se centra en resolver los problemas de salud de aquellos que lo necesiten, sin dejar de lado una atención de calidad para restablecer su bienestar físico, mental y social, lo cual favorece a restablecer a la población (p.32).

1.5 Valores

Según González (2021) define los valores con el propósito de regular el comportamiento de las personas dentro de un sistema organizativo. A través de los valores organizacionales se modela la conducta individual y se establecen directrices o respuestas a seguir, siendo considerados aceptables o no deseables. (prr.2). Los

valores se pueden plantear como un conjunto de directrices que se adoptan con el comportamiento para lograr un ambiente sano.

Según Rojas (2023) en el hospital Dr. Luis Ortega como parte de sus valores se busca mantener un ambiente de armonía, colaboración y de gran calidad humana, incrementando así el espíritu de servicio, lealtad y solidaridad en la institución, impulsando, además, los siguientes valores:

- RESPONSABILIDAD en las acciones y trabajos encomendados para alcanzar los objetivos propuestos. Por lo que aspira reflexionar y valorar las consecuencias de los actos.
- RESPETO a los compañeros de trabajo. Demostrando consideración y tolerancia a las diferencias entre los actores internos y externos de la organización.
- EXCELENCIA para ser los mejores en todos los aspectos, con una disposición permanente hacia la excelencia.
- LEALTAD con la Institución.
- DISCIPLINA para ser más eficientes en las actividades asignadas.
- ÉTICA profesional en el servicio prestado a la Institución.
- INTEGRIDAD en el trabajo. Actuando con rectitud, honestidad honradez y transparencia.

En el Hospital Dr. Luis Ortega se manejan un conjuntos de valores que orientan y guían al actuar del personal que hace vida dentro del hospital para ayudar a cumplir con cada una de las actividades, planes, programas y estrategias que se lleven a cabo con las mejores disposiciones y así brindar la atención de calidad deseada y esperada por el paciente (p.32).

1.6 Misión

Salina (2022) indica que la misión “es la descripción concisa del propósito de la organización y como aportar valor al público mediante los productos o servicios ofrecidos” (prr.3). En función a lo planteado anteriormente se puede decir que, una

misión es el objetivo por el cual se trabaja dentro de una organización para brindar servicios de calidad a todo el personal que lo requiera.

Según Anes (2023) el hospital “Dr. Luis Ortega”, tiene como misión desarrollar y aplicar procesos integrales de salud de alta calidad, mediante actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia, con la finalidad de atender residentes y visitantes del estado Nueva Esparta que demanden servicios relacionados con la salud. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos actualizados, tratando de contar con la aplicación de tecnologías avanzadas en procura de brindar servicios de mejor calidad a la población. (p. 30).

1.6 Visión

Peiro (2020) define la visión como “El objetivo que se desee lograr en un futuro. Se trata de la expectativa de lo que se quiere alcanzar en la organización, indicando además como planea conseguir sus metas” (parr.1). En términos generales, la visión se encarga de delimitar el objetivo que se desea alcanzar en un trabajo u organización, asumiendo compromisos y superando metas para obtener con hechos el propósito de la visión.

Según Morón (2023) la visión del hospital Dr. Luis Ortega se enmarca en las del IVSS por ser su ente rector. En ese sentido, pretende cumplir con los acuerdos de actividades de asistencia médica integral y docente, mediante la ejecución de estrategias de salud e implementación de programas en concordancia con los recursos para el desarrollo de las funciones propias de la institución, en una estructura organizada, que responde a las exigencias del entorno. Así mismo, se aspira que administrando con transparencia disponiendo de un presupuesto acorde a la planificación estratégica de los servicios de salud integral, los pacientes sean oportunamente atendidos por profesionales altamente capacitados. Para ello el personal percibirá sueldos y salarios adecuados a su nivel de responsabilidad y eficiencia, contara con los recursos y el entrenamiento para mejorar el desempeño

personal e institucional a fin de mantener abiertos los canales de comunicación. (p.30).

1.7 Objetivo

Según Carvajal (2022) el objetivo es son los logros o finalidad que se desea alcanzar durante el desarrollo de una investigación, o alguna asignación que requiere de muchas actividades por parte de un conjunto de personas o de una de ellas (parr.3). En base a lo planteado en líneas anteriores se puede decir que, un objetivo es una meta que se desea alcanzar con un proyecto planteado.

1.7.1 Objetivo General

Es aquella meta específica que se debe alcanzar para poder responder a una pregunta o cumplir el propósito de una organización o trabajo, además orienta al desarrollo de estrategias para la formulación de los objetivos. (Briones, 2003, parr.19).

Basado en lo dicho anteriormente el o los objetivos son la base fundamental para una buena estructura de trabajo u organización, siendo estos la guía para trabajar bajo parámetros de organización y cumplir con las pautas establecidas. Por su parte, el objetivo general del Hospital “Dr. Luis Ortega” es garantizar atención de salud integral a propios y visitantes del Estado Nueva Esparta, sin importar su edad, sexo, raza, religión ni condición económica, siempre buscando brindar atención especializada, a la vanguardia del conocimiento científico y con los procedimientos más adecuados para cada situación, siendo esta la manera de contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. (Indriago y Quijada, 2023, p. 36).

1.7.2 Objetivos Específicos

Alfonso (2024) plantea que “los objetivos específicos deben ser coherentes con el objetivo general, pero serán más concretos y abarcara cada uno de ellos, un aspecto o estrategia necesaria para alcanzar el objetivo general” (parr.8).

En ese sentido, se puede decir que el Hospital Dr. Luis Ortega del estado Nueva Esparta esta consustanciado con los más altos valores y objetivos humanos, profesionales, estratégicos y sociales que impulsan al correcto funcionamiento de esta institución, destacando dentro de sus objetivos los siguientes:

- Promover en la comunidad la salud y la prevención de enfermedades.
- Proveer a la población en general, de atención médica y hospitalaria.
- Brindar atención especializada en situaciones de emergencia y urgencias médico quirúrgicas.
- Lograr atención oportuna y eficaz con el fin de reducir la morbilidad infantil, materna y enfermedades transmisibles (Ordaz, 2022, p.32).

1.8 Tipo de Establecimiento

Las diversas instituciones de salud están caracterizados por sus cualidades que los hacen diferentes, bien sea por el tamaño de la infraestructura, las diversas especialidades que brindan, la cantidad de personal que poseen y/o la ubicación que estos tengan. Pérez (2023) explica el centro de salud como “un establecimiento destinado a la atención sanitaria de la población. El tipo de actividad asistencial y la calificación del personal pueden variar según el centro de la región” (parr.1). En este mismo sentido, se presentan los tipos de centros asistenciales donde se encuentra destacando hospitales, clínicas, ambulatorios dedicados a la atención, cuidados y promoción de la salud de aquellos que lo ameriten sin discriminación alguna, en función a esto a continuación se explica el tipo de centro asistencial del Hospital Dr. Luis Ortega:

La Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 32.650 Decreto N° 1.798 del 21 de enero del 1983 establece que la clasificación de los establecimientos de salud abarca Hospitales tipo I, tipo II, tipo III y tipo IV.

El artículo 12 establece lo siguiente con respecto a los establecimientos tipo III:

- Presentan servicios de atención médica integral a la salud de los tres niveles clínicos.
- Se hallan ubicados en poblaciones mayores de sesenta mil (60.000) habitantes, con áreas de influencia de hasta cuatrocientos mil (400.000) habitantes.
- Dentro de su organización cuenta con una capacidad que oscilara entre ciento cincuenta (150) y trecientas (300) camas.
- Posee una estructura organizativa conformada por:
 - Una dirección.
 - Unos departamentos de:
 - a. Medicina que cuenta con los servicios de: Nefrología, Reumatología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Física y Rehabilitación.
 - b. Cirugía posee los servicios de: Urología, O.R.L, Oftalmología, y Traumatología.
 - c. Gineco-Obstetricia.
 - d. Pediatría.
- Servicio de colaboración.
- Dispone por lo menos de cuatro (4) Nutricionistas y dos (2) Licenciados en Enfermería.
- Su estructura jerárquica y técnica va así:
- La dirección a cargo de un médico con maestría de Salud pública y contara con: Un (1) médico adjunto de atención medica con Maestría en Salud

Publica, un (1) médico adjunto Epidemiólogo con su correspondiente especialidad y un (1) adjunto administrativo de nivel universitario, con título preferentemente de economista, Administrador Comercial o de Profesiones afines.

- Contará además con el siguiente personal: Un (1) Ingeniero Electro-mecánico o de Electro-medicina para la jefatura del departamento de Ingeniería y Mantenimiento con un (1) farmacéutico, un (1) Licenciado en Bioanálisis y un (1) jefe de Oficina del personal para el área de Recursos Humanos.
- Cumple funciones de docencia a nivel de pre-grado de Medicina, así como a nivel tecnológico, es sede de Residencia programadas de pos-grado en las especialidades básicas y cumple funciones de investigación.

De manera general, luego de lo descrito en líneas anteriores se puede decir que, el hospital ``Dr. Luis Ortega`` cumple a cabalidad con los paradigma estandarizados en cuanto a ubicación geográfica, maquinarias, insumos, equipo de profesionales de salud y capacidad investigativa los cuales generan cumplimiento de la clasificación correspondiente del centro de salud, cubriendo así los requisitos exigidos por artículo 12 de la Gaceta antes detallada, convirtiéndose así el hospital ``Dr. Luis Ortega en tipo III``.

Existe otra gaceta publicada recientemente donde explica en otras palabras las clasificaciones de los centros asistenciales. La Gaceta Oficial N° 41.796 establecida el 9 de enero del 2020, instauró otro tipo de clasificación de los espacios de salud pertenecientes a la red de atención Integral del Sistema Público Nacional de Salud. Esta nueva clasificación dictamina que los espacios o establecimientos de la Red de Atención Hospitalaria del Sistema Público Nacional de Salud, se clasifican y subclasifican de acuerdo a su ubicación`` de la siguiente manera:

- Hospital General
 - ✓ Hospital General Nacional

- ✓ Hospital General Regional
- ✓ Hospital General Estatal
- ✓ Hospital General Municipal
- Hospital Especializado
 - ✓ Hospital Especializado Nacional
 - ✓ Hospital Especializado Estatal
 - ✓ Hospital Especializado Regional

En función con lo establecido en el artículo 40 dispone que los espacios y establecimientos de salud de la Red de Atención Hospitalaria General Nacional, tengan las siguientes características o perfil de servicio.

- Atiende a la población en la red de todos los territorios nacional e influencia internacional según convenio.
- Cuenta con una capacidad general de camas del General Regional.
- Funcionan conectados con las redes de atención comunal y redes de atención ambulatoria especializadas en las ASIC del área de influencia con los Hospitales. Nacionales.
- Cuentan, además con las contempladas en el Hospital General Estatal, con las especialidades de: medicina interna, médicos general integral, pediatría- puericultura, cirugía general, Gineco-obstetricia, traumatología y ortopedia, y adicionalmente de más de 8 especialidades o subespecialidades.
- Cuenta con al menos dos de las siguientes unidades de tratamiento que sirve de referencia regional o nacional: terapia endovascular, unidades de terapia intensiva neonatal, unidad de hemodiálisis, toxicología, psiquiatría, hematología, medicina transnacional, cirugía robótica, cirugía cardiovascular, cirugía de tórax, diálisis de emergencia, servicio de hemodinámica, neurología de alta complejidad, o cirugía de los avances científicos y neurológicos.

- Cuenta con programas académicos igual a un hospital General Estatal, mas residencias de postgrado universitarios, comité de investigación y bioética. (p.34).

En base a lo planteado anteriormente se puede decir que, el Hospital Dr. Luis Ortega está declarado Hospital General Regional, cumpliendo con todos los requisitos y artículos del marco jurídico anteriormente detallado, comprometido con el bienestar sanitario de todos los neoespartanos y sus alrededores, brindando atención, información, medicinas, cuidados y soluciones en bases a sus problemáticas sanitarias.

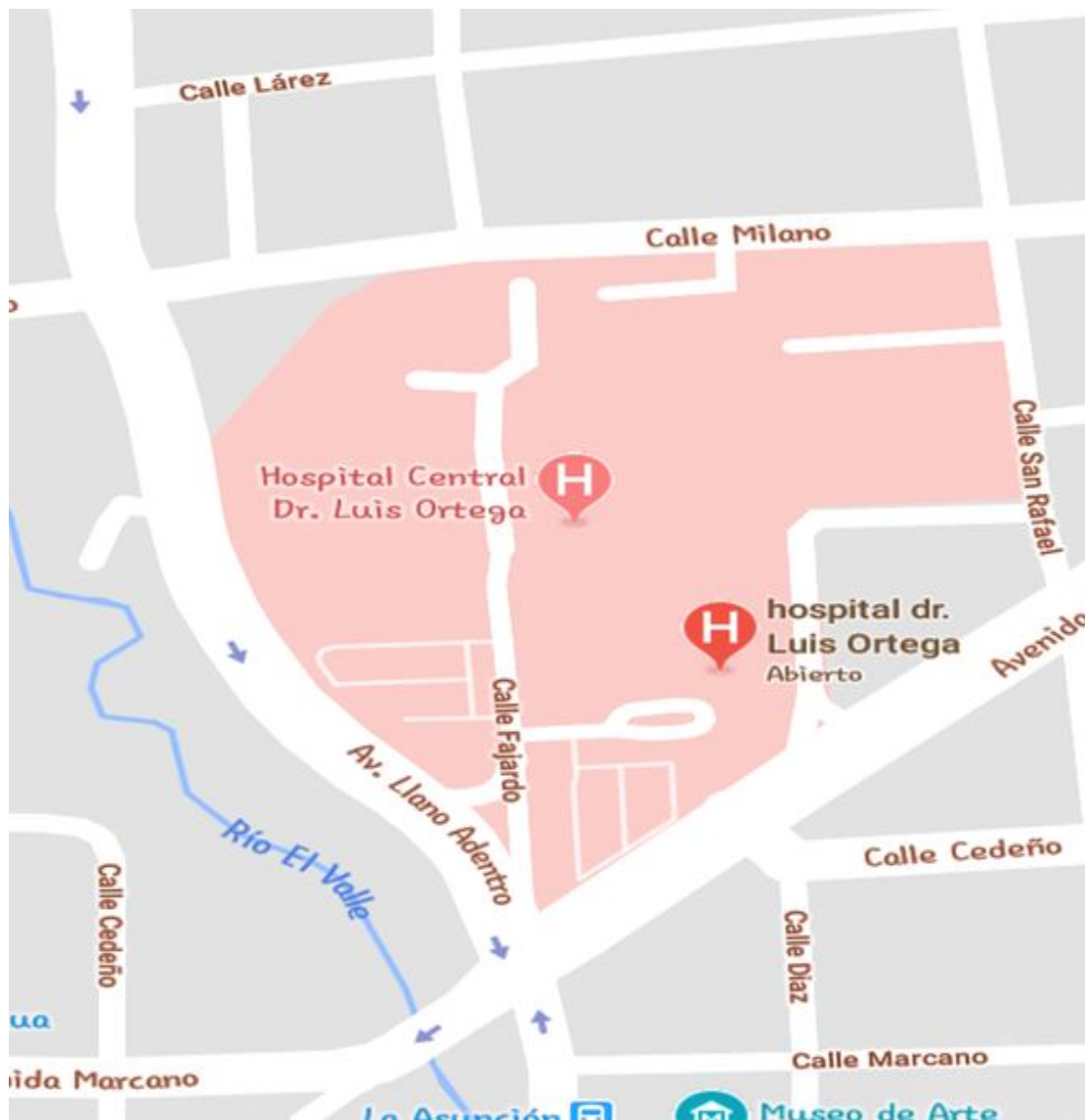
1.9 Ubicación Geográfica

Sánchez (como cito Marcano, 2023) establece que la ubicación geográfica ``es la identificación de un sitio específico, ubicado en algún punto geográfico del planeta, en el que se encuentra un objeto determinado`` (p.38). En otras palabras se puede mencionar que la ubicación geográfica es la descripción de una lugar específico son sus límites fronterizos y puntos referenciales u estratégicos.

Según Rojas (2023, p.37) el hospital ``Dr. Luis ortega`` de Porlamar, está ubicado en Nueva Esparta en la ciudad de Porlamar del municipio Mariño limitada por el norte con la calle Milano, por el sur con la avenida 4 de Mayo, por el este con la calle San Rafael y por el este con la Avenida Llano Adentro, antiguamente llamada calle Gómez (Ver figura 1).

Figura 1

Mapa de la ubicación geográfica del hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar.



Fuente: Google Maps.

<https://www.google.com/search?q=ubicacion%20del%20hospital%20luis%20ortega%20de%20porlamar&oq=ubicacion+del+hospital+luis+ortega+de+porlamar&aqs=chrome..69i57j0.11809j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF> (2022).

1.10 Estructura Organizativa

La estructura organizativa es el sistema mediante el cual se ordenan y dirigen los diferentes componentes de una organización para alcanzar los objetivos propuestos, este sistema puede incluir normas funciones y responsabilidades. Al alinear y relacionar las partes de una organización, la estructura organizacional permite que los grupos trabajen juntos dentro de sus funciones individuales y determina como fluye la información entre los niveles de la empresa para que esta pueda alcanzar su máximo rendimiento (Narváez, 2020, parr.1). Partiendo de esta idea la estructura organizativa es un sistema organizado formado por un grupo de individuos que cumpliendo diversas funciones trabajan en conjunto por un bien común.

Según Indriago y Quijada (2023) el hospital Dr. Luis Ortega, cuenta con una gran estructura administrativa, como herramienta, siendo esta una Red de Salud perteneciente al IVSS desde el año 1991, sin embargo, se rige por una serie de lineamientos políticos de salud perteneciente al MPPS. Por lo tanto, este centro de salud les rinde cuentas a las instituciones a las que se encuentra adscrito. En este sentido, la estructura administrativa y el óptimo rendimiento del Hospital “Dr. Luis Ortega, de los profesionales que laboran dentro del establecimiento hospitalari, el Director por su parte inicia la estructura administrativa en la dirección general encargándose de liderar, organizar y controlar los servicios que brinda para así tener una excelente organización y poder llevar a cabo todos sus objetivos a cabalidad. En este aspecto, la estructura administrativa y buen funcionamiento del Hospital “Dr. Luis Ortega, depende de la siguiente cadena de mando. (p.42):

1.10.1 Dirección General

Persona clave para el ejercicio de las actividades, reglamentación y normalización de la estructura de gestión en los centros sanitarios. Es trascendental en las organizaciones sanitarias, ya que de ellos depende el funcionamiento y desarrollo de las mismas, a través de ellos se mantienen a flote las instituciones sanitarias.

1.10.2 Sub-Dirección Administrativa

Es la encargada de ejecutar, planear, programar, dirigir, elaborar, evaluar, supervisar y coordinar las actividades administrativas y financieras, que garanticen la prestación de servicios de salud de acuerdo con las directrices emanadas del nivel superior en la Empresa Social del Estado.

1.10.3 Sub-Dirección de Recursos Humanos

Es el encargado de diseñar, implementar y documentar el sistema de definiciones de puestos de trabajo y cargos para todo el personal, además de gestionar el ciclo laboral de los funcionarios (as); esto es, el ingreso, atención, desarrollo y desvinculación, en el marco de las políticas, normas sectoriales y los planes de desarrollo del establecimiento de salud, en función de los recursos financieros disponibles. También diseña, coordina, dirige, supervisa y documenta el desempeño laboral del personal.

1.10.4 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento

Se ocupan básicamente de la elaboración del plan de mantenimiento, su implantación o planificación de los análisis de averías, de la elaboración de especificaciones, instrucciones técnicas y procedimientos y por último de la implementación y uso adecuados del software de gestión del mantenimiento.

1.10.5 Sub-Dirección Médico

Tiene su cargo los Centro de Responsabilidad (CR) y Unidades Clínicas. Su quehacer define el nivel de resolutiveidad y complejidad del hospital, así como la forma en que se gestiona el recurso médico especialista. Se relaciona estrechamente con la Subdirección de Enfermería en el contexto del Cuidado de los pacientes y en la gestión clínico-administrativa de los recursos disponible.

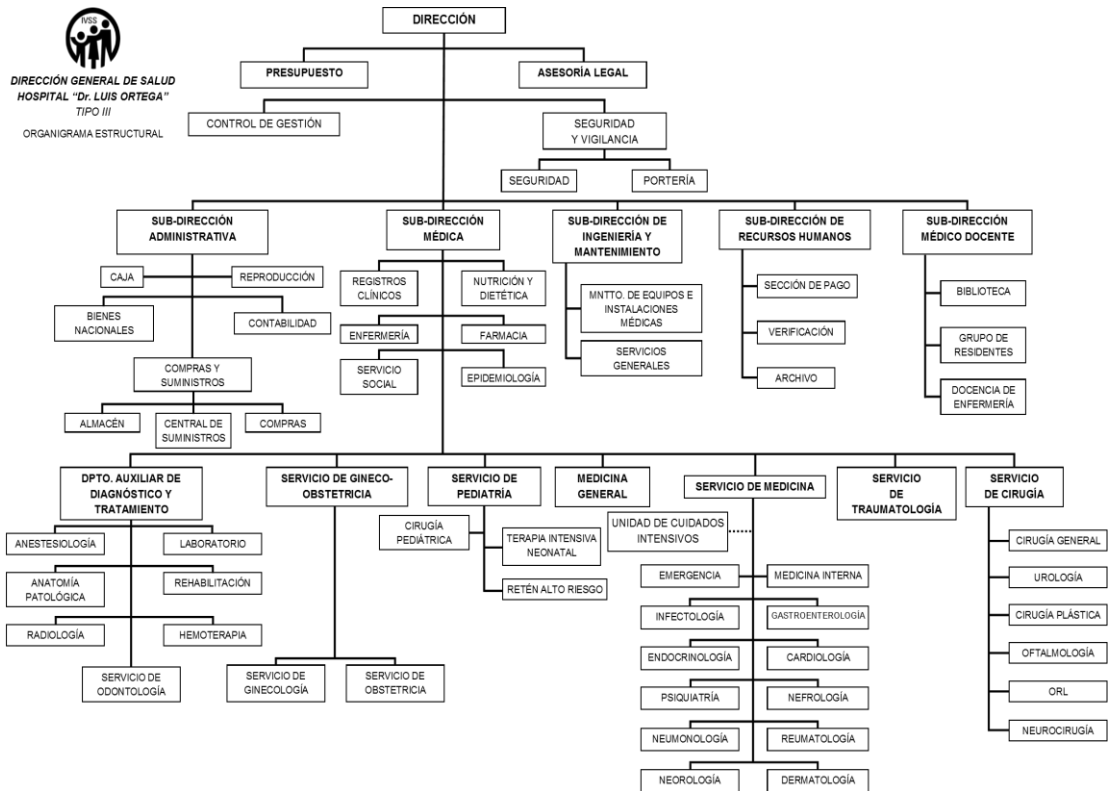
1.10.6 Sub-Dirección Médica Docente

Es una unidad organizativa-administrativa, la cual realiza funciones de naturaleza directiva-ejecutiva, desde el punto de vista de la optimización de los recursos humanos y materiales tecnológicos, siendo estos partícipes del proceso enseñanza- aprendizaje.

En la actualidad, este centro da cabida a la formación de estudiantes de los últimos años en las carreras de Medicina y Enfermería; como parte de su instrucción profesional, inmersos en una actividad académico-asistencial. El internado rotatorio de pregrado ayuda a la capacitación de estudiantes de diversas Universidades, entre ellas la Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG) y la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA). Aunado a ello, está sub-dirección dirige el área de biblioteca, los grupos de residentes y la docencia de enfermería (Ver Figura 2).

Figura 2

Organigrama Estructural del Hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar



Fuente: Cartelera de la Biblioteca Miguel Salazar (2024) del Hospital Dr. Luis Ortega.

1.11 Estructura Organizativa de Enfermería

Según López (2023) una estructura organizativa es un sistema ordenado donde trabajan un grupo de usuarios siguiendo parámetros para cumplir sus objetivos trazados. En el caso de la Enfermería los profesionales cumplen con sus funciones individuales, al mismo tiempo trabajando en conjunto con otros profesionales de salud, creando una cadena fuerte de conocimientos, humanidad, ética y respeto para brindar una excelente calidad de atención a los pacientes (parr.5).

Según Salazar (2020), el orden de la estructura administrativa del Hospital “Dr. Luis Ortega”, parte de la Dirección General que se encarga principalmente de la organización de la institución, así como también de administrar y controlar los servicios de salud brindados a la población y además, trabaja en conjunto con un equipo preparado en las áreas de presupuesto, asesoría laboral, gestiones, seguridad y vigilancia. De la Dirección General dependen cinco (5) Subdirecciones, que se encargan de coordinar diferentes aspectos y a su vez trabajan en conjunto para garantizar el funcionamiento del hospital, estas son:

1.11.1 Jefatura de Enfermería

- ✓ Jefa (e) de Enfermería: El jefe de enfermería se encarga de organizar y supervisar, gestionar todo lo relacionado con los profesionales de enfermería técnicos, licenciados, estudiantes de enfermería en general para que el personal de enfermería ejerza su labor eficazmente para que los pacientes reciban una atención adecuada. El jefe de trabajo realiza un trabajo de gestión técnico administrativa y su objetivo es garantizar que los servicios de enfermería que ofrece un centro médico y hospitalario son de calidad, esto significa que de él depende la instauración de médicos eficientes de trabajo para asegurar que los pacientes reciban una atención de calidad. En cuanto a las funciones del jefe de enfermería se destacan:

- ❖ Organizar y supervisar al personal de enfermería y a otros trabajadores hospitalarios dentro de la unidad que dirige.
- ❖ Crear, aplicar y valorar el funcionamiento de planes estratégicos y operativos para la administración de servicios de enfermería.
- ❖ Realizar un diagnóstico sobre la situación del área que encabeza.
- ❖ Coordinar y participar en la realización de un manual de organización, procedimientos y políticas del departamento en el que realiza su labor.
- ❖ Establecer un sistema de trabajo que mejore el cuidado de enfermería, estandarizando técnicas y procedimientos.
- ❖ Gestionar el material y equipo necesario para asegurar la correcta atención de los pacientes.
- ❖ Participar en el programa del presupuesto para la adquisición del material de curación, uniformes, equipo y material médico quirúrgico, y evaluar la calidad de los insumos médicos.
- ❖ Organizar reuniones periódicas con el personal a su cargo para detectar problemas y coordinar acciones para la mejora del servicio.
- ❖ Elabora informes estadísticos.
- ❖ Planear, organizar, asesorar y evaluar los recursos humanos requeridos para los cuidados de los enfermos.
- ❖ Establecer las relaciones con las áreas de enfermería de otros centros médicos para favorecer el intercambio de experiencias y mejorar el desempeño de su departamento.
- ❖ Promover la investigación de enfermería con el objetivo de mejorar el servicio y la calidad humana en la atención.
- ❖ Favorece el desarrollo de la cultura de seguridad en el beneficio del paciente y trabajadores.
- ❖ Evaluar el cumplimiento del plan de cuidados de los pacientes asignados.

- ❖ Determinar y priorizar la capacitación que recibirá el personal de enfermería.
- ❖ Informar sobre los resultados obtenidos con las acciones y programas aplicados.

1.11.2 Secretaria

Se encarga de recibir, analizar, ordenar, clasificar y archivar la documentación y expedientes remitidos al departamento. Coordina reuniones y prepara la agenda diaria de la Jefatura. Habilita y ordena la documentación para reuniones y conferencias.

1.11.3 Enfermeros (as) Adjunto Administrativo

Se encarga de diseñar, manejar y realizar actividades administrativas. Participa en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, además de efectuar trámites para la adquisición de insumos materiales necesarios en la realización de procedimientos. Lleva a cabo controles estadísticos mensuales y en caso de ausencia del jefe del departamento ofrece alternativas de solución a eventualidades surgidas durante la jornada, trabajando en conjunto con los demás adjuntos de enfermería.

1.11.4 Enfermero (as) Adjunto Asistencial

Se encarga de formular, elaborar, proponer y ejecutar protocolos, métodos, proyectos y procedimientos de enfermería según avances clínicos, actualizando al personal a su cargo. Realiza propuestas en la elaboración de manuales, protocolos, guías y otros documentos de gestión asistencial. Controla el uso adecuado y facilita el mantenimiento de equipos y materiales con los que dispone el departamento asistencial para el cumplimiento de las actividades de enfermería, optimizando así los cuidados brindados.

1.11.5 Enfermero (as) Adjunto Docente

Se encarga de elaborar, coordinar, planear y ejecutar programas educativos destinados a la ejecución de cursos basados en las necesidades detectadas en el personal en conjunto con el Jefe de Enfermería. También se encarga de inspeccionar las capacitaciones y pasantías en los diferentes servicios de la institución, facilitando también la participación de programas de formación de estudiantes de pregrado y postgrado. Es responsable del personal de enfermería que realiza capacitación o pasantía en los diferentes servicios de la institución.

1.11.6 Enfermeros (as) Supervisor(es)

Se encargan de planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar a todo el personal de enfermería del hospital. Realiza la distribución general del personal en cada servicio, actuando en conjunto con las enfermeras coordinadoras para detectar las necesidades requeridas por cada área y aportar soluciones para llevar a cabo el cumplimiento de todas las actividades de enfermería.

1.11.6 Enfermero (a) Coordinador

Es el personal de enfermería encargado de la planificación, gestión y evaluación de todos los aspectos de la atención del paciente, especial aquellos que reciben tratamiento a largo plazo monitoreando cada uno de los servicios que conforman el establecimiento de salud supervisando el desempeño de los profesionales de enfermería.

1.11.7 Enfermeros (as) Asistenciales Tipo IV y III

Son los profesionales a los que se les asciende por estudios académicos o por años de servicio. Normalmente son enfermeros adjuntos, coordinadores y supervisores. Además, deben cumplir con todas las funciones de enfermería.

1.11.8 Enfermeros (as) Asistenciales Tipo II

Se encargan de planificar, coordinar, supervisar y realizar la revista de enfermería, garantizando la aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente, persona, familia y comunidad, desde el ingreso hasta su egreso, preservando las condiciones óptimas para el traslado intra o extra hospitalario. Es su deber, recibir y entregar pacientes con información de sus tratamientos, evolución y procedimientos efectuados. Procede a la solicitud, recepción y entrega de equipo médico, instrumental y material de curación. De igual modo, participa en la ejecución de planes estratégicos en contingencia, realizando actividades técnicas especializadas de enfermería, colaborando con el desarrollo de los planes de docencia y propiciando un ambiente organizacional saludable para favorecer la productividad y las relaciones interpersonales y multidisciplinarias armoniosas en el entorno laboral.

1.11.9 Enfermeros (as) Asistenciales Tipo I

Se encarga de recibir, atender y entregar los pacientes en el área clínica al momento de la ronda de enfermería, garantizando el cuidado humano y personalizado, bajo el marco de los valores éticos y humanísticos. Realiza el pedido de fármacos, cateterización de vías periféricas, prepara y administra los medicamentos y hemoderivados. Participa en el tratamiento médico quirúrgico y efectúa tratamientos específicos. Cumple con las indicaciones médicas, previamente a la verificación de las mismas y colabora en la terapia ocupacional, rehabilitadora y recreativa del paciente. Además, usa normas esenciales de cortesía manteniendo un trato cordial enfermero-paciente, persona, familia y comunidad.

1.11.10 Auxiliar de Enfermería

Se encarga de asistir al equipo enfermero de cada servicio en el cumplimiento de sus funciones de atención básica a los pacientes actualmente en el hospital Dr. Luis Ortega los auxiliares de enfermería bajo un decreto del seguro social se les dio la clasificación de enfermeros tipo II por sus años de servicios.

1.11.11 Camilleros(as)

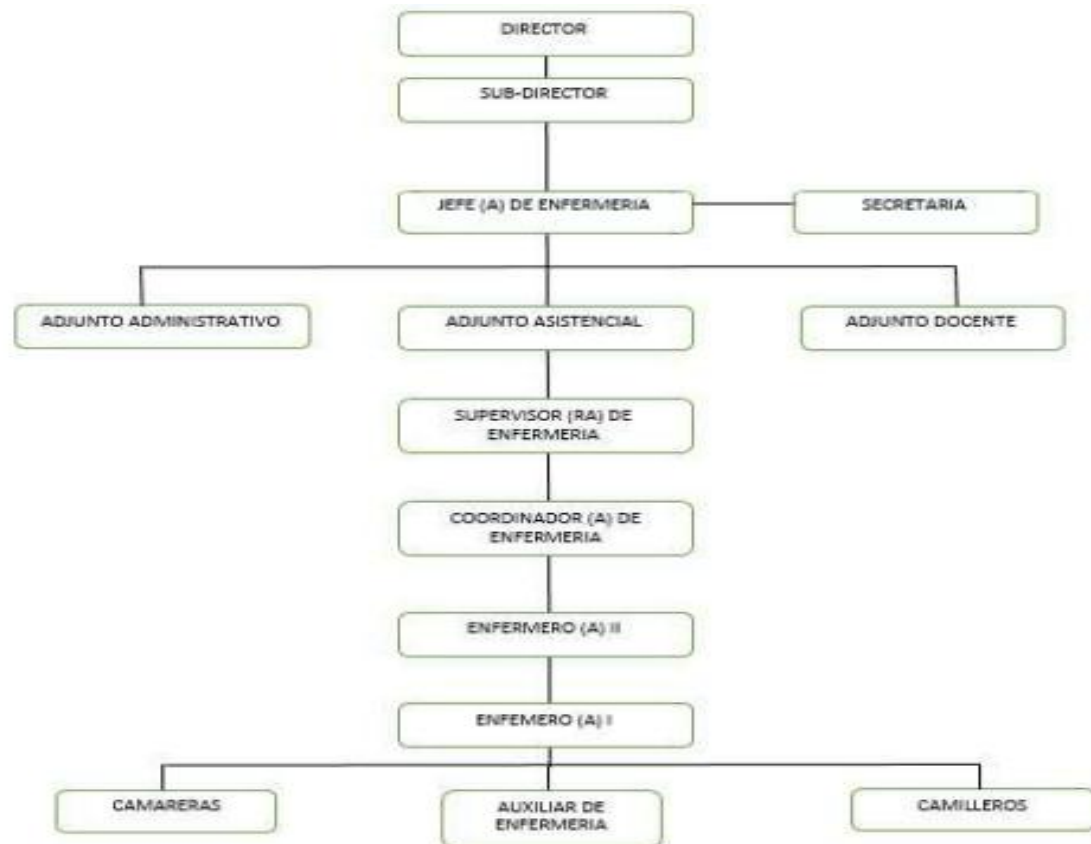
Se encargan de trasladar pacientes o fallecidos en camillas, camas de mano o dispositivos hospitalarios. Verifican que se encuentren disponibles y funcionales las sillas, camillas y equipos de traslado correspondientes a cada servicio, con la intención de movilizar cómodamente a los pacientes que lo requieran según su estado de salud, usando la mecánica corporal. Debe conocer el funcionamiento del equipo electro-médico, para el traslado de paciente. Agiliza de forma oportuna la atención de las urgencias en coordinación con su jefe inmediato, y realiza otras funciones inherentes a su puesto.

1.11.12 Camareras

Se encargan de cumplir con la función de limpieza y desinfección de los equipos médicos, superficies, mobiliario, elementos complementarios y accesorios del recinto hospitalario, manteniendo discreción a la hora de su actuación, utilizando productos de limpieza y desinfectantes para el correcto mantenimiento, utilizando las normas de asepsia. Debe ser ágil y con capacidad de organización de su trabajo. (Ver Figura 3).

Figura 3

Estructura Organizativa de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.



Fuente: Cartelera informativa de la Jefatura de enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega.

CAPÍTULO II

DESCRIPCION DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLIS

“DR. EDGAR MOGLIA”

Para dar continuidad a esta segunda parte del presente trabajo de Curso Especial de Grado de Nefrología de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta, se describen importantes aspectos de la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, lugar en el cual se desarrollaron las prácticas profesionales del Curso Especial de Grado y se escogerá un paciente como objeto de estudio para el desarrollo del mismo. Para ello, se describirán aspectos importantes de la unidad de hemodiálisis como: su Reseña Histórica, Propósito, Filosofía, Valores, Misión, Visión, Objetivos, Tipo de Estructura, Organigrama Funcional y una aproximación diagnóstica de una problemática específica dentro de la unidad, entre otros puntos de interés para los conocimientos.

2.1 Reseña Histórica

Según Morón (2023) y Ruan (Como cito Marcano 2023), la atención de los pacientes renales en el Estado Nueva Esparta comienza con la llegada del Dr. José B Carvajal Bruzual y su integración al centro hospitalario “Dr. Luis Ortega” de Porlamar, en mayo de 1895, siendo el primer Médico Nefrólogo en incorporarse en la institución médica hospitalaria AD-Honorem, con la autorización de la Dirección Médica en la persona del Dr. Pedro Sanabria y la Jefatura del Servicio de Medicina Interna representada por el Dr. Luis Teodoro García con la modalidad de diálisis peritoneal.

A partir del 31 de marzo de 1987 se inicia el tratamiento de los pacientes con afección de sus riñones en insuficiencia renal crónica (IRC) de los estadios V/V con

hemodiálisis, previo a ello se realizaron en los años 1985, 1986 y 1987, campañas para la consecución de los equipos que se emplearían en la realización de la modalidad dialítica hemodiálisis, donde participaron la comunidad del estado Nueva Esparta, los Clubs de Leones, el Fondo para los Desarrollos de Nueva Esparta (FONDENE), el Centro Nacional de Diálisis y trasplante del MSAS de esa época, la Dirección de Salud del Estado Nueva Esparta, el Rotay Club, entre otros.

Las dos (2) máquinas de Recirculación Sistémica Perteneciente (RSP) para hemodiálisis que llegaron al Hospital Central ``Dr. Luis Ortega ``se adquirieron con los recaudos en el primer radio maratón, realizado en el estacionamiento de los médicos de la institución hospitalaria, que tenía como eslogan ``Un Riñón Artificial para el Hospital ``Dr. Luis Ortega`` en el mes de agosto de 1985, teniendo como organizadores a los Clubs de Leones del Estado Nueva Esparta, los equipos para diálisis se adquirieron a través de la compañía Travenol siendo recibidas en el almacén general del Hospital Central ``Dr. Luis Ortega``, por el Dr. José Vicente Santana, Abogado y Presidente de los Clubs de Los Leones para esa Oportunidad, por Georgett de Santana Presidente de la Sociedad de Ayuda al Enfermo Renal del Estado Nueva Esparta y el Dr. José B Carvajal Bruzual, Medico Nefrólogo en Presentación en el hospital, en el mes de diciembre de 1985.

En 1993, bajo la Dirección del Hospital Central ``Dr. Luis Ortega``, el Dr. Rojas Salazar, por decisión de la Comisión Técnica de esa época, decidieron asignarle como nombre epónimo al Dr. José B Carvajal Bruzual a la Unidad de Diálisis que funcionaba en el 4to piso de la instalación Hospitalaria, nombre que llevo durante 14 años hasta el 21 de septiembre del 2007, cuando fue inaugurada la nueva Unidad de Hemodiálisis y se cambió el nombre epónimo Dr. José B Carvajal Bruzual por el de Unidad Bolivariana de Hemodiálisis ``Dr. Edgar Moglia``.

En el 2017, el IVSS cambio el proveedor de materiales e insumos para la diálisis peritoneal por falta de divisas, contratando a la empresa

Fresenius que trabaja con máquinas de bombeo manual, tras 18 años de servicios de bombeo Baxter. La medida afectó a mil quinientas personas (1.500) personas en terapia sustitutiva. Las fallas de tratamiento impactaron en mayor proporción a las personas de diálisis peritoneal, cuya reducción en los registros de atención obtuvo alrededor del 50% entre los años 2016 y 2028 (p.6).

Esta nueva instalación posee una capacidad de veintinueve (29) estaciones para ubicar veintinueve (29) máquinas para hemodiálisis de la marca Nipro Corporación Modelo Surdial III de cuarta generación, separado en un área de veintiséis (26) máquinas para tratar a pacientes con serologías negativas a Hepatitis B, Hepatitis C y Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y un área con tres (3) máquinas para hemodiálisis para tratar a pacientes con serología positiva a Hepatitis B, C y VIH.

En este sentido desde el año 2017 las unidades de hemodiálisis a nivel nacional realizaron remplazo de equipos para hemodiálisis, sin embargo en la unidad bolivariana de hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, se suscitó un remplazo de los equipos y suministros cinco años antes que en el resto de las unidades, por lo que las (29) máquinas de hemodiálisis de la marca Nipro Corporation Modelo Surdial II de tercera generación fueron sustituidas por las máquinas de marca Fresenius Medical Care Modelo 4008S OCMt/v por medio del cual se lleva a cabo el tratamiento de sustitución renal en los pacientes.

Así mismo cuenta con un área para diálisis peritoneal con tres (3) camas clínicas, un (1) quirófano, una (1) planta de agua para tratamiento de hemodiálisis, nefrólogos pediatras, cirugía cardiovascular, nutrición y psicología clínica, una (1) área para trabajo social, un (1) área de registros médicos, una área de coordinación de enfermería de la unidad, una (1) área de administración (secretaría), una (1) área para el Director médico o coordinador de la Unidad, una (1) sala de reunión, una (1) sala

de discusión de casos clínico y de docencia, una (1) área de recepción, un (1) área de oxígeno y bomba se vació, un (1) deposito general para almacenar el material de diálisis, baños para el personal, baños para los pacientes, un depósito de agua de setenta y cinco (75) litros y una planta eléctrica de emergencia.

Es importante resaltar que para el año 2019 se dio inicio a los Cursos Especiales de Grado para los estudiantes de la Licenciatura enfermería de la Universidad de Oriente núcleo Nueva Esparta, actualmente van 6 cohortes. En el año 2021 se dio inicio a los Postgrados para los residentes de medicina donde actualmente van por la primera cohorte; en el año 2023 se apertura el primer postgrado en nefrología para los licenciados en enfermería. Esta unidad ha sido estancia para la realización de sus prácticas profesionales, la cuales están en constante contacto tanto con los familiares como con los pacientes y personal de la unidad.

Actualmente la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia cuenta con treinta (31) máquinas y dos (2) estaciones, veintinueve (29) máquinas están en la unidad de diálisis y una (1) maquina en la terapia intensiva del hospital Dr. Luis Ortega para hemodiálisis, veintiséis (26) en el área Negativo de las cuales solo veintiuna (21) se encuentran activas, dos (2) máquinas activas en óptimo funcionamiento ubicadas en el área de aislamiento de la unidad de hemodiálisis para el tratamiento dialítico de los pacientes con serología positivo, restando seis (5) máquinas de hemodiálisis las cuales se encuentran inactivas (Dañadas), también cuenta con un área habilitada para los procedimientos de diálisis peritoneal.

2.2 Importancia y justificación

Rivas (2022) explico que, “es la parte en que se sustenta, argumenta y presenta del porque y para quede las actividades que se va a realizar, es decir, justificar los procedimientos y técnicas del tratamiento de reemplazo renal, además de exponer la importancia de llevar a cabo dicho tratamiento” (parr.10). Luego de lo planteado en líneas anteriores se puede justificar la Unidad de Hemodiálisis del

Hospital Dr. Luis Ortega por el gran beneficio que genera en la comunidad insular y sus alrededores brindando los mejores cuidados y tratamiento dialíticos a los pacientes con Nefropatía, establecimiento altamente capacitado y destinado únicamente para la atención de pacientes con tratamientos paliativos, Resaltando que, la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” es el único establecimiento en el estado Nueva Esparta destinado al tratamiento de la ERC.

Este establecimiento está encargado de brindar y garantizar una mejor calidad de vida con el tratamiento de remplazo renal, resaltando que sin la función renal no pueden vivir. Estos servicios son brindados de manera gratuita. Brindando a los pacientes la oportunidad de cumplir su tratamiento de sustitución renal hasta que puedan ser beneficiados con un trasplante renal. Cabe destacar la gran importancia que posee la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia debido a la amplitud de las posibilidades brindadas a los pacientes que reciben su tratamiento de remplazo renal en estas instalaciones donde acuden pacientes Neoespartanos y sus alrededores, actualmente acuden a la Unidad de Hemodiálisis a recibir su tratamiento hemodialítico.

2.3 Descripción y ubicación

Una descripción y ubicación es la caracterización de un lugar específico, su localidad, límites fronterizos y puntos referenciales, logrando así de este modo el mejor entendimiento para quien busca un lugar o localidad determinada. La ubicación actualmente se puede generar de manera narrativa o grafica siendo facilitada por medio de páginas web.

La unidad de hemodiálisis cuenta con las siguientes instalaciones:

Sala de Espera

Lugar donde los pacientes esperan su turno para ingresar a recibir su tratamiento y los acompañantes esperan el egreso de su familiar.

Consultorio 1

Espacio donde se llevan a cabo las consultas de Nefrología (Consultorio General).

Consultorio 2

Espacio donde se les brinda la consultas a los pacientes que aún no tienen acceso vascular (Consultorio General).

Sala de Hemodiálisis Negativa

En esta área se realiza la hemodiálisis a los pacientes Negativos en Hepatitis B, C y HIV. Área equipada con, (1) una balanza clínica para el control del peso corporal pre y por hemodiálisis, veintisiete sillones (27), una (1) camilla, tres (3) máquinas de hemodiálisis en aislamiento destinadas a los pacientes Positivos en las serologías, una para cada, actualmente solo está funcionando una (1) maquina.

Sala de Diálisis Peritoneal

Espacio donde se realiza el tratamiento a los pacientes de Diálisis Peritoneal.

Sala de Hemodiálisis Positiva

En esta sala es donde se realiza la hemodiálisis para aquellos pacientes positivos Hepatitis B, C y HIV. Esta sala cuenta con dos (2) sillones una (1) camilla, tres (3) máquinas para el tratamiento de hemodiálisis una para cada serología, de las cuales solo está en funcionamiento una máquina.

Oficina del Coordinador de la Unidad

Establecimiento donde encuentran ubicada la coordinación médica.

Oficina de la coordinadora de Enfermería

Espacio donde se dirige la coordinación de los profesionales de Enfermería.

Oficina de Historias Médicas

Establecimiento donde se lleva el control de los pacientes de la unidad y se almacenan la papelería de la misma.

Oficina de Administración

Espacio donde se maneja la secretaria de servicio y la asistencia administrativa.

Salón de clases o sala de reuniones.

Espacio donde se almacenan los archivos de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis peritoneal (No posee).

Área Quirúrgica

Espacio que se encuentra actualmente inhabilitado.

Planta de tratamiento de agua

Espacio destinado para la preparación de del tratamiento de hemodiálisis la cual esta con filtros de carbono activado, filtro de piedra, filtro de resina, filtro de sal, osmosis inversa y luz ultravioleta.

Baños para pacientes

Posee tres (5) solo Baños de los cuales uno (1) se encuentra habilitado.

Baño del Personal

Posee un (2) baño para uso del personal que da vida a la Unidad de Hemodiálisis.

Cuarto de Descanso

Espacio destinado para el descanso del personal de enfermería y camareras, donde también se encuentran lockers.

Cuarto de Hidroneumáticos

Es una sala donde se encuentra la bomba de hidroneumático que se encarga de llevar el agua desde la cisterna hasta la osmosis.

Cuarto de la Planta Eléctrica

Establecimiento donde se guarda la planta eléctrica encargada de suministrar energía eléctrica en casos de presentar cualquier falla.

Deposito

Espacio donde se guarda y resguarda el material destinado al uso de las distintas modalidades de Diálisis.

Banco de Oxigeno

Área encargada de distribuir oxígeno a las diversas tomas existentes en las paredes de las salas de diálisis, las cuales actualmente están fuera de funcionamiento.

Estacionamiento

Espacio frente a la unidad, capacitado para estacionar los vehículos del personal, los pacientes y transporte de la instalación hospitalaria.

El horario ofrecido por la Unidad de Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” es el siguiente; De 7:00 am a 11:00 pm de lunes a sábado con una duración de tres (3) horas por sesión. Los cuales se dividen en tres (3) turnos de atención, el primer turno es de 7:00 am a 1:00 pm, el segundo de 1:00 pm a 7:00 pm, y por ultimo un turno nocturno de 7:00 pm a 7:00 am para pacientes con serología positiva, emergencias y para COVID 19, aunque actualmente no hay pacientes COVID

positivos. Actualmente en la unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia se encuentran activos ciento diecisiete (117) pacientes, de los cuales cuarenta y cuatro (44) son de sexo femeninos y setenta y tres (73) son de sexo masculino.

En cuanto a su distribución según sus días de tratamientos, están organizados de la siguiente manera: los días lunes, miércoles y viernes asisten un total de sesenta y tres (63) pacientes y los martes, jueves y sábado asiste un total de cincuenta y cuatro (54) pacientes, según su grupo etarios están organizados de la siguiente manera: Adulto Joven veinte (20) pacientes, Adulto pleno setenta y tres (73) pacientes y Adulto mayor veinticuatro (24) pacientes.

Rojas (Como cito Indriago y Quijada, 2023) La ubicación y descripción de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. Se ubica dentro de los terrenos del Hospital Dr. Luis Ortega, en la Ciudad de Porlamar, municipio Mariño. Limita al Norte con las adyacencias de la Unidad Terapéutica Oncológica “Dr. Modesto Rivero González”; al Oeste con la Sala de espera del Hospital General Regional Dr. Luis Ortega de Porlamar; al Este la Calle San Rafael; al Sur con el estacionamiento y la instalación de “Funda farmacia Porlamar” (p. 28), (Ver figura 4).

Figura 4

Mapa de la ubicación geográfica de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” del Hospital Dr. Luis Ortega.



Fuente: <https://maps.appgoo.gl/46UCHhh9ZVVgXrrr6>

2.4 Recurso y/o Talento Humano de la Unidad

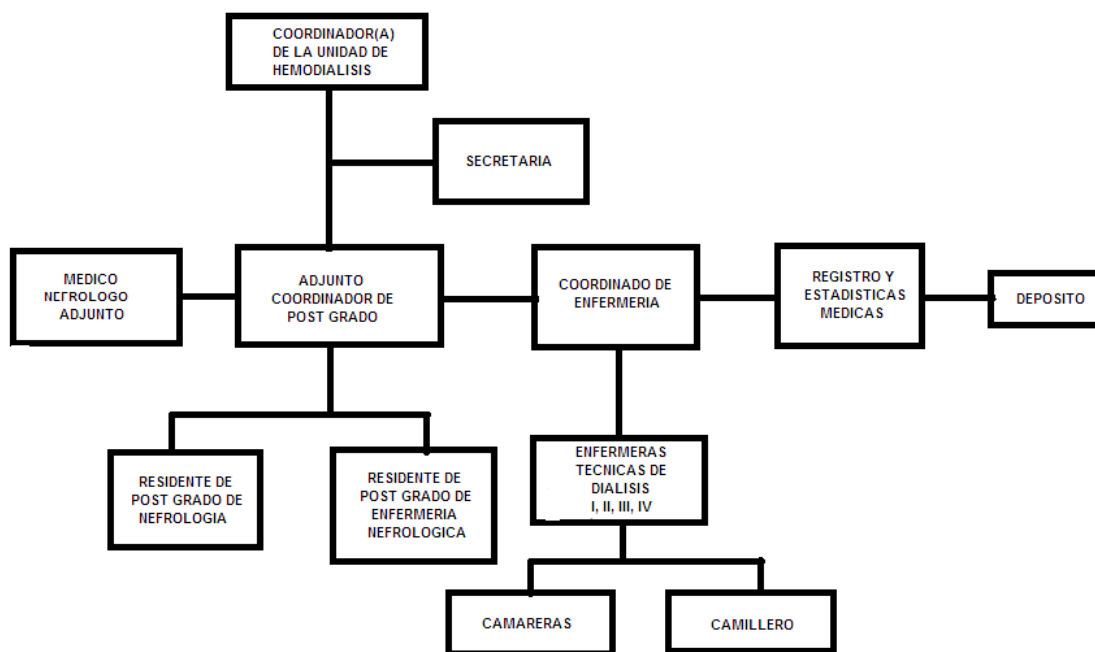
Podemos entender al talento humano como la sumatoria de habilidades, destrezas y capacidades que puede desarrollar una persona, generalmente estas características son las que permiten un crecimiento organizacional y un valor agregado en el trabajo, en este sentido; Pérez y Merino (2022) definen el talento como “la capacidad para ejercer una cierta ocupación o para desempeñar una cierta actividad. El talento suele estar asociado a la habilidad innata y la creación, aunque también puede desarrollarse con la práctica y el entrenamiento” (p.1). En este mismo sentido se presenta a continuación el talento humano que labora en la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”.

- Una (1) coordinadora médico.
- Un (1) coordinador de Postgrado.
- Tres (3) Médicos Nefrólogos adjuntos.
- Seis (6) Residentes de Medicina del Postgrado en Nefrología
 - Dos (2) Residentes nefrología 2do año.
 - Cuatro (4) Residentes nefrología 1er año.
- Dos (2) Licenciados Residentes 2do año de Postgrados en Enfermería Nefrológica.
- Doce (26) Licenciados (a) en Enfermería.
- Dos (2) TSU en Enfermería.
- Cuatro (4) Camareras.
- Tres (3) Camilleros.

Información adquirida por medio de la coordinadora de la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia quien decide no suministrar los nombres del personal activo antes mencionado, cumpliendo así con los reglamentos de esta institución sanitaria resguardando la imagen e integridad del personal de salud que labora en la Unidad (Ver figura 5).

Figura 5

Organigrama de la Coordinación de Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”.



Fuente: Cartelera informativa de la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

2.5 Misión

Todo empieza con una misión bien sea una empresa, un proyecto, hasta la vida misma, se plantea como un propósito por cumplir para lograr un meta específica, siguiendo el mismo orden de ideas, Ortiz (2003) explico que, “la misión es el motivo o la razón de existencia de la organización, lo que da sentido y orienta a las actividades; es lo que se pretende realizar para lograr la satisfacción del o los políticos objetivos, del personal, de la competencia y de la comunidad en general” (p.5).

La misión de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, según Anes (2023) señala que esta área clínica trabaja para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad Renal en todos sus aspectos, brindando cuidados tanto médicos como de enfermería, integrales y personalizados, proporcionando servicios preservados de salud, de manera oportuna, eficiente y de alta calidad técnica y humana, a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, para el mejoramiento de los niveles de salud, fomentando la prevención, tratamiento e investigación de la enfermedad Renal, así como la sensibilización sobre la donación de órganos para trasplante, a través de un equipo multidisciplinario de profesionales calificados y centrado en el bienestar de los pacientes (p. 66).

2.6 Visión

Se trata de una visualización a un largo, mediano o corto plazo. Manteniendo metas para lograr un objetivo, Ortiz (2003) la describe como “la construcción de la de la visión organizacional, significa establecer una situación imaginaria en el tiempo aparentemente imposible, capaz de motivar y satisfacer el sentido de existencia, desarrollo y trascendencia personal y colectiva” (p.2). Según Anes (2022) plantea en su Trabajo de curso Especial de grado que, “la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia tiene como visión: Establecer un modelo de cuidados y rehabilitación oportuna y adecuada durante las sesiones de diálisis, con un trato humanizado donde

el usuario se sienta cuidado y respetado, donde el esfuerzo de todos se compensa y motiva, donde los logros son de todos y los retos son un impulso para mejorar” (p.63).

2.7 Objetivos

Los objetivos pueden ser planteados como pequeñas metas a alcanzar para lograr un proyecto específico o un objetivo en general, según Lisboa (2013) los objetivos son los puntos de referencia para lograr los resultados necesarios. Una organización u empresa debe tener claro los objetivos que desee alcanzar en un tiempo determinado para decidir cuáles son las acciones que debes tomar para poder cumplir dicha meta (parr.6).

Según Rojas (como cito Marcano, 2023, p.68) “El objetivo de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia es brindar al paciente con Nefropatía el tratamiento sustitutivo que necesita para tener una mejor calidad de vida, puesto que han perdido la función excretora y depuradora de su sangre” dentro de estos destacan:

- ✓ Brindar al paciente renal, todas las opciones de tratamiento sustitutivo, tales como Hemodiálisis, Hemodiafiltración, diálisis Peritoneal a mediano y a largo plazo.
- ✓ Promover la prevención y detección temprana de la Enfermedad Renal Crónica (ERC).
- ✓ Mejorar la calidad de vida de los pacientes y prolongar su vida.
- ✓ Orientar la comunidad en general para evitar los factores de riesgo a las enfermedades renales.
- ✓ Mejorar la calidad de atención médica y cuidados de enfermería a la población de pacientes con daño renal de la zona nororiental y turistas que nos visitan desde otras partes de Venezuela y el mundo.

- ✓ Capacitar a través de la docencia, al personal médico y de enfermería, en la prevención de enfermedades que afectan la funcionalidad de los riñones y la atención del paciente en diálisis.

2.8 Funciones, Actividades y Tareas del equipo de Enfermería

La organización hospitalaria en general está formada por un grupo de profesionales que juntos realizan un excelente equipo en función las necesidades de los paciente, la Unidad Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” no es la excepción, esta organización está conformada por un grupo de profesionales que incluyen; Médicos Especialistas, un grupo de Licenciadas (os) en Enfermería, Camilleros, Camareras, secretarias (os), Trabajadores Sociales, entre muchos otros. A continuación presentan las diversas funciones desarrolladas por cada uno de los profesionales.

2.8.1 Coordinador de Enfermería de la Unidad

- Identificar necesidades y planificar en conjunto al personal de enfermería el plan de atención al usuario.
- Supervisar la atención al usuario y realizar las observaciones pertinentes.
- Participar en la revista de enfermería.
- Elaborar plan de actividades de todo el personal a su cargo.
- Realizar reuniones periódicas con el personal.
- Sostener entrevistas por escrito con el personal, realizando: observaciones en el desempeño de su trabajo, en el comportamiento personal y además reconoce verbalmente y por escrito el trabajo realizado.
- Recibir y entregar la unidad clínica, y cada usuario que se encuentre en la misma.
- Detectar necesidades y anormalidades del servicio, condiciones de funcionamiento de equipos e instalaciones.

- Evaluar y orientar en cuanto a la atención al usuario, al personal del área, al nuevo empleado y al pasante de Enfermería.
- Elaborar planes de educación para la salud a pacientes, familias y comunidades.
- Detectar necesidades educativas y en conjunto con la Enfermera Coordinadora Docente, programa los planes de educación en servicio dirigido al personal.
- Llevar inventarios de medicamentos, equipos médicos, material médico quirúrgico, fármacos psicotrópicos.
- Vigilar que se cumplan los registros de control que se deben llevar en el servicio.
- Mantener informado al personal sobre las modificaciones en cuanto a normas administrativas a seguir.
- Elaborar planes y horarios de trabajo del personal.
- Realizar informes sobre condiciones de las áreas y actividades realizadas y por realizar.

2.8.2 Personal de Enfermería Técnico en Diálisis

Cada unidad de diálisis debe contar con un personal de enfermería y técnicos fijos, con entrenamiento en diálisis u otros procedimientos afines, en una relación de un (1) enfermero para cada cuatro (4) pacientes, este personal tendrá las funciones siguientes:

- Preparar los equipos para sesión de hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Revisar las máquinas de diálisis incluyendo bomba de sangre, medidores de conductividad, temperatura, flujo de sangre, flujo de dializado, presión transmembrana, presión venosa, presión arterial y alarmas que pudieran generar durante el procedimiento.

- Evaluar a los pacientes antes de iniciar la sesión de diálisis, incluyendo el estado general, ganancia de peso interdialítico, cuantificación de signos vitales, cumplimiento del tratamiento indicado y vigilar el bienestar y confort del paciente.
- Recolectar las muestras biológicas ordenadas, así solicitar y mantener en orden los exámenes de laboratorio, radiológicos y otros estudios.
- Asegurar el cumplimiento de las órdenes médicas.
- Realizar la conexión y desconexión de los pacientes a la máquina de hemodiálisis.
- Atender al paciente durante toda la sesión de hemodiálisis y registrar los datos necesarios para el adecuado control de tratamiento, tales como evolución de signos vitales, esquema de diálisis, complicaciones y tratamiento cumplido.
- Mantener los parámetros de hemodiálisis, según las ordenes médicas.
- Asistir al paciente en situación de emergencia durante la sesión de hemodiálisis.
- Notificar de manera inmediata al supervisor de enfermería y al médico las complicaciones y accidentes que ocurren en el paciente o en el personal durante la sesión de hemodiálisis.
- Notificar a su supervisora inmediata las averías de los quipos en el menor tiempo posible.

2.8.3 Camilleros

- Personal encargado del traslado de enfermos o cadáveres en camillas, camas de mano o manipulantes de la unidad de Hemodiálisis.
- Verifica que las camillas se encuentren funcionando adecuadamente y estén en su lugar.
- Ayuda a la movilización de los pacientes que lo necesiten de acuerdo a su estado de salud, usando la mecánica corporal.

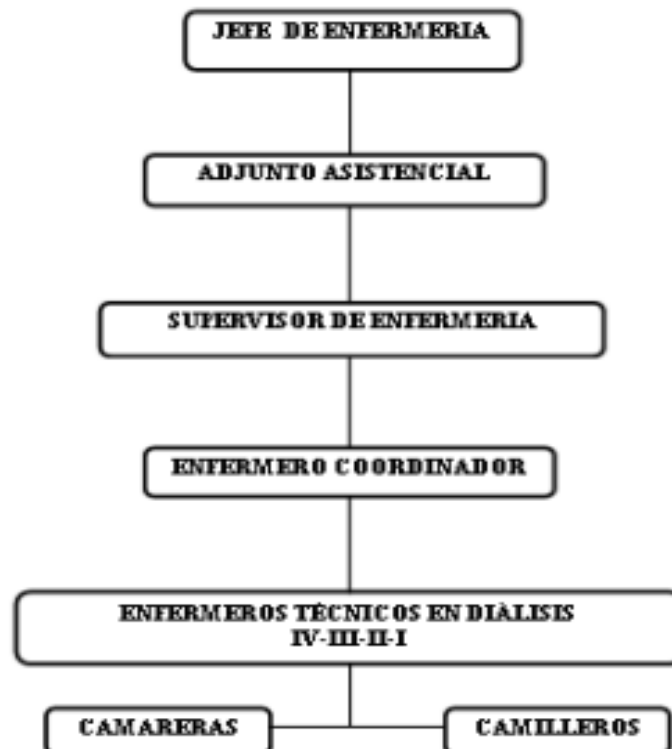
Manipula y trasporta la bomba de oxígeno a los pacientes que la requieran.

2.8.4 Camarera

- Garantizar que todas las habitaciones y espacios del centro de salud estén arreglados, limpios e inspeccionados siguiendo los estándares.
- Realizar actividades de limpieza en las diferentes áreas de la Unidad de Hemodiálisis.
- Proteger el equipamiento y asegurarse de que todo este correcto.
- Notificar a sus superiores de cualquier daño, desaparición y alteración.
- Gestionar las quejas/ solicitudes de forma profesional y paciente.
- Comprobar los niveles de existencia de todos los artículos de insumos y sustituirlos cuando sea apropiado.
- Seguir reglas estrictas en relación con la salud y seguridad, además de conocer todas las prácticas relacionadas con la empresa.
- Brindar una excelente atención a los pacientes.
- La persona debe ser honesta, responsable, puntual y debe cumplir con el horario laboral (Ver figura 6).

Figura 6

Organigrama Funcional de Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”.



Fuente: Cartelera de la Coordinación de enfermería de la unidad de hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

2.9 Aproximación Diagnostica

Según Díaz (2017) la aproximación diagnostica consiste en una herramienta de acercamiento a las comunidades o usuarios en el cual se trabajará, implementando estrategias para recolectar datos acerca de la problemática a estudiar y crear una analítica de las posibles soluciones a dichas problemáticas evaluadas durante aproximación (p.3). En otras palabras una aproximación diagnostica es una estrategia utilizada para evaluar una grupo de personas, comunidad, o familia en general con el fin de evidenciar un tema de interés, empleando técnicas, estrategias e instrumentos para la recolección de datos, posteriormente se evalúan sus consecuencias, riesgos, complicaciones y de esta manera finalmente buscar soluciones y realizar propuestas a dicha problemática.

En la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia se realizó una aproximación diagnostica en vista de una problemática presentada en diversos pacientes, tema de interés que se pudo observar en contacto directo con los pacientes en las horas prácticas del trabajo de grado mención nefrología, con el objetivo de dar a conocer la importancia del servicio de ambulancia en una unidad de Hemodiálisis tomando en consideración las diversas etapas de la ERC y las complicaciones que esta genera, para realizar dicha aproximación diagnostica se empleó la entrevista para obtener la información de manera directa y fidedigna del mismo modo se empleó el uso de papelería para registrar la información que fue suministrada.

Esta aproximación diagnostica se realizó tomando como referencia una cantidad de cinco (5) personas como muestra de toda una cantidad de pacientes que presentan la misma situación, de las cuales dos (2) son paciente con ERC en etapas avanzada, dos (2) son los familiares (cuidadores principal) de dichos pacientes y un (1) es profesional de enfermería del área de nefrología encargada de la atención y contacto directo durante en tratamiento hemodialítico de estos pacientes.

Cuadro 1

Cuadro representativo de las entrevistas realizadas.

Preguntas	Paciente 1 (Caso Clínico)	Familiar 1	Paciente 2	Familiar 2	Lic. Enfermería
Como se traslada a la unidad?	Yo tengo que venir en ambulancia ya que no puedo caminar por la fractura y luxación que presento en mis piernas.	Tengo que traerlo en la ambulancia, él no se puede ni sentar.	En la ambulancia porque yo no me puedo ni mover y en oportunidad es necesito oxígeno.	Yo lo traigo en ambulancia porque él tiene tres fracturas en distintas partes de su cuerpo y no se puede mover.	Los paciente es viniendo por sus propios medios y en muchas oportunidades faltan a su tratamiento por motivo de transporte.
Que tan difícil es conseguir el servicio de ambulancia ?	Es complicado, como mi turno de tratamiento es en la tarde tenemos que empezar a llamar al señor de la ambulancia desde temprano para q puedan ir a buscarme.	Muchas veces se nos complica y no puedo traerlo.	Yo conozco al señor de la ambulancia y muchas veces es fácil porque el señor me conoce, pero una semana se dañó la ambulancia y estuvo muy complicado venir hacerme el tratamiento.	Es complicado, la solvencia que tenemos ahorita es un conocido con una ambulancia pero en oportunidad es esto se vuelve una zozobra.	A ellos se les complica un poco. Conseguir traslados de ambulancias ahorita es difícil, deben hacer varias solicitudes para que les puedan asignar el traslado.

Cuántas sesiones de tratamiento a perdido en un mes?	El mes pasado falte en dos oportunidades y me complico por la retención de líquidos.	Él ha faltado en varias oportunidades, cuando la ambulancia no nos busca por la gasolina o porque está accidentada.	Varias veces, pero es algo que se escapan de mis manos.	Si falta porque a veces se nos complica mucho todo y quedamos prácticamente d manos atadas.	Si faltan en muchas oportunidades.
Que tan lejos vive?	Yo vivo en achipano.	No tanto, nosotros vivimos en achipano.	En las Hernández.	Nosotros vivimos en las Hernández.	Aquí tenemos pacientes del Estado y sus alrededores.
Qué opinas de esta situación?	Es difícil porque cuando no conseguimos ambulancia no puedo venir y me sigo reteniendo líquidos.	Esta situación es horrible, es una constante preocupación por que no debe perder ninguna sesión del tratamiento.	Sí, es complicado, pero tenemos que seguir buscando las maneras.	Que sinceramente es complicado pero yo estoy con él en las buenas y malas, que diferente fuera que la Unidad contara con una ambulancia.	Que la Unidad de Hemodiálisis debería contar con mínimo dos (2) ambulancias para el servicio de los pacientes. Así ellos podrían acudir sin faltas a su tratamiento.

Esta aproximación diagnóstica se realizó con el objetivo de dar a conocer la gran importancia que tiene el servicio de ambulancia fijo a una institución y área de salud específica. Los pacientes interrogados tienen 12 y 10 años en tratamiento hemodialítico, actualmente con ERC Grado V, ambos están limitados de la movilidad por diversas fracturas a causa de una desmineralización ósea ocasionada por los años en tratamiento hemodialítico. Resaltando que uno de ellos en oportunidades requiere del aporte de oxígeno por lo que deben ser trasladados estrictamente por medio de ambulancias. La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia actualmente no cuenta con este servicio, por lo que los pacientes deben resolver por medios propios, motivos por los que en oportunidades no acuden a su tratamiento, corriendo riesgos de crisis hipertensiva, aumento de la presión del pulso, hipertrofia ventricular, reducción de la perfusión coronaria y la muerte.

Es muy importante tomar consideraciones de todo lo planteado anteriormente en función a las necesidades, bienestar, confort y salud de los pacientes de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia para contribuir a bajar los niveles de incertidumbre, estrés y depresión por tal situación.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACION Y CASO CLINICO

En este capítulo se describe el marco teórico y metodológico en el cual se basa esta investigación, enfocado en el caso clínico seleccionado el cual trata de paciente masculino adulto con Enfermedad Renal Crónica grado V por Acidosis Tubular Renal idiopática en tratamiento hemodialítico en la unidad bolivariana de hemodiálisis quien actualmente presenta limitación para la bipedestación por luxación femoral en miembro inferior derecho y fractura en miembro inferior izquierdo motivos por el cual se aplicara proceso enfermero, cumpliendo así con los requisitos exigidos por el departamento de Enfermería de la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta.

De igual manera, se desarrollan los elementos claves del marco teórico y metodológico utilizado para desarrollar el caso clínico seleccionado, en donde se puntualiza el enfoque de la investigación, el método utilizado en la investigación, método de estudio de caso, diseño del estudio, técnicas e instrumentos, el marco legal de la investigación, marco teórico de las patologías y el proceso enfermero, destacando la gran importancia del desarrollo de cada uno de los elementos anteriormente mencionado para la correcta aplicación del marco metodológico con el objetivo de valorar al paciente y aplicar una conjugación teórica en función a sus necesidades.

3.1 Marco Metodológico de la Investigación

3.1.1. Enfoque de la Investigación

Según Villavicencio (2021) el enfoque cuali-cuantitativo es una nueva metodología diseñada para superar las limitaciones de los enfoques cuantitativos orientados a las variables como las del cualitativo combinando así ambos enfoques unidos complementando una sola metodología para la obtención de resultados complementados de manera general. En otras palabras el enfoque cuali-cuantitativo se basa en la unión de las metodologías de diversos enfoques para la obtención de un método completo, orientado en datos literarios y numéricos englobados en un solo proceso de investigación (parr.7).

El enfoque de la presente investigación será de manera cuali-cuantitativa o mixta, además de mostrar un estudio de caso y las diversas teorías y modelos, atreves de una investigación acción participante, para brindar soluciones a los problemas y necesidades manifestadas en el paciente objeto de estudio y siempre actuando en colaboración con él. Por otro lado se centra en la recolección de datos numéricos en cuanto al registro del paciente o datos de valoración obtenidos de manera cuantificable siendo esta la parte cuantitativa del proceso de investigación.

3.1.2 Método de la Investigación: Investigación Acción Participante

Balcázar (2003) señala, siguiendo a Fals Borda que la metodología de la acción participante implica un proceso de aprendizaje y genera conciencia socio-política entre los participantes a lo largo del proceso concebido como dialogo horizontal entre investigadores y miembros del grupo o comunidad (parr.22). En este caso se utiliza el método de investigación acción participante debido a que se tiene la información directa del paciente objeto de estudio y su cuidador principal al igual con los profesionales de la salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del Hospital Dr. Luis Ortega con la finalidad de establecer acciones en cuanto al autocuidado en función al déficit del mismo y fortalecer las relaciones

interpersonales enfermero-paciente, enfermero-cuidador principal y enfermero-paciente-equipo de salud.

3.1.3 Método de la investigación: Estudio de Caso

El estudio de caso es un método o técnica de investigación habitualmente utilizado en la ciencia de la salud y sociales, cual se caracteriza por precisar de un proceso de búsqueda e indagación, así como el análisis sistémico de uno o varios casos (Riva, 2018, parr.3). En síntesis el estudio de caso está basado en la investigación sistémica e indagación precisa de ciertas características en cuanto a la ciencia motivo por el cual en esta metodología se trata de escoger un caso concreto con objetivo de llevar a cabo actividades adecuadas con el fin de recuperar la salud del paciente objeto de esta investigación.

Esta investigación se realizó a través de un estudio de caso buscando la obtención de conocimientos precisos de una situación concreta, en este caso la aplicación de un proceso enfermero a un paciente con enfermedad renal crónica, el cual permitió el abordaje al paciente objeto de esta investigación y su patología en estudio a través de la metodología acción participante y un periodo de pasantías en la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia en la cual gracias a ello se pudo colaborar en la toma de decisiones en educación del paciente y cuidador familiar en cuanto al déficit del autocuidados y fortalecer las relaciones interpersonales.

3.1.4 Tipo de Estudio: Descriptivo

Ruiz (2024) plantea que, la investigación descriptiva analiza las características de una población o fenómenos sin entrar a conocer las relaciones entre ellas, también conocida como el punto de partida en muchos estudios científicos proporcionando una base sólida de conocimientos para establecer investigaciones completas (parr.1).

La presente investigación es de carácter descriptiva debido a que se están describiendo hechos que ocurrieron, en otras palabras se cuenta la historia del paciente en cuanto a su evolución clínica desde la aparición de la patología hasta la

actualidad, además de describir las instituciones de salud que se encuentran involucradas con el proceso enfermedad del paciente, donde actualmente está recibiendo su tratamiento de reemplazo renal, desarrollando cada uno de los aspectos que lo involucra incluyendo la experiencia de vida del investigador y el proceso enfermero aplicado al paciente objeto de estudio.

3.1.5 Diseño del Estudio: De Campo-Documental

Escarcega (2023) define la investigación de campo como una metodología de investigación que implica la recopilación directa y la observación de datos en el lugar donde ocurre el fenómeno de estudio (parr.3). Este enfoque permite la interacción directa con personas, comunidades a través de entrevistas, observaciones participativas o recolección de muestras. En base a lo planteado anteriormente se puede decir que, este trabajo de investigación es basado en un estudio de campo debido a los datos e información obtenida de manera directa por medio del paciente y del área donde se encuentra recibiendo su tratamiento de reemplazo renal, la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

Martínez (2013) define la investigación documental como aquella que analiza un determinado objeto de estudio a partir de fuentes documentales, estas pueden ser de diferentes tipos: libros, documentos de archivos, notas periodísticas, registros audiovisuales, entre otros (parr.1). En otras palabras la investigación de tipo documental se basa en la recopilación de datos con fundamentos teóricos o referenciales que argumenten la información descrita. En función a lo descrito por Martínez en líneas anteriores este trabajo de investigación también se considera de diseño documental ya que se recopila documentos, artículos de revistas, historia clínica, tesis de pregrado y posgrado leyes, entre otros. Con el objetivo de respaldar con argumentos sólidos dicho trabajo.

3.1.6 Técnicas e Instrumentos de la Investigación

Sánchez (2022) explica que la recolección de datos puede realizarse de diferentes formas, técnicas e instrumentos como la observación, cuestionarios, entrevistas y escalas, el objeto de la investigación determinara cuál de ellos se debe emplear, aunque se pueden implantar más de uno de ellos dentro de un mismo estudio (parr.1). En base a lo descrito en líneas anteriores se puede decir que en un trabajo de investigación se puede implementar diversas técnicas de recolección de datos para la obtención de información de manera directa y confiable, para efecto del presente trabajo se implementó la estrategia del informante clave y el uso de la entrevista para la obtención de información confidencial.

Hernández (2014) define al informador clave como aquellas personas que por su vivencia, capacidad de relaciones pueden ayudar al investigador, convirtiéndose en una fuente importante de información y a la vez va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios (p.5). En relación al presenta trabajo de investigación se llevó a cabo la técnica del informador clave por medio del cuidador principal del paciente objeto de estudio en este caso su esposa, quien brindo información de interés acerca de la evolución, cuidado y estado emocional el paciente objeto de estudio.

Martínez (2013) describe como entrevista la conversación que sostienen dos o más personas, en la que una parte hace preguntas y la otra responde todo esto con el fin de que la primera obtenga de la segunda información sobre un asunto en particular (parr.1). En función a lo descrito en líneas anteriores por Martínez en el presente trabajo se empleó la entrevista con el paciente para obtener la mayor información acerca del caso y sus avances patológicos.

3.2 Marco Legal de la Investigación

El marco legal es una sección que contiene todos los aspectos jurídicos y legales que dan sustento a lo expuesto en una investigación, en ella se desglosan las leyes, artículos y normativas jurídicas usadas para respaldar el contenido presentado. En el caso de esta investigación, se encuentra relacionada con los siguientes aspectos legales:

3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela es el principal instrumento legal que rige la salud como derecho fundamental y las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país, incluyendo al Hospital Dr. Luis Ortega y la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, lugar donde se desarrollan las prácticas profesionales de los Cursos Especiales de Grado Mención Nefrología y donde se seleccionó a la paciente objeto de estudio. A continuación se citan algunos artículos que constituyen fundamento para el desarrollo de esta investigación:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y

solidaridad. El Sistema Público Nacional de Salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85. El financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86. Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes

netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

De acuerdo a lo planteado por los artículos expuestos, la salud es un derecho fundamental de cada venezolano, que el Estado está en la obligación de garantizar, proveer y promover a través de un Sistema Público Nacional de Salud que mantenga políticas descentralizadas que respeten la vida de cada ciudadano y que será regulado y financiado en su totalidad por el Gobierno de la República. Exponen además que cada uno de los venezolanos tiene derecho a gozar de todos los beneficios de seguridad social en materia de salud que proporciona el Estado en diversas situaciones, garantizando así la promoción de salud en cada etapa de la vida, asegurando el bienestar y la seguridad de cada ciudadano.

3.2.2 Ley Orgánica de Salud de Venezuela (1998)

Artículo 1. Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará, igualmente, los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

Artículo 2. Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

Artículo 25. La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.

Artículo 69. Los pacientes tendrán los siguientes derechos:

El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.

Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.

Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.

Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.

Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.

Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.

Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.

Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.

Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

Artículo 70. Los pacientes tendrán los siguientes deberes:

Preservar y conservar su propia salud y la de sus familiares, y cumplir las instrucciones e indicaciones que conduzcan a ello.

Contribuir al cuidado físico, al mantenimiento y al cumplimiento de las normas de orden y disciplina de los establecimientos de atención médica.

Cumplir las disposiciones legales, reglamentos, resoluciones y órdenes que adopten las autoridades públicas competentes, en beneficio de su salud y la salud de los demás.

Retribuir los costos generados por la atención médica cuando su capacidad económica se lo permita.

En los artículos descritos en líneas anteriores explican que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino, que va más allá, es decir, se centra en el bienestar completo del paciente, en sus diversos aspectos tanto físico como psicológico y social, además de resaltar los derechos de cada paciente con la finalidad de cumplirlos respetando, resguardando y cuidando la integridad física y salud del paciente, por otro lado se describen los deberes del paciente el cual debe comprometerse con su cuidado propio, resguardar su salud, cumplir las disposiciones legales, entre otros.

3.2.3 Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005)

Artículo 3. El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario venezolano, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso de crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad, durante la discapacidad, la rehabilitación y, hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado y servicio.

Artículo 13. Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.

Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.

Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.

Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias desastres y otras emergencias.

Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.

Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.

Mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería.

Artículo 14. Son derechos de los o las profesionales de la enfermería:

Emitir opinión, elegir y ser elegidos en la dirección y funcionamiento de la Federación de Colegios de Profesionales de la Enfermería de Venezuela, Colegios de Profesionales de la Enfermería Seccionales, según se determine reglamentariamente.

Realizar todos los cursos que consideren necesarios para mayor capacitación y actualización profesionales. Los organismos empleadores darán las facilidades para hacerlo, siempre y cuando no se ponga en peligro la atención del usuario y usuarias.

Concursar para optar a cargos y ascensos según las normas establecidas por los organismos competentes.

Asistir a eventos científicos, tales como, convenciones, congresos y otros, siempre y cuando, su ausencia al centro de trabajo no ponga en peligro la atención a los usuarios y usuarias.

Organizarse en redes intersectoriales para ejercer el derecho a la participación y control social, sin ninguna restricción ni discriminación, a nivel nacional, estatal, municipal y local, en la formulación de la gestión, políticas, planes y programas, así como, en el seguimiento, evaluación y control de sus beneficios.

En esta ley se describe al enfermero como un profesional con conocimientos, habilidades y destrezas que le permiten participar en el cuidado de las personas, así como también establece sus obligaciones con el paciente y sus derechos como profesional de la salud, con el objetivo de asegurar una atención integral, de calidad y completa en todos los aspectos brindada por `profesionales altamente capacitados.

3.2.4 El Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008)

Artículo 2. El profesional de la enfermería estará regido por criterios éticos genéricos, en el desempeño de todas las intervenciones de Enfermería encomendadas a prestar cuidados humanos fundamentados en los principios de la ética profesional, competencia profesional, sentido de la responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros e integrantes del equipo de salud, sujeto, familia y comunidad.

Artículo 3. El profesional de la enfermería tendrá por norte de sus actuaciones los principios de: el valor fundamental de la vida humana, beneficencia y no Maleficencia, Terapéutico de totalidad, doble efecto, Justicia, Autonomía, Confiabilidad, Solidaridad, Tolerancia, Privacidad, Veracidad y Fidelidad.

Artículo 5. El máximo ideal de los (as) profesionales de la enfermería es el bienestar social, implícito en el fomento y preservación de la salud, respeto a la vida y a la integridad física, social y mental del ser humano.

Artículo 7. Los servicios de enfermería son universales. Al ejercer su función el profesional de la enfermería no hará distinción o discriminación alguna en cuanto a: edad, raza, sexo, nacionalidad, credo, opinión política o posición socio-económica.

Artículo 13. La relación enfermera(o) paciente, se fundamenta en el respeto a la dignidad humana basados en la responsabilidad y el secreto profesional en total acatamiento a los principios éticos y normas morales que forman parte esencial de la actividad realizada por las (los) profesionales de la enfermería.

Artículo 29. El profesional de enfermería al proporcionar los cuidados al usuario deberá tratarlo en forma holística. (Biológica – psicológica y social).

Artículo 30. El profesional de enfermería tendrá la obligación de dar a conocer al usuario su nombre y responsabilidad dentro del equipo de salud.

El Código Deontológico de Enfermería en los artículos mencionados presenta las obligaciones, responsabilidades y lineamientos éticos a seguir por el enfermero en el cumplimiento de sus funciones profesionales.

3.2.5 Ley Sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos (2012)

Artículo 1. El objeto de la presente ley es la regulación de los procedimientos con fines terapéuticos, de investigación o de docencia para la donación y trasplante de órganos, tejidos y células en seres humanos, en el ámbito del territorio nacional y con base al derecho a la salud previsto en la Constitución, las leyes, los tratados, pactos y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. Se excluyen del objeto de esta ley, las células madre embrionarias, ovarios, óvulos y espermatozoides, así como la sangre y sus componentes, excepto células progenitoras hematopoyéticas.

Artículo 9. Indicación de trasplante: Los procedimientos de trasplante, sólo podrán ser practicados una vez que los métodos terapéuticos usuales hayan sido

agotados, no exista otra solución para devolver la salud, mantener la vida y que la expectativa de rehabilitación del o de la paciente alcance niveles aceptables de supervivencia y calidad de vida.

Artículo 41. Derechos de donantes, receptores y receptoras: Además de los derechos establecidos en la Constitución de la República, así como en los tratados, pactos y convenios internacionales vigentes sobre la materia, y en esta Ley, los y las donantes, los receptores y receptoras, gozarán de los siguientes derechos:

Ser informados e informadas de manera suficiente, clara y adaptada a su edad, nivel cultural y desarrollo emocional sobre los riesgos de la operación de ablación y trasplante terapéutico, según sea el caso, sus secuelas físicas y psíquicas ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosímilmente, puedan resultar para el receptor o receptora.

Resguardo y respeto al carácter confidencial de su identidad.

Recibir oportuna y gratuitamente todo lo necesario para preservar su salud, garantizando la asistencia precisa para su restablecimiento, sin perjuicio del lugar donde se realice el proceso de donación y trasplante.

Cumplimiento de todos los requisitos legales y técnicos en cada una de las etapas del proceso, previo a la disposición de los órganos, tejidos y células.

Garantía de todos los recursos necesarios en las instituciones, establecimientos y centros de salud públicos y privados, autorizados para el tratamiento del o de la paciente y el alojamiento de sus acompañantes en condiciones adecuadas para una evolución favorable y satisfactoria.

Recibir en las unidades de diálisis tanto públicas como privadas, orientación, información y educación sobre donación y trasplantes, así como también facilitar las evaluaciones pre-trasplante, de acuerdo a su disponibilidad.

Medicación necesaria en forma gratuita, oportuna y permanente por parte del Estado, para el mantenimiento del órgano trasplantado y preservar la salud del o de la donante bajo los más altos estándares que garanticen su calidad y efectividad.

Trato preferencial en la atención médica vinculada a la conservación del órgano trasplantado y al éxito de la intervención.

Artículo 44. Deberes de los receptores y receptoras: Son deberes de los receptores y receptoras, los siguientes:

Cumplir con el control médico y el tratamiento inmunosupresor.

Mantener hábitos saludables de vida.

En los artículos presentados, se establece el objetivo de esta ley y condiciones necesarias para que se lleve a cabo un trasplante de órganos, así como también se aclaran los deberes y derechos de los donantes y receptores. El trasplante de órganos es una posibilidad, y a la vez una esperanza para todos los pacientes con ERC que ya agotaron todas las alternativas de tratamiento y se encuentran con daño irreversible en los riñones.

3.2.6 Gaceta Oficial 37.715, Normas que Establecen los Requisitos Arquitectónicos y de Funcionamiento para la Creación de Unidades de Hemodiálisis, en Establecimientos Médico-Asistenciales Públicos y Privados (2004)

Artículo 1. La Unidad de Hemodiálisis es el establecimiento de salud médico-asistencial, o sección del mismo, destinado a la aplicación de tratamiento sustitutivo de la función renal a través de procedimientos dialíticos y afines.

Artículo 2. Las Unidades de Hemodiálisis se clasifican según su ubicación y funcionamiento en las siguientes categorías:

Hospitalarias: Son aquellas ubicadas dentro de los establecimientos médico-asistenciales hospitalarios, destinadas al tratamiento de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Extrahospitalarias: Son aquellas que cuentan con una planta física independiente, donde la atención de hemodiálisis y procedimientos afines se realiza ambulatoriamente. Estas Unidades deben atender preferentemente pacientes crónicos, estables y sin procesos agudos que pongan en peligro su vida en un ambiente no hospitalario.

Artículo 8. Cada paciente debe tener asignada una máquina y un sillón y no podrá cambiar su ubicación sin la autorización del médico de la Unidad. La ubicación de los pacientes serología-positivos, hepatitis, VIH y otras enfermedades infecciosas adquiridas por vía sanguínea se registrará por las normas respectivas de control.

La Unidad debe contar con un cupo de Hemodiálisis disponible para emergencias en cada turno de trabajo.

Artículo 13. El personal profesional asociado incluye cirujanos, psicólogos clínicos, nutricionistas, trabajadores sociales, y otros que se consideren necesarios para el adecuado cumplimiento de los objetivos y metas de la Unidad de Hemodiálisis. Su número y tiempo de dedicación dependerá de las necesidades de la Unidad.

Artículo 19. Las máquinas y los equipos de hemodiálisis en servicio deben estar limpios, en plenas condiciones de funcionamiento y con las alarmas operativas. Las máquinas de hemodiálisis deben estar equipadas con los dispositivos mínimos siguientes:

Control volumétrico de ultra filtración

Sistema de desinfección química o térmica

Capacidad para Hemodiálisis con bicarbonato y/o acetato

Sistemas de alarma extracorpórea de presiones venosa, arterial y transmembrana, detección de sangre en el dializado y detección de aire en la línea venosa

Alarma de conductividad y temperatura

Capacidad para dilución variable de sodio

Capacidad para ajuste de la bomba de sangre a los diámetros del segmento de bomba de las líneas arteriales

- ❖ Batería recargable de emergencia, con una duración de trabajo no menor de 15 minutos (opcional).

En los artículos anteriormente expuestos, se presenta la definición de las Unidades de Hemodiálisis, la clasificación, el personal necesario para el funcionamiento, así como también se describe normas básicas que involucran a los pacientes y a las máquinas de Hemodiálisis.

3.3 Marco Referencial de la Investigación y Estudio de Caso

3.3.1 Antecedentes Internacionales

Vásquez (2019) en Ecuador, elaboró en la Universidad Técnica del Norte, un trabajo de investigación llamado “*Plan de Cuidados de Enfermería en Pacientes Insuficientes Renales atendidos en Medicina Interna del Hospital San Vicente De Paúl*”. Este se realizó con el objetivo de elaborar un plan de cuidados de enfermería en pacientes insuficientes renales atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital San Vicente de Paúl “Ibarra”. El diseño del estudio tuvo un enfoque mixto cuantitativo- cualitativo y con un tipo de corte transversal y observacional. Se

examinó una muestra de doce (12) profesionales de enfermería, y treinta (30) pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal, seleccionados previo a los criterios de inclusión y exclusión. Se identificaron diferentes necesidades del paciente de acuerdo a la encuesta realizada al personal de enfermería y a la valoración física de los pacientes con insuficiencia renal del servicio de medicina interna hospital San Vicente de Paúl. Los hallazgos de esta revisión confirman que acciones como la provisión de información, la educación, el entrenamiento y seguimiento son claves, pero también se exhorta a los profesionales de salud a dedicar más tiempo e interés a la valoración de necesidades intangibles, entre las que se destacan el apoyo, el ánimo, la escucha, la autonomía, la toma de decisiones y las sanas relaciones. Finalmente, se planteó un plan de cuidados adaptado a los patrones funcionales NANDA el cual contribuyó al equipo de salud de enfermería del área de medicina interna, además de su relación con el éxito en la terapia dialítica y el control de riesgos y complicaciones asociados a ésta. Se realizó la entrega del plan de cuidados de enfermería al servicio de Medicina Interna del hospital San Vicente de Paúl como búsqueda a la implementación e institucionalización del plan dentro de la institución.

Este trabajo de investigación tiene una estrecha relación con el presente trabajo de Curso Especial de Grado porque se centra en crear planes de cuidados empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC en función a las necesidades de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica una vez diagnosticada la enfermedad y estén recibiendo su tratamiento de reemplazo renal, buscando la ejecución de cuidados físico, orientación nutricional, monitoreo mediante el tratamiento y orientación familiar.

Según López (2016) presentó un trabajo de investigación para la Universidad de Complutense de Madrid que lleva como título “*Evaluación de la función renal en pacientes con enfermedad Renal Crónica (ERC) sin tratamiento sustitutorio, tras un programa de intervención nutricional (PIN): estudio aleatorizado.*” El mismo tuvo

objetivo evaluar una intervención nutricional (PIN) sobre la función renal, valorando la ingesta, vigilando el estado renal y nutricional en pacientes con enfermedad Renal Crónica sin tratamiento sustitutorio. Para su elaboración, se siguieron los criterios de las guías KDIGO/KDOQI, y los diferentes Documentos de Consenso de las Sociedades Científicas. Se diseñó un estudio longitudinal aleatorizado de ochenta y seis (86) participantes, de los cuarenta y tres (43) que componían el grupo estudio (E) finalizaron el programa de intervención nutricional 90,69% de la muestra inicial, y 38 de los participantes del grupo control (C) (88,37%). La duración del ensayo fue de 12 meses. El estado nutricional se evaluó mediante la valoración global subjetiva (VSG), datos antropométricos, dietéticos y analíticos. Se realizó los análisis estadísticos con el programa SPSS. A los doce meses, se ha observado un aumento de Filtración Glomerular y una disminución de otros parámetros que agravan la enfermedad. Además, se ha producido un control de la ingesta proteica y de la ingesta energética. Se concluyó en el estudio que mediante una intervención nutricional mantenida en el tiempo, se puede controlar el estado nutricional y se evita la progresión de la enfermedad Renal, influyendo positivamente en algunos parámetros de riesgo. Por lo que podemos concluir que la utilización de programas de intervención nutricional (PIN) en las consultas de enfermería nefrológica para pacientes con enfermedad Renal Crónica, podría evitar, en ocasiones, el paso del paciente a diálisis, trasplante o a la muerte.

En función con el presente trabajo de Curso Especial de Grado la relación existente con el trabajo descrito en líneas anteriores radica en la valoración y monitoreo nutricional dirigido al paciente objeto de estudio, siendo la nutrición un factor importante a evaluar en pacientes con insuficiencia renal el cual siendo evaluado puede evitar o reducir el progreso de la ERC.

Por otro lado Carrión (2021) en Perú, presento su trabajo de grado previo obtener su título de Especialista en Enfermería en Cuidados Nefrológicos en el cual

plantea que, la enfermedad renal crónica, es una enfermedad que provoca la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Dicha sintomatología clínica conforma un notable problema de salud pública a nivel mundial y nacional. Aquellas personas que padecen esta enfermedad obligatoriamente requieren de un manejo sustitutivo que hoy en día pueden ser hemodiálisis o diálisis peritoneal, lo cual ayudará a la disminución de la concentración nitrogenada y productos de desecho que se encuentran en la sangre, o de lo contrario se necesitará de un trasplante de riñón. Trabajo que tiene como objetivo: Describir los cuidados de enfermería y nivel de satisfacción del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis, para lo que empleo como material y método: la revisión bibliográfica retrospectiva y descriptiva. El total de artículos que conforma el estudio son 35 ubicados en la siguiente base de datos: Medline PubMed, Elsevier, Scielo, Lilacs, Revista Española de Nefrología, fue necesario utilizar operadores booleanos, para hacer más factible la clasificación de los artículos, teniendo en cuenta también criterios de inclusión y exclusión. Llegando así a la conclusión que, los pacientes que acuden a la terapia de hemodiálisis, manifiestan que el cuidado de enfermería es satisfactorio, y que su nivel de satisfacción es alto, ya que la atención proporcionada por parte del personal garantiza y cumple las expectativas que ellos perciben desde el momento que ingresan a la terapia dialítica, existiendo aún factores que podrían alterar su satisfacción, como la infraestructura y tiempo de espera para ser atendidos.

Dicho esto la relación entre el trabajo de grado descrito anteriormente y el presente, es debido a la satisfacción de las necesidades de los pacientes con enfermedad renal crónica la cual genera avance progresivo de dicha enfermedad y complicaciones por lo que el paciente objeto de estudio actualmente está presentando una desmineralización ósea a causa del tratamiento dialítico lo que por una caída accidental provoco una luxación y fractura dejándolo así limitado para cumplir la bipedestación siendo este uno de los motivos por el cual se establecerán planes de

cuidado para que los profesional de enfermería puedan satisfacer las necesidades del paciente de manera holística.

3.3.2 Antecedentes Nacionales

Gualdron (2016) realizo un estudio en la Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina, para optar al título de enfermera especialista en nefrología, bajo el título de “*Consulta de enfermería: Inicio programado para pacientes con Enfermedad Renal*”, el cual tuvo por objetivo proponer la consulta de enfermería en inicio programado para los pacientes con Enfermedad Renal, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz. El método empleado en la investigación fue a través de un estudio descriptivo, y proyecto factible con un diseño de campo, la población estuvo conformada por veinte (20) enfermeras que laboran en la Unidad de Hemodiálisis. Para la recolección de la información se aplicó la técnica de la encuesta tipo cuestionario conformado por treinta y dos (32) ítems con tres (3) opciones de respuestas: si, algunas veces, no; el tratamiento estadístico que se utilizó fue la estadística descriptiva, con un diseño de campo de corte trasversal. Por lo tanto, los resultados indican que la población de enfermeras son adultas jóvenes, predomina el sexo femenino, el 80% de las profesionales están de acuerdo que la consulta de enfermería de inicio programado debe incorporarse a las normas, con horario de atención, citas; el 95% manifestó la necesidad de insertar la empatía, historia clínica, asertividad en la consulta de inicio programado; el 100% expreso que el paciente y el familiar debería tener conocimientos sobre los medicamentos; el 100% señalo que el paciente debe de recibir información sobre las ventajas y desventajas del tratamiento sustitutivo renal. Por ende las conclusiones son que estos resultados permiten el diseño de la consulta de enfermería en inicio programado.

El trabajo de grado descrito en líneas anteriores se relaciona en el presente caso de estudio debido a el tipo de investigación de forma descriptiva, además de mantener

un objetivo en común de crear y fortalecer las relaciones interpersonales entre el paciente y el equipo de salud encargado de velar por el bienestar del paciente, orientándolo en función a sus necesidades y cambios generados como consecuencia de lo progresivo de su enfermedad.

De la misma forma, Díaz (2017) presentaron un Trabajo de Grado para optar al título de Licenciadas en Enfermería, en Barcelona, estado Anzoátegui, el cual se denominó *“Orientación Proporcionada por el Profesional de Enfermería al Paciente con insuficiencia renal crónica que va a ser sometido a implantación del acceso vascular del Hospital Domingo Guzmán Lander, De Las Garzas estado Anzoátegui”* el objetivo de la investigación fue determinar la orientación proporcionada por el profesional de enfermería al paciente con insuficiencia renal crónica que va ser sometido a implantación del acceso vascular de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Doctor Domingo Guzmán Lander de Las Garzas, Estado Anzoátegui. Aplicando una metodología de tipo transaccional descriptivo y de campo, contó con una población conformada por sesenta y cuatro (64) pacientes y la muestra quedó constituida por trece (13) pacientes, es decir el 20% de la población en estudio. En este estudio se evidenció que los profesionales de enfermería que conforman el equipo de trabajo de la unidad de hemodiálisis del Hospital Domingo Guzmán Lander, según resultados incumplen su rol educativo que debe prevalecer en el profesional de enfermería, por lo que se considera que las misma deben de tener una participación más activa en cuanto a la orientación que deben dar a los pacientes portadores de acceso vascular para su cuidado.

La relación entre ambas investigaciones se manifiesta por la importancia de brindar información al paciente acerca de la Enfermedad Renal Crónica además de los cuidados que se le deben proporcionar y resalta al profesional de enfermería como responsable de suministrar esta información a través de su función docente, con el fin

de que el paciente esté al tanto de los procedimientos y cambios que se presentan en su enfermedad.

Romero (2019) realizó un estudio descriptivo con diseño de campo, clínico-epidemiológico y transicional, mediante la revisión de 86 historias clínicas, como registros de data médica actual de todos aquellos pacientes ingresados en las unidades de hemodiálisis de un centro clínico privado de Valencia (Venezuela) en el año 2015. Con el fin de conocer las diferentes patologías de base que desencadenan cuadros de enfermedad renal crónica conllevando a la terapia renal sustitutiva o hemodiálisis. Se estima que uno de cada 10 adultos sufre de enfermedad renal crónica en el mundo, consecuencia ante un progresivo aumento en la incidencia y prevalencia de patologías crónicas, las cuales son capaces no solo de desencadenarla, sino también de acelerar el progreso de la misma hasta llegar al estadio V y ameritar terapia renal sustitutiva. El resultado del estudio determinó que El 52% de los pacientes tenía antecedentes de hipertensión arterial, 53% de diabetes mellitus, 37,2 % de malformaciones congénitas renales y 30 % de infección del tracto urinario. El 52,3 % de los pacientes eran mayores de 60 años. En conclusión, entre las patologías de base que tienen mayor relación al desarrollo de enfermedad renal crónica con ingreso a hemodiálisis en la unidad del centro privado encontramos: desarrollo de nefroangioesclerosis, diabetes mellitus por el desarrollo de la nefropatía diabética y por último, el resto de las enfermedades renales asociadas a malformaciones anatómicas preexistentes y con menor relevancia las infecciones del tracto urinario recurrentes.

El trabajo descrito anteriormente guarda relación con la redacción de esta investigación, debido a que es descriptivo con diseño de campo orientado a dar a conocer las patologías que pueden generar la ERC, desarrollando cada una de ellas y buscando la orientación en función al desencadenamiento de cada una de ellas hasta llegar a su estado de salud actual.

3.3.3 Antecedentes Locales

Hernández (2022) presentó en su trabajo de grado en la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta para optar al título de Licenciado de Enfermería que llevó por nombre *“Proceso Enfermero a sexagenario, masculino con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica, secundaria Hipertensión Arterial, Uropatía Obstructiva por Hiperplasia Prostática y Nefrolitiasis, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del Hospital Dr. Luis Ortega De Porlamar”* que tuvo como objetivo aplicar el proceso de enfermería a un paciente masculino de 61 años de edad que se encontraba recibiendo tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, a través de una investigación de enfoque mixto que sistematizaba un estudio de caso realizado a través de la investigación acción participante, haciendo uso de técnicas como la observación participante y la entrevista. En este trabajo se tomó como referencia para la valoración subjetiva del paciente los fundamentos teóricos de Dorothea Orem con su tendencia suplencia ayuda y Nola Pender con su tendencia de adaptación, además de la Guía estandarizada NANDA (2021 - 2023), NIC y NOC (2018 - 2020) para la elaboración de los Diagnósticos de Enfermería y de los planes de cuidados. Se concluyó con la validación de la importancia y pertinencia de la aplicación del proceso enfermero.

Dicho trabajo de grado guarda relación con la presente investigación por desarrollarse también bajo un enfoque metodológico cuali-cuantitativo, que hace uso de la investigación acción participante y del estudio de caso para elaborar los planes de cuidados bajo los aspectos de valoración de Dorothea Orem en busca de la orientación y de suplir la necesidades del paciente objeto de estudio con Enfermedad Renal Crónica, utiliza además la guía estandarizada NANDA (2021 - 2023), NIC y NOC (2018 - 2020).

Por otro lado Indriago y Quijada (2023) presentaron su trabajo de Curso Especial de Grado para optar al título de Licenciadas en Enfermería en la Universidad

de Oriente Núcleo Nueva Esparta el cual describieron un estudio de caso es efectuado mediante un trabajo de investigación, cuyo objetivo es aplicar el proceso enfermero paciente joven adulto femenino con diagnóstico médico de enfermedad renal crónica (ERC), secundaria a nefritis Lúpica, en tratamiento sustitutivo, quien ingresada en la unidad de hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”. La enfermedad renal crónica (ERC) es la pérdida progresiva de la función renal en meses o en años, en una etapa inicial, la enfermedad no presenta síntomas y puede ser tratada, pero en etapas donde la enfermedad esté más avanzada, la persona puede necesitar diálisis y hasta un trasplante de riñón; la experiencia de las prácticas profesionales fue orientada al desarrollo de esta investigación, utilizando la taxonomía NANDA 2021 - 2023, NIC y NOC 2018-2020, mediante las conjugaciones teóricas de Dorothea Orem, Sor Callista Roy y Merle Mishel. En cuanto a la parte metodológica se llevó a cabo a través de un enfoque cualitativo, ya que fue necesario el uso de información objetiva, mediante la observación participante. Los resultados demostraron cuán importante es llevar a cabo los procesos de enfermería en los pacientes, mediante sesiones educativas que pudieran ayudarlo a comprender un poco más los cambios físicos y fisiológicos por los que está transitando, la comunicación y empatía para disminuir los niveles de ansiedad e incertidumbre en ella y su familia con respecto a lo que pueda deparar el futuro.

La relación entre ambas investigaciones se enmarca en la técnica e instrumento utilizado para la obtención de datos e información de interés en cuanto al paciente, utilizando la observación participante pudiendo así obtener de manera objetiva datos, signos e información relevante para el desarrollo del presente trabajo de investigación en función al paciente objeto de estudio.

Marcano (2023) presentó su Trabajo de Curso Especial de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería en la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta, el cual lleva por título *Proceso Enfermero a Femenina Adulta con Enfermedad Renal Crónica Etadio V Secundario a Nefropatía Hipertensiva en*

Tratamiento en de Reemplazo Renal en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. “Edgar Moglia” en Hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar, en el cual describe que la enfermedad renal crónica (ERC) se ha venido convirtiendo en un problema de salud pública y se define como una anormalidad de la estructura o de la función renal, presente durante más de tres meses que tiene implicaciones importantes para la salud. Este estudio tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a femenina adulta con enfermedad renal crónica estadio v secundaria a nefropatía hipertensiva en tratamiento de reemplazo renal utilizando una conjugación teórica de Dorothea Orem, y Hydia Hall. Se trata de una investigación de tipo cuali-cuantitativo donde se utilizan los métodos de estudio de caso e investigación acción participante en un proceso de prácticas profesionales que combinan investigación documental y de campo en una relación directa y reciproca en la paciente y su entorno. El proceso enfermero parte de la valoración objetiva de la paciente mediante una evaluación física por sistema; universales y los círculos de cuidados alterados tomando en cuenta la familia y el entorno, así como, la taxonomía NANDA NIC NOC para la identificación de diagnósticos de enfermería y planes de cuidados en la atención integral del paciente. Concluyendo que con acciones del proceso enfermero, se logró mejorar el déficit del autocuidado e interacción de la paciente con su entorno.

La relación con el presente caso se basa en las valoraciones realizadas al paciente de manera objetiva y subjetiva en función a las teorías aplicadas en función al caso objeto de estudio, con el objetivo de obtener mejoría en función al déficit del autocuidado que presenta el paciente objeto de estudio y la relación del paciente con su entorno que en esta oportunidad será trabajado con la teoría de Hildergad Peplau con las Relaciones Interpersonales.

3.4 Marco Teórico de la Patología del Caso Clínico

Se trata de paciente masculino adulto de 36 años de edad con enfermedad congénita Agenesia Renal Unilateral derecha, quien en su infancia presento incontinencia urinaria hasta los 15 años sin haber sido controlada el cual al avanzar los síntomas acude al centro médico de hemodiálisis donde es evaluado y diagnosticado con enfermedad renal crónica por acidosis tubular renal idiopática el cual actualmente se encuentra recibiendo tratamiento de reemplazo renal en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. Actualmente el paciente presenta limitación para la bipedestación debido a una caída de manera accidental que sufrió en las instalaciones de su casa la cual dejo como resultado una luxación femoral derecha y fractura femoral izquierda, siendo trasladado por medio del servicio de ambulancia para recibir su tratamiento hemodialítico en sus tres sesiones por semanas.

3.4.1 Agenesia Renal Unilateral

3.4.1.1 Definición: Es una malformación genética que se caracteriza por la ausencia, en el nacimiento de un riñón (unilateral) o de ambos riñones (bilateral) la agenesia renal bilateral es muy poco frecuente y no es compatible con la vida. La agenesia unilateral es más frecuente de lo que se cree y se da en algo menos de uno de cada 1.000 nacimientos, afecta mayormente al riñón izquierdo (Gentile, 2022, parr.1).

3.4.1.2 Etiología: La agenesia renal es el resultado de un fallo en el desarrollo de la yema uretral y del mesénquima metanefrico. La agenesia renal unilateral puede estar causada por mutaciones en muchos genes, como RET (10q11.2), BMP4 (14q22-q23), FRAS1 (4q21.21), FREM1 (9p22.3) o UPK3A (22q13.31). También se ha descrito algunos casos de agenesia renal bilateral causados por mutaciones por los genes RET, FGF20 (8p22) o itga8 (10p13). La diabetes mellitus materna o el uso de

fármacos específicos durante el embarazo también puede ocasionar agenesia renal (Barbancho y Gómez 2013, parr.19).

En cuanto al paciente objeto de estudio, probablemente la agenesia unilateral presentada se debió a las alteraciones en las mutaciones descritas en líneas anteriores siendo este un proceso fisiológico ocurrido durante las etapas del embarazo, en este caso evidenciado (diagnosticado) años después por complicaciones en cuanto al sistema renal.

3.4.1.3 Fisiopatología: Embriológicamente la yema uretral surge del extremo caudal del conducto mesonefrico entre la 4ta y 7ma semana de gestación, además del uréter el mesonefro da origen en su involución a otras dos estructuras; el conducto de Muller del que se desarrollara el utrículo prostático y los apéndices testiculares, el conducto de Wolff que dará lugar al tracto genital interno en el varón. Inicialmente el uréter y el conducto de Wolff forman un conducto excretor común cuya zona distal será reabsorbida por el seno urogenital para formar el triángulo vesical. Pero en la 12 y 13 semana de gestación se produce un crecimiento diferenciado de la vesícula seminal separándose del uréter en una posición más caudal y medial. El desarrollo precoz del brote uretral demasiado craneal, ocasiona un retraso en la reabsorción distal, con una desembocadura ectópica en el triángulo, el cuello vesical, la uretra prostática, el conducto eyaculador, el deferente o la vesícula seminal. Además, cranealmente, el esbozo uretral alcanza el blastema renal con predominio de elementos mesonefricos en vez de tejido metanefrogeno, siendo la consecuencia de la disgenesia renal ipsilateral. A su vez el desarrollo anormal de la porción distal del conducto mesonefrico condiciona la atresia congénita del conducto eyaculador, cuya consecuencia es la dilatación quística de la vesícula seminal, que asocia a la desembocadura ectópica del uréter en dicha vesícula en aproximadamente un 36% de los casos (Samaniego, Camacho, Gonzales y otros 2004 parr.4).

En función al paciente objeto de estudio, no presenta pruebas que nos oriente en cuanto a lo que genero la agenesia renal o que produjo dicha enfermedad congénita. Debido al desconocimiento al respecto de la madre del paciente y por consecuencia del paciente mismo. Sin embargo, estudio confirman el proceso fisiológico descrito en líneas anteriores por dichos autores.

3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas: En general, las personas que nacen con agenesia renal o displasia renal no muestran síntomas, normalmente su detección es por medio de exámenes de imágenes, llevan una vida plena y saludable y es posible que nunca descubran que tienen agenesia renal unilateral (Ávila 2020).

En el caso del paciente objeto de estudio, no tenía conocimiento de que presentaba agenesia renal unilateral derecha, mas sin, embargo como se menciona en líneas anteriores presento incontinencia urinaria desde su infancia hasta sus 15 años sin haber sido controlada, luego de un tiempo prolongado presento sintomatología severa por lo que se vio obligado acudir al médico.

3.4.1.5 Complicaciones: Según la página web NIDDK en el 2020 publico, Las complicaciones de la agenesia renal son pocos comunes pero podrían incluir:

- Incremento de proteína en la orina conocida como albuminuria.
- Una tasa de filtración glomerular inferior a lo normal, que mide la rapidez con la que los riñones filtran las toxinas y el exceso de líquido de la sangre.
- Presión arterial alta (hipertensión).
- En la mayoría de los casos puede generar una insuficiencia renal.

Las personas con agenesia renal o displasia renal pueden correr un mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal, por ejemplo si el riñón único de la persona funciona normalmente durante la infancia, aun corre un mayor riesgo de presentar insuficiencia renal en la edad adulta (parr.13).

3.4.2 Acidosis Tubular Renal

3.4.2.1 Definición: La acidosis tubular renal (ATR) es la acidosis con alteraciones de los electrolitos debido a las fallas en la excreción de proteínas (tipo 1) en la reabsorción de bicarbonato (tipo 2) o en la producción de aldosterona o la respuesta a esta hormona (tipo 4). La acidosis tubular renal define una clase de trastornos en los cuales la excreción de iones hidrógeno o la reabsorción de bicarbonato filtrado están alteradas, lo que lleva a una acidosis metabólica crónica con un hiato aniónico normal (Hechanova, 2022, parr.1).

Alrededor de 75 a 80 % de bicarbonato es filtrado es normalmente reabsorbido, y por consiguiente ``devuelto`` a la sangre por el túbulo proximal de la nefrona. Si la capacidad reabsortiva de este segmento de la nefrona se reduce, (como se observa la ATR primaria y el síndrome Fanconi), ocurrirá la liberación aumentada a los segmentos distales de la nefrona, la cual sobrepasa las posibilidades de reabsorción de los mismos, ocurriendo bicarbonaturia y desarrollo de acidosis metabólica. (Gómez, 2012, párr. 8).

Por otro lado según Medeiro, Escobar y Muñoz, (2018, parr.1) la ATR comprende defectos de trastornos en la reabsorción de bicarbonato y/o la excreción de hidrogeniones. Se clasifica según estudios clínicos o funcionales, de distal, próxima, combinada e hiperkalemia. En general se caracteriza por una tasa de filtración glomerular normal y acidosis metabólica hiperclorémica, con brecha aniónica plasmática normal y clínicamente retardado en el crecimiento ponderal.

En síntesis se trata de una alteración fisiopatología del metabolismo ácido-base que se caracteriza por la presencia de acidosis metabólica y la reducción de la excreción tubular renal que puede afectar a hombres y mujeres con igual magnitud en cuanto al paciente objeto de estudio se evidencio una acidosis hiperclorémica, hipercalcúria, además de altos niveles de urea, creatinina y ácido úrico indicios que

orientaron a realizar estudios pertinentes para establecer diagnóstico y evaluar su causa.

3.4.2.2 Etiología: Existen varios tipos diferentes de acidosis tubular renal, y cada uno de ellos tiene sus propias causas. Su nombre depende de la parte del tubo renal dañada o alterada. Entre los tipos de acidosis tubular se incluyen los siguientes:

- ATR distal: el tipo de acidosis tubular más frecuente, puede ser hereditaria (transmitida de padre a hijo) o puede estar provocada por un nivel alto de calcio en sangre, la enfermedad de cálculo caliciforme, problema auto-inmunitario (como el lupus o el Síndrome de Sjogren) o por el uso de ciertos medicamentos.

A veces, esto puede causar otros problemas en la manera en que el cuerpo transporta nutrientes, como el potasio, hacia dentro y hacia fuera de la sangre, la afección se llama ATR hipercalcemia. Se puede deber a infecciones de orina, trastornos auto-inmunitarios, la enfermedad de células caliciformes, el rechazo de un riñón trasplantado o algunos medicamentos.

- ATR proximal: En la mayoría de los casos afecta a recién nacidos y está causada por un trastorno llamado Síndrome de Fanconi, otras causas son a deficiencia de vitamina D, la intolerancia a la fructosa, el uso de ciertos medicamentos y algunas afecciones metabólicas que se dan por la familia.
- ATR generalizada: Se produce por una deficiencia de aldosterona o una falta de respuesta de aldosterona en los túbulos distales. Como la aldosterona estimula la reabsorción de sodio en intercambio con el potasio y el hidrogeno, hay una disminución en la excreción de potasio que produce hiperpotacemia una reducción en la excreción de ácidos.
- La ATR tipo 4 o ATR hiperkalemica: Es causada por un defecto en la capacidad de transporte del túbulo distal. El transporte implica el movimiento de los electrolitos, como sodio, cloro y potasio entre la sangre y las partes del cuerpo.

- **ATR Idiopática:** Se trata de una enfermedad renal poco frecuente debido a que no se conoce su causa específica, pero se evidencia la poca función renal por lo que los riñones no eliminan los ácidos suficientes de la orina. En consecuencia, permanece demasiado ácido en la sangre (llamada acidosis). (pitone, 2020, párr. 6-9) (Ver figura 7).

En función a la etiología de la ATR del paciente objeto de estudio, aún se desconoce su causa, por lo que se diagnosticó ART Idiopática, es decir, sin causa aparente.

3.4.2.3 Fisiopatología: La acidosis metabólica sistémica se define como la alteración fisiopatológica del metabolismo ácido-base producida por la ganancia de ácido (hidrogeniones) ocurre en situaciones clínicas que cursan con una excesiva producción de los mismos y sobre pasa la capacidad de excreción renal, tal como sucede con la cetoacidosis diabética o el ayuno prolongado, (producción excesiva de b-hidroxibutirico, acetoaceticos, etcétera), la intoxicación por salicilatos o por propilenglicol, en la acidosis láctica por hipoxia celular (estado de choque infeccioso, cardiogenico, neurogenico e hipovolémico), o bien sea por una reducción efectiva de la excreción renal, como sucede en la insuficiencia renal aguda o crónica por la reducción de la eliminación glomerular de los ácidos sulfúricos y fosfórico. La acidosis tubular metabólica secundaria a la retención de hidrogeniones se presenta en una concentración normal de cloro sanguíneo y, por lo tanto, con el hiato anionico sanguíneo elevado.

Por otra parte la pérdida de bicarbonato (HCO_3) puede ocurrir por vía intestinal o renal. La pérdida intestinal de bicarbonato acontece durante episodios diarreicos y, con menor frecuencia, por la presencia de fistulas intestinales, duodeno-yeyuno anastomosis o utero-sigmoidostomia, cuando la perdida de (CHO_3) cuando la perdida de carbono ocurre por la vía renal se manifiesta como una acidosis metabólica

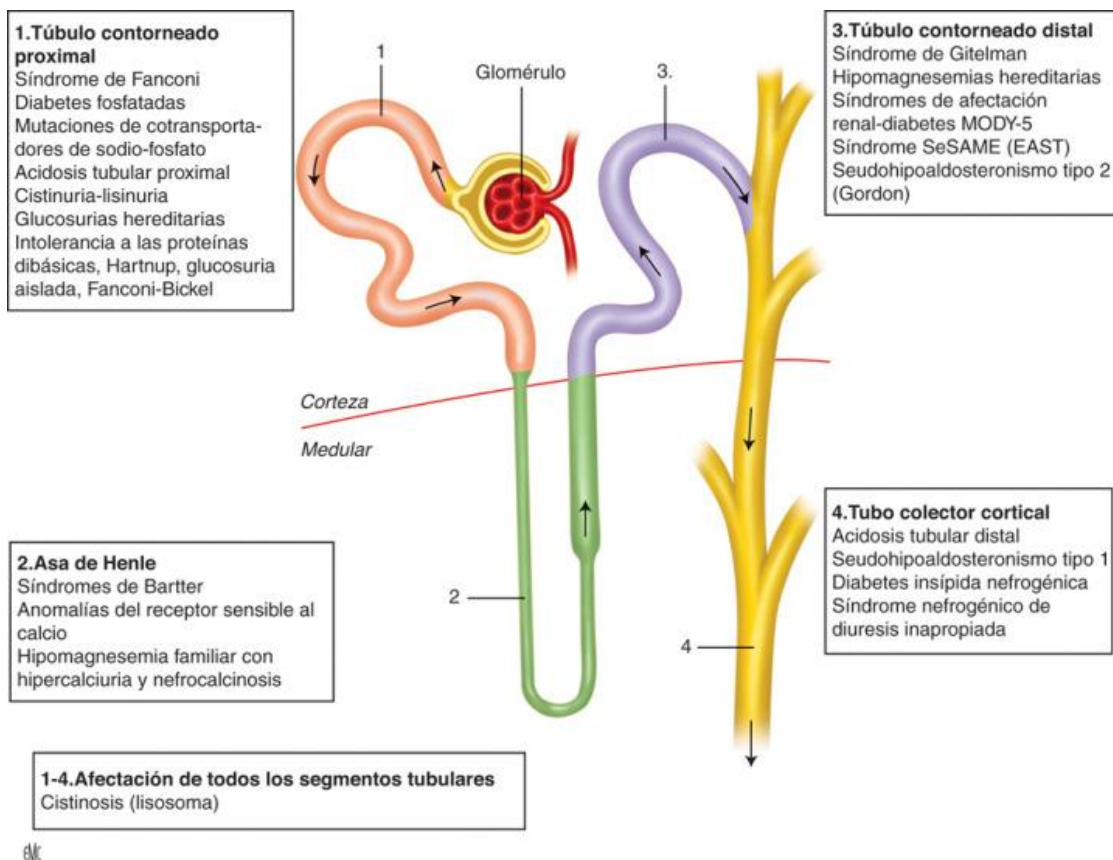
sistémica hiperclorémica, con Has normal y se denomina ATR, en cualquiera de sus formas: tipo I II y IV.

Los riñones contribuyen a la reabsorción de productos de bicarbonato en el túbulo proximal y a reabsorción de bicarbonato en el asa gruesa de Henle y en los túbulos colectores, además de la eliminación de ácidos titulables y del amonio en los túbulos distales, para mantener el equilibrio ácido-base. Con el objeto de lograr la excreción de hidrogeniones provenientes del metabolismo de aminoácidos y en la formación de hidroxiapatita durante el crecimiento y la remodelación ósea, la edad pediátrica, la excreción de los hidrogeniones se acopla a la eliminación renal de ácidos fosfóricos y sulfúrico, (acidez titulable) y, en forma más abundante, con la producción tubular proximal de amonio NH_4^+ (amoniogenesis) y la excreción del mismo en los túbulos colectores distales, por lo tanto la excreción neta de los ácidos (ENA) considera la excreción de hidrogeniones en forma de acidez titulable y de amonio, restando la excreción de bicarbonato. (Muñoz, Escobar y Medeiros, 2013, párr. 22-24).

En función a lo descrito en líneas anteriores el paciente objeto de estudio presenta disminución del crecimiento óseo desde la infancia, aumento del pH en sangre, niveles altos de urea, creatinina, ácido úrico además de hipercalcemia e hiperclorémia.

Figura 7

Ubicación estructural de la ATR



Fuente: <https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fars.els-cdn.com%2Fcontent%2Fimage%2F1-s2.0-S1245178915750237-gr1.jpg&tbnid=kylJmL8gz2Kr8M&vet=1&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fscience%2Farticle%2Fpii%2FS1245178915750237&docid=HkK9wedJ96eybM&w=720&h=551&source=sh%2Fx%2Fim%2Fm4%2F2&kgs=8bc8ae30806c57f9&shem=abme%2Ctrie#vhid=kylJmL8gz2Kr8M&vssid=mosaic>

3.4.2.4 Manifestaciones Clínicas: Las manifestaciones clínicas de estos pacientes son comunes, aunque presentan alguna particularidad según el gen causal subyacente. Inicialmente presentan fatiga, emesis en repetidas ocasiones, poliuria y episodios de descompensación aguda coincidiendo generalmente con cuadros infecciosos. Los hallazgos a nivel bioquímico incluyen una acidosis metabólica marcada con anión gap normal por ausencia de otros ácidos que funcionen como iones, orina descompensada (turbia) con PH generalmente mayor de seis (6) el anión gap es positivo como reflejo de la escasa excreción de amonio. La hipopotasemia es frecuente en estos pacientes (30-50%), debido al hiperaldosteronismo secundario relativo y al defecto de gradientes en el túbulo distal, produce debilidad muscular, estreñimiento, incapacidad para concentrar la orina y, en casos extremos parálisis y arritmias cardíacas que pueden ser fatales.

En cuanto a la edad de inicio de los casos de ATR recesivos se asocian con una presentación de los síntomas, generalmente entre los 6 y 24 meses, sin embargo los pacientes con ATR dominante tienen un inicio clínico más tardío, con una edad media al diagnóstico de entre 4 y 14 años. (Guía para Autores, párr. 25-26, 2022).

En relación con el paciente objeto de estudio presento en fase temprana incontinencia urinaria desde la infancia hasta los 15 años sin haber sido tratada además de poliuria ya en fase grave presento estreñimiento, pérdida de peso, miastenia, cansancio y anemia motivo por lo cual es valorado en la Unida Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” para su posterior diagnóstico y establecimientos de parámetros del tratamiento de remplazo renal modalidad hemodiálisis.

3.4.2.5 Complicaciones: Son generadas cuando el organismo, específicamente el riñón no es capaz de eliminar por medio de su función reguladora el ácido de la sangre de manera correcta, se neutraliza, es decir, se genera una acidosis metabólica, esto puede llevar a desequilibrios electrolíticos en la sangre, causando problemas con el funcionamiento normal de algunas células y como

consecuencia generando una enfermedad renal aguda o crónica, resaltando que, los riñones ayudan a controlar el nivel de ácido en el cuerpo removiendo de la sangre y eliminándolo por la orina ((Muñoz, Escobar y Medeiros, 2013, párr. 43).

En relación con el paciente objeto de estudio presento complicaciones con la eliminan en micción del ácido de la sangre por lo que se acumuló de manera excesiva tornando la sangre demasiado acida, generando así una Enfermedad Renal Crónica.

3.4.3 Enfermedad Renal Crónica

3.4.3.1 Definición: Según la Organización Panamericana de la Salud OPS, (2023) la enfermedad crónica del riñón o también llamada insuficiencia renal crónica, describe la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquido de la sangre, que luego son excretado en la orina (parr.1). Una vez perdida la función renal se acumulan peligrosos niveles de líquido, electrolitos y desechos en el cuerpo.

Por otro lado García (2023) explica que la insuficiencia renal consiste en el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Cuando el filtrado glomerular cae por debajo del 25-35% comienza a aumentar la urea y la creatinina, pueden presentarse de forma asintomática o bien presentando anemia, hipertensión arterial, poliuria y nicturia (párr. 1). Cuando el filtrado empieza a caer por debajo de 15% aproximadamente empiezan aparecer los signos del síndrome urémico.

Sellares y Rodríguez (2024) plantean que en adultos la ECR es la presencia de una alteración estructural o funcional renal. (Sedimento, imagen e histología) que persiste más de tres meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otro signos de enfermedad renal (párr. 7). La ERC es un problema de salud importante, enfermedad diagnosticada en pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) I Diabetes Mellitus (DM), la prevalencia de ERC puede alcanzar el 35-40%. La magnitud del problema es aún mayor teniendo en

cuenta el incremento de la morbilidad, especialmente cardiovascular, relacionado con el deterioro renal.

El paciente objeto de estudio presenta pérdida de la función renal de manera irreversible debido al aumento de ácido en la sangre, generando un desequilibrio electrolítico sanguíneo forzando así la función renal ocasionando una ERC.

3.4.3.2 Etiología: La causa principal es la diabetes y la hipertensión, la sangre se acidifica, aparece anemia, los nervios se dañan, el tejido óseo se deteriora y aumenta el riesgo de la aterosclerosis, muchas enfermedades pueden dañar o lesionar irreversiblemente los riñones. La lesión renal aguda se convierte en ERC si la función renal no se recupera después del tratamiento y dura más de tres meses. Por lo tanto cualquier trastorno que provoque lesión renal aguda, puede causar nefropatía crónica (Malkina, 2023, párr. 1-5).

En función a esta información se puede decir que la acidificación sanguínea ATR fue la etiología de la ERC grado V que presenta actualmente el paciente objeto de estudio, el cual debido a esto ha desencadenado desmineralización ósea e hipertensión arterial.

3.4.3.3 Fisiopatología: Según Bargman (2021) se encarga de abarcar dos números generales de mecanismos lesivos según:

1. mecanismos desencadenantes específicos de la causa primaria (como anomalías en el desarrollo del riñón, depósitos de complejos inmunitarios e inflamación en algunas glomerulonefritis o contacto con toxinas en ciertas enfermedades de túbulo y el intersticio renal).

2. Hipertrofia e hipertrofia de las nefronas restantes viables, efecto frecuente de la disminución de largo plazo de la masa renal, cualquiera que sea el origen primario. La respuesta a la reducción del número de nefronas tiene mediación de hormonas vasoactivas, citosinas y factores de crecimiento. Al final estas adaptaciones de corto plazo de hipertrofia e Hipertrofia se vuelven una adaptación

anómala, ya que la presión y flujos altos dentro de la nefrona predisponen a la distorsión de la estructura glomerular, la disfunción de los podocitos y la alteración de la barrera filtrante que conducen a esclerosis y deterioro de las nefronas restantes. La mayor actividad intersticial del eje renina-angiotensina (RAS, *renina-angiotensina system*) contribuye al parecer a la Hiperfiltración inicial adaptativa y luego a la hipertrofia y esclerosis ``inadaptativas`` este proceso explica porque la menor masa renal por una lesión aislada puede causar deterioro progresivo de la función renal en un lapso de muchos años y la eficiencia de las estrategias farmacológicas que actúan en esta respuesta.

En función al paciente objeto de estudio presento una enfermedad de túbulo, lo que ocasionó daño en el túbulo colector proximal de la nefrona, siendo este el encargado de filtrar el 80% de los líquidos lo que causa un deterioro progresivo e irreversible de la función renal (parr.4).

3.4.3.4 Manifestaciones Clínicas: Según García y Calderón (2024) la ERC comprende multitud de manifestaciones clínicas con repercusión sobre distintos aparatos o sistemas del organismo que pueden permanecer en silencio hasta estadios avanzados. Entre ellas está la anemia, hipertensión arterial, alteración del metabolismo óseo-mineral, mal nutrición, disfunción inmune, enfermedad cardiovascular, complicaciones hemorrágicas, neuropatías, edemas, trastornos electrolíticos y del medio interno (hiperpotasemia, acidosis, hiperfosforemia, hipocalcemia) y pericarditis. El abordaje terapéutico de la enfermedad renal crónica va encaminado a tratar las causas reversibles, prevenir o enlentecer la progresión (mediante un control estricto de la tensión arterial y el grado de proteinuria, para lo que se emplean fármacos, evitar factores que la agraven, tratar las combinaciones secundario en los estadios avanzados preparar con antelación la entrada en diálisis, tanto para evitar la morbilidad adicional como para facilitar la aceptación desde un punto de vista psicológico del tratamiento (parr.1).

El paciente objeto de estudio, presento las siguientes manifestaciones clínicas: Hipertensión Arterial, Anemia, mal nutrición, edemas, trastornos electrolíticos, alteraciones del metabolismo óseo-mineral. Fueron los siguientes signos y síntomas de alarma que conllevaron a la realización de una serie de paraclínicos para establecer su posterior diagnóstico.

3.4.3.5 Complicaciones: Merck (2023, parr.8) describe las principales complicaciones de la ERC de la siguiente manera:

- Hipertensión Arterial.
- Insuficiencia Cardíaca.
- Recuento bajo de eritrocitos (anemia).
- Lesiones en los nervios que provoca hormigueo y disminución de la sensibilidad.
- Debilidad ósea.
- Muerte súbita.

En lo correspondiente con el paciente estudiado ha presentado entre las complicaciones más relevantes están la Hipertensión Arterial, debilidad ósea e insuficiencia cardíaca.

3.4.3.6 Tratamiento:

Según Yuguero (2018) el tratamiento de la ERC va depender de su grado de progresión. En estadios iniciales es importante:

- Controlar la presión arterial
- Supervisar el azúcar, sobre todo, en las personas con diabetes
- Reducir el peso
- Controlar los niveles de lípidos en sangre
- Vigilar la ingesta de proteínas, sal, líquidos, potasio y fósforo para evitar sobrecargar la función deteriorada del riñón.

Si la enfermedad progresa y alcanza la situación de Insuficiencia Renal Terminal o estadio 5 se debe plantear optar por un tratamiento médico conservador, o bien, tratamiento sustitutivo: trasplante renal o diálisis.

En el caso del paciente objeto de estudio, no recibió un tratamiento en estadios iniciales debido a que él se negaba a buscar ayuda médica, hasta presentar síntomas fuertes como Miastenia, pérdida de peso, debilidad y piel hipo-pigmentada que lo obligaron acudir al especialista el cual tomo acciones pertinentes en el caso presentado.

3.4.3.6 Tratamiento Conservador: Según Martínez (2022) el tratamiento conservador es un plan que sirve para tratar los síntomas de la Enfermedad Renal terminal mediante fármacos, cambios en el modo de vida y otros tratamientos. Es decir, en este tipo de tratamiento no se reemplaza la función renal, no se hace diálisis y los riñones dañados del paciente siguen deteriorándose. De esta manera, el tratamiento permite que los riñones sigan funcionando el tiempo que la Enfermedad Renal lo permita.

La decisión de optar por el tratamiento conservador debe ser una decisión consensuada con la persona y la familia. A las personas que se les propone el tratamiento conservador, en lugar de un tratamiento sustitutivo, presentan otros problemas médicos o un estado de salud delicado como ser una persona de edad avanzada, padecer otras enfermedades graves o seriamente invalidantes que ofrecen un mal pronóstico o tener una expectativa de vida no muy larga.

Es posible que en estas circunstancias estas personas consideren insuficientes los beneficios de la diálisis para el manejo de su enfermedad en comparación con el esfuerzo que conlleva.

Numerosos estudios demuestran que en pacientes con estas características, la diálisis no mejora el pronóstico, y con un tratamiento conservador pueden mejorar su calidad de vida en el sentido de tener un mayor control de los ingresos

hospitalarios; se reducen el número de visitas a urgencias por complicaciones y no se realizan procedimientos invasivos con punciones venosas o colocaciones de catéteres.

Este tratamiento detallado en líneas anteriores no se empleó en el paciente objeto de estudio ya que, como se mencionó anteriormente no acudió a consulta con el especialista en la etapa inicial de la enfermedad. Al momento de presentarse a la consulta médica la enfermedad se encontraba en grados avanzados por lo que se refirió a tratamiento de sustitución renal modalidad hemodiálisis en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”.

3.4.3.7 Tratamiento Sustitutivo: El tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal crónica está en el trasplante renal que consiste en recibir un riñón que va a permitir suplir las funciones que se han perdido debido a la Insuficiencia Renal.

Existen dos tipos de trasplante renal en función de la procedencia del riñón del donante:

- El trasplante renal de donante vivo. En este caso los donantes suelen ser familiares de la persona enferma: cónyuge, padres, hermanos o alguien cercano a la familia. La ventaja de este tipo de trasplante es que se puede realizar cuando la Enfermedad Renal está ya muy evolucionada sin necesidad incluso de requerir diálisis.
- El trasplante renal de donante cadáver. En este caso el donante es un fallecido, y el receptor difícilmente puede trasplantarse antes de haber hecho diálisis durante un determinado período de tiempo, cuya duración va a depender de las características clínicas del paciente, del grupo sanguíneo y de la edad. El paciente se incluye en una lista de espera para trasplante, para que, en el momento en el que se produzca una donación, pueda recibir el riñón más adecuado a sus características.

En función al paciente objeto de estudio se puede decir que, por parte de sus familiares se realizaron trámites para llevar a cabo el trasplante de riñón por medio de la donación de órganos en la ciudad capital Caracas, planes que no se cumplieron por diferencias familiares, las cuales interfirieron en la toma de decisiones para dicho procedimiento.

Como otro tratamiento sustitutivo, tenemos la diálisis que es un procedimiento que se utiliza para reemplazar parte de la función de los riñones. El paciente que recibe diálisis debe combinarlo con otros medicamentos que suplan las funciones del riñón como la eritropoyetina y la vitamina D.

Existen dos modalidades de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) que el paciente deberá escoger libremente, siempre y cuando no exista una contraindicación absoluta para una modalidad u otra.

- *Hemodiálisis*: consiste en filtrar la sangre periódicamente. Durante este proceso, la sangre se extrae del organismo y se la hace circular por el dializador, o filtro, donde se eliminan las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos. Después se devuelve la sangre limpia al organismo.
- *Diálisis Peritoneal*: Este procedimiento filtra la sangre de un modo diferente a como lo realiza la hemodiálisis, que es el procedimiento más común para filtrar la sangre. Durante la diálisis peritoneal, un líquido purificador circula a través de una sonda (catéter) a parte de tu abdomen. El tejido que reviste el abdomen (peritoneo) actúa como filtro y quita los desechos de la sangre. Luego de un período de tiempo determinado, el líquido con los desechos filtrados fluye hacia afuera del abdomen y se descarta.

La diálisis (en cualquiera de sus modalidades) es un tratamiento que debe realizarse de por vida, salvo que se recupere la función renal, situación poco frecuente, o en caso de acceder a un trasplante renal con éxito.

Con respecto al paciente objeto de estudio actualmente está recibiendo tratamiento de remplazo renal, modalidad hemodiálisis con parámetros de Hemodiafiltración, paciente que actualmente es trasladado por medio del servicio de ambulancia para recibir su tratamiento hemodialítico en sus tres días por semana: lunes, miércoles y jueves en la Unidad Bolivariana de hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” debido a una caída de manera accidental en su hogar que dejó como resultado una luxación femoral derecha y una fractura femoral izquierda. La técnica empleada para obtener la cantidad de líquido que se debe hemofiltrar se realiza por medio de una hoja de líquidos ingeridos en su alimentación, obteniendo de esta manera su ganancia interdialítica.

3.4.3.8 Tratamiento Farmacológico: Los fármacos que se pautan a una persona con Enfermedad Renal Crónica pertenecen a los siguientes grupos:

- *Hipotensores.* Fármacos para el control de la presión arterial elevada.
- *Diuréticos.* Para intentar mantener un buen volumen de orina y evitar la retención de líquidos.
- *Quelantes del Fósforo.* Son medicamentos que reducen la absorción del fósforo para evitar que se acumulen en el organismo.
- *Suplementos de Calcio*
- *Vitamina D*
- *Eritropoyetina.* Proteína segregada, principalmente, por el riñón en el adulto y por el hígado en el feto, que estimula la producción de glóbulos rojos.
- *Quelantes del Potasio.* Sirven para reducir la absorción del potasio de la dieta. Una concentración elevada de potasio en sangre es peligrosa.

- *Inmunosupresores.* En caso de ser trasplantado, se deben tomar fármacos inmunosupresores para evitar el rechazo del trasplante renal.

En relación con el paciente objeto de estudio, está recibiendo también un tratamiento farmacológico que están constituidos por ácido fólico, hierro, complejo b y Eritropoyetina Humana Recombinante; los cuales estarán representados en lo sucesivo mediante fichas farmacológicas, cabe destacar que, en el caso del paciente objeto de estudio dentro de sus diagnósticos destacan la presencia de Hipertensión Arterial (HTA), no obstante el paciente no recibe tratamiento farmacológico permanente para la HTA, sin embargo lo recibe de manera eventual en momento de una crisis hipertensiva producto del tratamiento hemodialítico.

3.4.3.9 Fichas Farmacológicas

Según el Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha (2007) Es una ficha técnica o resumen de un producto o medicamento que describe diversos aspectos importantes del producto o medicamento donde destacan: la descripción del producto, posología, composición, las diversas presentaciones en que pueden conseguir el producto y la vía de administración del mismo, con el objetivo de orientar al personal de salud acerca del fármaco, su utilidad y modo de empleo de una manera sencilla y dinámica (p.2). A continuación se presentan las fichas farmacológicas en función al tratamiento farmacológico empleado en el paciente objeto de estudio.



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 2

Ficha Farmacológica de Ácido Fólico

Descripción	El ácido fólico y el folato son ambos términos para un tipo de vitamina B (vitamina B9). El folato es una vitamina B que se encuentra naturalmente en los alimentos, como hortalizas de hojas verdes, frutas cítricas y frijoles.
Posología	Dosis inicial de 10 a 20 mg/día dosis de mantenimiento 10 mg/día
Composición	Incluye un grupo pteridínico sustituido unido a una molécula de ácido para-aminobenzoico, lo que constituye el ácido pterico.
Presentación	Blíster de 10 o 20 tabletas. Ampollas inyectables de 10mg/ml
Vía de Administración	Oral/ Intramuscular.

Fuente: Vademécum España (2020)



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 3

Ficha Farmacológica del Citrato de Calcio

Descripción	Es un quelante de fosfato importante para el cuerpo humano. Ayuda a formar y proteger dientes y huesos.
Posología	1 o 2 tabletas/día
Composición	Cada tableta contiene 475 mg de acetato de calcio
Presentación	tableta contiene 475 mg de acetato de calcio
Vía de Administración	oral

Fuente: Vademécum España (2020)



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 4

Ficha Farmacológica de Hierro.

Descripción	Es un glicosaminoglicano muy sulfatado que se utiliza ampliamente como anticoagulante inyectable, y tiene la densidad de carga más alta conocida.
Posología	De 100 a 200mg por semana.
Composición	Cada ampolla contiene 100 mg de un complejo de hidróxido férrico-sacarosa
Presentación	Ampolla de 100mg/3ml.
Vía de Administración	Vía IV. La administración puede realizarse mediante inyección IV lenta, perfusión IV por goteo o directamente en la línea venosa del dializador

Fuente: Vademécum (2020)



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 5

Ficha Farmacológica de Complejo B.

Descripción	Forman un grupo de 8 vitaminas relacionadas con el metabolismo celular, son hidrosolubles.
Posología	La dosis recomendada es de una ampolla, una o dos veces por semana hasta que mejoren los síntomas; después de 3 semanas si es necesario se puede administrar una ampolla al mes.
Composición	(Vitamina B1) 100 mg Piridoxina hidrocloreto (Cada ampolla de 3 ml contiene: Tiamina hidrocloreto (vitamina B6) 100 mg Cianocobalamina (Vitamina B12) 5.000 microgramos.
Presentación	Tabletas, solución oral e inyectable. Oral e intramuscular.
Vía de Administración	Vía oral, intramuscular y endovenosa

Fuente: Vademécum (2020)



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 6

Ficha Farmacológica de Eritropoyetina

Descripción	La eritropoyetina es una hormona (glucoproteína) que regula la producción de hematíes, se une a receptores específicos en la superficie de los precursores eritroides y estimula su diferenciación clonal y maduración.
Posología	Dosis de 10mg tres veces al día, con aumento gradual durante un periodo de 7-14 días, según necesidades y tolerancia. Dosis máxima: hasta 180mhg por día y como dosis única hasta 30mg
Composición	Cada frasco ampula contiene 4000UI de eritropoyetina humana recombinante
Presentación	Frascos ampula de 4000 UI/1ML
Vía de Administración	Vía Endovenosa

Fuente: Vademécum (2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 7

Ficha Farmacológica de Heparina

Descripción	Anticoagulante, administrado en pacientes renales por su importante función en el torrente sanguíneo.
Posología	Dosis inicial de 50 a 100 UI/kg, seguidos de 400 a 600 UI/kg al día, bien en perfusión continua durante 24 horas, o bien repartidos en inyección IV a intervalos de 2 a 4 horas.
Composición	Formado por la unión de ácido-D-glucorónico o ácido L-idurónico más N-acetil-D-glucosamina, con una repetición de 12 a 50 veces del disacárido.
Presentación	Solución (líquido) que se inyecta por vía intravenosa (en la vena) o subcutánea profunda y una solución diluida (menos concentrada) que se aplica mediante catéteres intravenosos.
Vía de Administración	Endovenosa.

Fuente: Fuente: Vademécum (2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
AQUINUECLO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 8

Ficha farmacológica de Protirenal

Descripción	Complemento nutricional ideal para personas de alta demanda proteica.
Posología	Sobre de complemento nutricional de 30 grs para diluir en 8 oz de agua o de leche de almendra al día.
Composición	Aminoácidos, caseínas y suero de leche.
Presentación	Sobre de Complemento Protirenal de 30 grs cada sobre.
Vía de Administración	Oral.

Fuente: Fuente: Vademécum (2020)

3.5 Atención de Enfermería: Marco Teórico y Metodológico:

Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, la enseñanza y de la investigación las teorías de enfermería poseen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo, (Melo, López, Fernández y Barbosa, párr. 5, 2009). Por otro lado para Duran (2007) el proceso enfermero es un elemento esencial en la práctica, explican cómo validar los hechos del mundo empírico de enfermería, requiriendo el desarrollo teórico que, junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generando conocimientos para garantizar una buena práctica, (parr.15).

En síntesis, las teorías son guías en la práctica clínica, que orientan al cuidado de los pacientes y permite dar sentido al mundo empírico y, por lo tanto, entender de una manera más coherente y controlada la práctica de enfermería. También promueven la investigación y el desarrollo de políticas de salud basadas en la evidencia científica.

En función a los necesidades y limitaciones señaladas y observadas en la valoración del paciente objeto de estudio se aplican las siguientes teorías, Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem y la Teoría de Relaciones interpersonales del Hildergad Peplau.

3.5.1 Aspectos de las Teorizantes

3.5.1.1 Dorothea Orem: Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore (1914) inició su carrera en enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década 1930. En 1934 entro a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

En la década de 1950, Orem comenzó a trabajar en la creación de una teoría de enfermería que pudiera ser utilizada como guía para la práctica de enfermería. Su teoría se basó en la idea de que los individuos tienen la capacidad de cuidarse a sí mismos y que los enfermeros pueden ayudar a fomentar el autocuidado y la independencia en sus pacientes. Dorothea Orem presenta su teoría del déficit del autocuidado como una teoría general, compuesta por tres teorías relacionadas entre sí; teoría de autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

La teoría general del déficit del autocuidado es una relación entre la demanda del cuidado terapéutico y la acción de cuidados de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que construye la acción, no son operativas o adecuadas para conocer o identificar algunos o todos los componentes de las demandas del autocuidado terapéutico existente o previsto.

Por otro lado describe la teoría del Autocuidado como la encargada en la práctica profesional de enfermería, consiste en la ejecución de actividades en las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y desarrollo.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito formulado de autocuidado comprende dos elementos:

- El factor que se debe controlar o administrar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
- La naturaleza de la acción requerida.

Por otro lado está la teoría de los Sistemas de Enfermería.

Orem ha publicado numerosos artículos y libros sobre enfermería y su teoría han enseñado en muchas escuelas de enfermería en todo el mundo. Ella también fue miembro honorario de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Enfermería y recibió varios premios y reconocimientos por su trabajo, incluyendo el Premio de Altruismo de la Asociación de Enfermería del Estado de Missouri y el Premio Internacional de la Asociación de Enfermería de Dependencia. Orem falleció en 2007 en Savannah, Georgia, pero su legado en el campo de la enfermería se mantiene vivo y sigue influenciando la práctica de enfermería en todo el mundo.

3.5.1.2 Hildegard Peplau: Nació el 1 de septiembre de 1909 en Reading, Pennsylvania Hospital School of Nurseng. Trabajo como supervisora en un quirófano en el hospital de pottstown, y en 1947 obtuvo la maestría en enfermería psiquiátrica en The teacher College Columbia in New York. Se le considera la madre de la enfermería psiquiátrica. Fue participe de los avances profesionales, educativos y prácticos en la enfermería. Desarrollo la teoría de las relaciones interpersonales, centrada en la relación enfermería-paciente. En 1969 se convierte en directora ejecutiva de la Amrican Nurses Associations. Y en 1994 aparece en la lista de las 50 grandes personalidades americanas, recibiendo el honor más alto de la enfermería, el premio Christiane Reimann, en el ICN Quadrennial Congress en el año 1997. Falleció el 17 de marzo de 1990, en su casa en Sherman Oaks California.

3.5.2 Fundamentos teóricos de enfermería

3.5.2.1 Dorothea Orem Teoría del déficit del autocuidado: El déficit del autocuidado es la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y de la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de

autocuidado constituyentes y desarrollas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada (Orem, 2018, p.555).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente. Dorothea Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

-Requisito de autocuidado universal: Se refiere a los cuidados básicos que todas las personas necesitan para mantener su bienestar físico, mental y emocional. Incluye prácticas como alimentarse adecuadamente, mantener una buena higiene personal, descansar lo suficiente y realizar actividad física regularmente.

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte adecuado de agua.
- Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y lo excrementos.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad/ reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal

-Requisito de autocuidado del desarrollo: Se refiere a los cuidados que una persona necesita para alcanzar su máximo potencial de desarrollo. Esto puede incluir una educación adecuada, la formación de relaciones saludables, la exploración de intereses personales y el desarrollo de habilidades necesarias para el éxito y la felicidad.

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo: Los procesos vitales son serie de funciones indispensables para el mantenimiento de su vida. Estas funciones le permiten a los seres vivos obtener energía y utilizarlas para realizar sus funciones vitales, éstas son: Nutrición, Circulación, Respiración, Excreción y Reproducción.
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez.

-Requisito de autocuidado de desviación de la salud: Se refiere a los cuidados que una persona necesita cuando experimenta un problema de salud específico.

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas a acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana: Se define como la disponibilidad que tiene el individuo en buscar ayuda en caso de alguna exposición a agentes que causen daño a su salud.
- Tener consciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo: Conocimiento de la persona y la capacidad de identificar y prestar atención a los efectos que tienen dicha patología en él.
- Llevar a cabo efectivamente las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la

propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades: Acción que cumple el paciente donde se pretende determinar la presencia de cierta condición, supuestamente patológica, no susceptible de ser observada directamente.

- Tener consciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo: La consciencia de la salud implica mínimamente el autoconocimiento de nuestra condición en la dialéctica salud-enfermedad.
- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidad de formas específicas de cuidados de salud: El autoconcepto es básicamente la imagen que tenemos de nosotros mismos. Esa imagen se forma a partir de diferentes de variables. La autoimagen es la imagen o representación mental que se obtiene de uno mismo, generalmente resistente al cambio.
- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

La teoría general del déficit del autocuidado es una relación entre la demanda del cuidado terapéutico y la acción de cuidados de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que construye la acción, no son

operativas o adecuadas para conocer o identificar algunos o todos los componentes de las demandas del autocuidado terapéutico existente o previsto.

3.5.2.2 Dorothea Orem Teoría del Autocuidado: Por otro lado describe la teoría del Autocuidado como la encargada de la ejecución de actividades por medio del personal de enfermería en las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano continuando con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y desarrollo.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito formulado de autocuidado comprende dos elementos:

- El factor que se debe controlar o administrar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
- La naturaleza de la acción requerida.

La teoría del Autocuidado es puesta en práctica mediante la valoración objetiva realizada al paciente objeto de estudio aplicando los 8 aspectos del requisito del cuidado universal para ejecutar la valoración de manera ordenada:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte adecuado de agua.
- Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y lo excrementos.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad/ reposo.

- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser norma.

3.5.2.3 Dorothea Orem teoría de los Sistemas de Enfermería: Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

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

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

- Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
- Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
- Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
- Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipo de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

- ✓ Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
- ✓ Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
- ✓ Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

Un punto importante a considerar en 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.

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona.

3.4.2.4 Hildegard Peplau Teoría psicodinámica: Es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalítica, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal. Peplau define la enfermería psicodinámica como aquella que es de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades capaz y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia. Para Peplau enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención en salud, y un enfermero educado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayudar. Este modelo publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación enfermero-paciente las cuales son: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

- ✓ **Orientación:** Durante la fase de orientación el individuo tiene una fase percibida y busca asistencia profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y a entender su problema.

- ✓ Identificación: El enfermo facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
- ✓ Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
- ✓ Resolución: Las angustias metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

3.5.2.5 Relación de las teorías con el caso

Esta investigación estará sustentada por la conjugación de tres (3) teorías: en las que se incluyen las teorías del Déficit del Autocuidado y los Sistemas de Enfermería de Dorothea Orem y la Teoría de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau. La valoración subjetiva empleada en el paciente objeto de estudio en función a la teoría del déficit del autocuidado se centra en los ocho (8) aspectos del requisito del autocuidado universal, debido a las limitaciones presentadas en el paciente a causa de la desmineralización ósea, la cual justifica una fractura en miembro inferior izquierdo y una luxación en miembro inferior derecho debido a una caída accidental en las instalaciones de su hogar. Con el objetivo de identificar los aspectos incumplidos en la valoración para la formulación de planes de cuidados de enfermería basados en la suplencia de actividades y el cuidado personal.

La teoría del Autocuidado se aplica al paciente objeto de estudio del presente trabajo con el objetivo de valorar de manera subjetivamente empleando los ocho (8) aspectos del requisito del autocuidado universal, con el objetivo de identificar los aspectos incumplidos para formular planes de cuidados de enfermería centrados en la conciencia y la promoción de la salud dirigidos al paciente en función a su cuidado propio.

En cuanto a la teoría de los Sistemas de Enfermería se aplicara en el paciente objeto de estudio el sistema parcialmente compensatorio debido a la capacidad que posee el paciente en las toma de decisiones y las poca acciones que puede realizar y

el Sistema de apoyo educativo con el objetivo de aplicar planes de cuidado de enfermería orientados a la adaptación a las nuevas situaciones de salud y la promoción de la misma.

El modelo teórico de Hildegard Peplau será aplicado al paciente objeto de estudio como un proceso interpersonal de carácter- terapéutico que nace de la relación enfermero paciente ayudándolo con atenciones de enfermería en el contexto de la relación enfermero-paciente, enfermero-cuidador principal y enfermero-equipo de salud.

Las teorías descritas en líneas anteriores están cercanamente relacionadas con el paciente objeto de estudio del presente trabajo, por las actuales complicaciones y limitaciones que está presentando debido a su compleja situación de salud, la cual le está ocasionando grandes cambios en la realización de sus actividades cotidianas por lo que se construirán planes de cuidados empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC con el objetivo de planificar y ejecutar intervenciones de enfermería favorables que le permitan al paciente alcanzar una mayor autonomía, ya que, precisará de la asistencia de del personal de enfermería para recibir su tratamiento de sustitución renal, para cumplir con las actividades que no puede llevar a cabo por sí mismo, así como también para obtener apoyo educativo en función a sus necesidades y promoción de la salud.

CAPITULO IV

DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO

En este capítulo se presenta el caso clínico objeto de esta investigación de un paciente con ERC por Acidosis Tubular Renal. Se presenta el título de la investigación el resumen de caso evidenciando el transcurso de la ERC y sus complicaciones, de igual manera se describen los objetivos que fueron planteados en este trabajo de estudio para lograr las metas propuestas por medio de los planes de cuidados. La valoración objetiva cefalocaudal realizada en el paciente, la valoración subjetiva se sustenta con una conjugación teórica entre Dorothea Orem con la teoría Autocuidado y Hildegard Peplau la teoría de la Relaciones Interpersonales, iniciando luego con la elaboración y ejecución de los planes de cuidado en función a los aspectos incumplidos y las fases alteradas en la valoración del paciente.

4.1 Título del Caso Clínico

Proceso enfermero a masculino adulto con enfermedad renal crónica grado V por acidosis tubular renal idiopática en tratamiento hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”.

4.2 Resumen de Caso

Se trata de paciente masculino de 36 años de edad con agenesia renal unilateral derecha, quien presento antecedentes de incontinencia urinaria desde la infancia hasta los 15 años sin haber sido controlada, para el día 21/01/12 acude al centro hospitalario presentando pérdida de peso, cansancio, debilidad, miastenia y piel hipo-pigmentada, motivo por el cual se le indica exámenes de laboratorio, los cuales arrojaron niveles altos de Urea, Creatinina, Ácido Úrico, Anemia, además se evidencio hipercalcemia y Acidosis hipercloremica. De igual modo se indica un

examen ecográfico y biopsia renal de los cuales en la historia clínica no se encuentran resultados. El paciente tampoco posee copias de dichos paraclínicos que comprueban el diagnóstico que generó la Enfermedad Renal Crónica. El día 23/ 01/2012 inicia su tratamiento de reemplazo renal con programa de tres sesiones por semana, los días martes, jueves y sábado en horario de 7am a 10am, por medio de un catéter agudo bilumen en la región subclavio-derecha, con un peso seco de 48kg, ganancia interdialítica de 1kg, 2cc de heparina, dializador Fx-8 y TA: 110/60mmhg. El paciente presenta serología negativa para hepatitis B y C, HIV y VDRL negativo. A mediados del 2013 y 2014 se realizó cambio de catéter en tres oportunidades en las regiones subclavias izquierdas, femoral izquierda y femoral derecha por motivos de diversas infecciones y obstrucción, a finales del 2014 fue intervenido quirúrgicamente por quinta vez para retirar el catéter femoral derecho e inserta una fistula arteriovenosa en la región radial del miembro superior izquierdo. Para el 2015 el paciente presenta calambres fuertes y constante en las rodillas, a los ocho (8) años del tratamiento del reemplazo renal presenta pérdida de la movilidad normal de sus miembros inferiores (arrastraba los pies) al cumplir los diez (10) años de tratamiento de reemplazo renal emplea el uso de bastón para ayudarse a realizar sus actividades cotidianas un ejemplo de una de ellas caminar por medios propios. En febrero del 2024 año en curso sufrió una caída de manera accidental en las instalaciones de su hogar dejando como resultado una luxación femoral en miembro derechos y una fractura femoral en miembro izquierdo motivo por el cual presenta deterioro de la bipedestación. Actualmente, el paciente presenta limitación para la bipedestación, óseo sedentarismo, no cumple las orientaciones adecuadas del plan nutricional y se encuentra afectado emocionalmente, es trasladado por medio del servicio de ambulancia para recibir su tratamiento hemodialítico en sus tres días de la semana en horarios de 11am a 2pm.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo General

Aplicar proceso enfermero a masculino adulto con Enfermedad Renal Crónica grado V por Acidosis Tubular Renal Idiopática en tratamiento Hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgard Moglia” utilizando una conjugación entre las teorías del Autocuidado de Dorotea Orem, la teoría de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau y la taxonomía NANDA NIC y NOC.

4.3.2 Objetivos Específicos

- Valorar objetivamente a través del examen físico cefalocaudal y subjetivamente tomando como referencia los aspectos del Autocuidados de Dorothea Orem y las fases de relaciones interpersonales de Hildegart Peplau para la detección de problemas de enfermería del paciente y familia.
- Enunciar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los aspectos incumplidos del Autocuidado de Dorothea Orem y las fases alteradas de la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau, mediante la taxonomía NANDA (2020-2023) para la planificación de la atención integral del paciente y familia.
- Determinar los criterios de resultados esperados en la clasificación de objetivos NOC (2018-2020), que permita la planificación, intervención y evaluación de los cuidados del paciente y familia.
- Planificar intervenciones de enfermería de acuerdo a los aspectos incumplidos del Autocuidado de Dorothea Orem y las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau a través de la taxonomía NOC (2018-2020) para la atención del paciente y orientación familiar.

- Ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo con los aspectos incumplidos del Autocuidado de Dorothea Orem y las relaciones interpersonales de Hildergard Peplau mediante la taxonomía NIC (2018-2020) para la atención del paciente y orientación familiar.
- Evaluar las respuestas obtenidas en el proceso enfermero tomando como referencia la clasificación de objetivos NOC (2018-2020) a través de una escala Likert.

4.4 Historia de Enfermería

4.4.1 Anamnesis

Datos personales:

Nombre: GR

Fecha de Nacimiento: 01/11/87

Edad: 36

Género: Masculino.

Estado Civil: Soltero.

Dirección: Municipio Mariño, Sector Achapinó, punto referencial cerca de (La cancha).

Datos Sociales:

Nacionalidad: venezolano.

Grado de Instrucción: 1er Año Bachillerato.

Ocupación: Ayudante de Carpintería.

Pasatiempo: La lectura.

Religión: cristiano.

Datos Psicosociales:

Nivel de Estrés: Se observa en depresión.

Sufrimiento y Confort: Muy incómodo debido a la situación actual de salud y sus limitaciones.

Nivel Comunicativo: Fluido.

Antecedentes Personales:

Acidosis Tubular Renal (ATR)

Enfermedad Renal Crónica Grado V

Osteodistrofia Renal

Pericarditis

Derrame Pleural

HTA

Peso Seco: 27/02/24 (47.600gr).

Talla: 1,62 cm.

IMC: 18

Antecedentes Personales Tóxicos:

Alcohol: Niega.

Tabaco: Niega.

Drogas: Niega.

Hábitos Fisiológicos:

Tipo de Alimentación: No cumple con las orientaciones adecuadas del plan nutricional.

Micción: 0

Defecación: Cada 3 / 4 Días.

Descanso: 8 Horas.

Antecedentes Familiares:

Madre: Viva, sana.

Padre: Vivo, sano.

Hermanos: Seis (6) Hermanos Vivos, sanos.

Conyugue: Viva, Sana.

Hijos: Tres (3) de los cuales dos son Sanos y uno (1) Fallecido.

Antecedentes Quirúrgicos:

2003 apendicetomía.

2013-2014 Colocación de Catéter Agudo Bilumen en las regiones subclavia izquierda, femoral izquierda y derecha.

2014- Confección de fistula arteriovenosa radial en miembro superior izquierdo.

Valoración

Según Cedeño (2015) la valoración es aquella que realiza un examinador, se lleva a cabo normalmente por los profesionales de la Salud. Lo que normalmente se entiende por esto es la valoración de la calidad de una determinada actuación (parr.3). En función a lo planteado en líneas anteriores se puede decir que una valoración es un proceso sistemático que se realiza para conocer, evaluar, diagnosticar y registrar acontecimientos de un ser humano, objeto u equipo. A continuación se presentan dos valoraciones realizadas al paciente objeto de estudio, una valoración objetiva cefalocaudal y una valoración subjetiva orientada en la conjugación teórica mencionada anteriormente.

4.4.2 Valoración Objetiva

Cela (2016) describe la valoración objetiva como la técnica del evaluador para minimizar interpretaciones arbitrarias alejadas de los resultados de aprendizaje que se evalúan, y se son públicos y visibles de interpretación (Parr.3). Como parte del proceso enfermero aplicado al paciente objeto de estudio, se realizó una valoración objetiva de manera físico cefalocaudal, los datos obtenidos fueron los siguientes:

Examen Físico Céfalo-Caudal

Signos Vitales.

- **Tensión Arterial:** 130/70 mmhg.
- **Frecuencia Cardíaca:** 85 x1
- **SO2%:** 98%
- **Frecuencia Respiratoria:** 18 x1
- **Temperatura:** 36,8 °C.
- **Talla:** 1,62 cm.
- **IMC:** 18.
- **Peso seco:** 47,600 kg.
- **Peso húmedo:** 49,800 kg.

- ✓ Cabeza: Normo-cefálica, cuero cabelludo limpio, sin lesiones ni tumoraciones en la palpación, con cabello bien implantado, liso, corto de color negro. Pabellón auricular normo-implantado, sin presencia de cerumen, orificios auditivo permeable. Cara limpia, con ligera edematización, sin lesiones ni tumoraciones. Ojos simétricos, color marrón oscuro, mucosas húmedas en ambos ojos, presencia de ojeras. Cejas simétricas color negro, bien implantadas, sin cicatrices. Piel Ligera palidez cutánea, nariz simétrica, fosas nasales permeables, sin presencia de secreción ni pólipos. Boca con labios finos, presencia dentaria completa, sin presencia de caries visibles.

- ✓ Cuello: Asimétrico, ligeramente edematizado, simétrico, sin tumoraciones ni ganglios linfáticos inflamados a la palpación.
- ✓ Tórax: Simétrico, normoexpansible, dolorosos a la palpación, con frecuencia respiratoria de veinte (20) respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca de 85 palpitations por minuto, ruidos crepitantes en ambos campos pulmonares.
- ✓ Abdomen: Blando, depreciable no doloroso a la palpación, sin presencia de flatos y ruidos hidroareos presentes.
- ✓ Pelvis: Genitales no fueron explorados.
- ✓ Extremidades Superiores: Miembros superiores simétricos, uñas de ambas manos limpias y cortas.
- ✓ Extremidades inferiores: Miembros inferiores presenta atrofia muscular, parálisis bilateral, con dolor a la palpación, uñas de ambos pies cortas y limpias, sin edemas.

4.4.3 Valoración Subjetiva:

Según Rodríguez (2021) en la valoración subjetiva intervienen factores en la relación médico paciente, ya que en esta es donde se manifiestan los síntomas de la enfermedad como: dolor, nauseas, vértigo (parr.1). en función a lo planteado en líneas anteriores se puede decir que una valoración subjetiva es aquella llevada a cabo directamente con el paciente el cual manifiesta sus dolencias en la interacción enfermero-paciente.

Para dar cumplimiento al proceso enfermero se implementa la valoración del paciente objeto de estudio, la cual se llevará a cabo por medio los aspectos del primer requisito de la teoría del déficit del autocuidado, autocuidado y sistemas de enfermería de Dorothea Orem y las fases de relaciones interpersonales de Hildergad Peplau.

Valoración Subjetiva según los aspectos del primer requisito del Déficit del Autocuidado, Autocuidado y los sistemas de enfermería de Dorothea Orem y las fases de relaciones interpersonales de Hildergad Peplau:

Aspecto 1: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire: Se refiere a la necesidad de respirar de respirar adecuadamente para mantener la oxigenación y la eliminación de dióxido de carbono.

Paciente Refiere: *“Si puedo respirar pero me cuesta cuando respiro profundo y me canso”.*

Análisis: Este aspecto alterado debido a que el paciente presenta derrame pleural, motivo por el cual su inspiración no es completa impidiendo de este modo la obtención de oxígeno que su cuerpo requiere para lograr una adecuada oxigenación.

➤ Requiere del sistema de enfermería parcialmente compensador y apoyo educativo.

➤

Aspecto 2: Mantenimiento de un aporte adecuado de agua: incluye la ingesta adecuada de agua y líquidos para mantener el equilibrio hídrico.

Paciente Refiere: *“Consumo los líquidos que quiero sin ningún control”.*

Análisis: Este aspecto alterado debido a que el paciente no cumple con la restricción hídrica acorde a su patología motivo por el cual presenta edemas en miembros superiores, cara y cuello.

➤ Requiere del sistema de enfermería parcialmente compensatorio apoyo educativo.

Aspecto 3: Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos: Aplica la ingesta de alimentos en cantidad y calidad suficientes para cubrir las necesidades nutricionales.

Paciente Refiere: *“No cumplo con la dieta, como lo que se consigue”.*

Análisis: Este aspecto se encuentra alterado debido que el paciente no cumple con las orientaciones nutricionales indicadas en función a su patología motivo por el cual los valores de laboratorio se encuentran alterados reflejando el desorden nutricional.

- Requiere del sistema de enfermería parcialmente compensatorio apoyo educativo.

Aspecto 4: Provisión de cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción: Hace referencia a la capacidad de mantener la eliminación urinaria e intestinal de manera adecuada.

Paciente Refiere: *“No orino ni una gota y hago pupú cada 3 o 4 días”.*

Análisis: Este aspecto se encuentra alterado debido a que el paciente lleva a cabo el proceso de excreción por medio del tratamiento de hemodiálisis a causa de su ERC.

- Requiere del sistema de enfermería totalmente compensatorio.

Aspecto 5: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso: Significa lograr un balance entre periodos de actividad y periodos de descanso y sueño.

Paciente Refiere: *“No realizo ningún tipo de actividades pero si duermo y descanso bien”.*

Análisis: Este aspecto se encuentra alterado debido a que el paciente no realiza ningún tipo de actividades por las limitaciones presentadas actualmente a causa de la evolución de su ERC.

- Requiere del sistema de enfermería parcialmente compensatorio.

Aspecto 6: Mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción humana: Implica regular los momentos de aislamiento y los momentos de interacción social.

Paciente Refiere: *“Trato de no malestar mucho donde me pongan me quedo para no ser una carga”.*

Análisis: Este aspecto se encuentra alterado debido a que el paciente se encuentra emocionalmente afectado y no expresa sus verdaderos sentimientos manteniéndose aislado socialmente.

➤ Requiere del sistema de enfermería de apoyo educativo.

Aspecto 7: Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano: Incluye la capacidad de identificar y evitar situaciones que puedan poner en peligro la salud y la seguridad.

Paciente Refiere: *“No puedo hacer nada por mí mismo, ya quiero descansar en paz para que mi familia también descanse”.*

Análisis: Este aspecto se encuentra alterado debido a que el paciente no puede cuidar de sí mismo y tiene pensamientos de no querer continuar en esta situación.

➤ Requiere del sistema de enfermera totalmente compensatorio.

Aspecto 8: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano: Se refiere a la capacidad de participar e integrarse en grupos sociales de manera acorde a las propias habilidades y deseos.

Paciente Refiere: *“Ya me siento cansado y no quiero sufrir más”.*

Análisis: Este aspecto se encuentra alterado debido a que el paciente presenta sentimientos de resignación.

➤ Requiere del sistema de enfermería de apoyo educativo.

Fases de Relaciones Interpersonales de Hildergad Peplau

Orientación: El individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional, el enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender sus problemas.

Paciente Refiere: *“Si los enfermeros me atienden bien, pero algunos son pocos comunicativo”.*

Análisis: Esta fase parcialmente incumplida por que al principio de la enfermedad existía una comunicación actualmente no.

Identificación: El enfermero facilita la exploración de sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.

Paciente Refiere: *“Algunos se acercaron hablar conmigo al principio, me explicaron sobre la enfermedad pero no sabía que yo podía quedar en estas condiciones”.*

Análisis: Fase incumplida debido a que actualmente los profesionales no interactúa con el paciente.

Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se ofrece durante la relación enfermero paciente.

Paciente Refiere: *“Quisiera cumplir todas las indicaciones pero siento que ya es muy tarde y término haciendo lo que me hace sentir mejor”.*

Análisis: Esta fase se encuentra incumplida debido a que el paciente no cumple las orientaciones en función a su situación de salud.

Resolución: Las antiguas metas se van dejando de lado mientras se adoptan otras nuevas.

Paciente Refiere: *“Cada vez me siento peor, yo solo quiero descansar en paz, a veces vengo al tratamiento en contra de mi voluntad”.*

Análisis: Fase incumplida debido a que el paciente no posee ninguna meta solo tiene pensamientos de resignación y cansancio por motivo de su situación de salud actual.



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 8

Cuadro analítico para el aspecto de aporte adecuado de oxígeno.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: Si puedo respirar pero me cuesta cuando respiro profundo y me canso.	- Disnea.	Dificultad respiratoria	Aspecto 1 Aporte adecuado de Oxígeno. Sistema de enfermería Parcialmente Compensatorio	00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con acumulación de líquido en ambos campos pulmonares evidenciado por disnea.
		Necesidad		
		Oxigenación		

Fuente: Historia clínica, examen físico, entrevista realizada al paciente (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 9 Plan de cuidados para el aspecto de aporte adecuado de oxígeno

Diagnóstico Real: 00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con acumulación de líquido en ambos campos pulmonares evidenciado por disnea0.											
Dominio:		4 Actividad y Descanso.		Clase:	4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares.						
Enunciado teórico		Criterios de Resultados (NOC)		Plan	Intervenciones (NIC)		Criterio de Evaluación				
Dorothea Orem Aspecto 1: mantenimiento de un adecuado aporte de oxígeno: Se refiere a la necesidad de respirar adecuadamente para mantener la oxigenación y la eliminación de dióxido de carbono. Sistema de Enfermería parcialmente compensatorio: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio.		0415. Estado respiratorio.		-Colocar al paciente en posición que favorezca la oxigenación. -Monitorear la frecuencia respiratoria. -Mantener vigilancia con la saturación de oxígeno. -Observar si hay signos de hiperventilación por el oxígeno. -Instruir al paciente y la familia de la importancia del uso de oxígeno.	3320 Oxigenoterapia		14. Grado de un estado o respuesta negativo o adverso.				
							1	2	3	4	5
							G	S	M	L	N
							Indicadores		A	D	
		Dominio II Salud Fisiológica		E-Cardiopulmonar		Dominio 2 Fisiológico Complejo (Cont.)		041501 Frecuencia inspiratoria		2	4
		041503 Profundidad de la inspiración.						1	4		
		041508 Saturación de oxígeno.						4	4		
		041514 Disnea en reposo.						2	5		
		04122 Sonidos respiratorios adventicios.						1	4		

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 10

Cuadro analítico para el aspecto de provisión y cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: No orino ni una gota y hago pupú cada tres (3) o cuatro (4) días.	-Anuria -Edemas en miembros superiores y cara.	Deterioro de la función renal.	Aspecto 4 Provisión y cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción. Sistema de enfermería totalmente compensatorio.	00016 Eliminación Urinaria alterada relacionada con disminución de la tasa de filtración glomerular evidenciado por anasarca.
		<i>Necesidad</i>		
		Eliminación/excreción		

Fuente: Historia clínica, examen físico, entrevista realizada al paciente (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 11 Plan de cuidados para el aspecto de provisión y cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción.

Diagnóstico Real: 00016 Eliminación Urinaria alterada relacionada con disminución de la tasa de filtración glomerular evidenciado por anasarca.									
Dominio:	2 Nutrición.		Clase:	1 Ingestión.					
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan		Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación				
Dorothea Orem Aspecto 4 Provisión y cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción: Hace referencia a la capacidad de mantener la eliminación urinaria e intestinal adecuada. Sistema de enfermería totalmente compensatorio: Este tipo de sistema es requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente.	0601 Equilibrio hídrico.	-Monitorizar el patrón espiratorio. -Ajustar la presión de filtración para extraer la cantidad de líquido adecuada. - Emplear técnicas estériles. Solución salina heparinizada . -Emplear equipo de bioseguridad para evitar el contacto con la sangre. -Controlar la velocidad de filtración según el protocolo siguiendo órdenes médicas. -Registrar los signos vitales antes, durante y después de la diálisis.		2110 Terapia de Hemofiltración.	01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.				
	0600 Equilibrio electrolítico y acido base.				1	2	3	4	5
					GC	SC	MC	LC	NC
	Dominio II Salud Fisiológica			Indicadores		A	D		
				060108 Ruidos respiratorios patológicos.		2	4		
		060109 Peso corporal estable.		1	4				
	G- Líquido y electrolíticos.			Clase: G- control de electrolitos y acido básico.	060112 Edema periférico	1	4		

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 12

Cuadro analítico para el aspecto mantenimiento de un adecuado aporte de alimento.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: No cumpla con la dieta, como lo que se consigue.	Colesterol, Glicemia y Triglicéridos en desviación grave del rango normal.	Desorden nutricional	Aspecto 3 Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.	00276 Autogestión ineficaz de salud relacionado con manejo deficiente del regidme nutricional manifestado verbalmente evidenciado.
		<i>Necesidad</i>	Sistema de enfermería de Apoyo Educativo.	
		Nutrición adecuada.	<i>Hildegard Peplau</i> Fase 1 Orientación	

Fuente: Historia clínica, examen físico, entrevista realizada al paciente (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 13 Plan de cuidados para el aspecto de mantenimiento de un adecuado aporte de alimentos.

Diagnóstico Real: 00276 Autogestión ineficaz de salud relacionado con manejo deficiente del régimen nutricional manifestado verbalmente evidenciado.									
Dominio:	1 Promoción de la Salud.	Clase:	2 Manejo de la salud.						
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación					
Dorothea Orem Aspecto 3 Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos: Implica la ingesta de alimentos en cantidad y calidad suficiente para cubrir las necesidades nutricionales. Sistema de enfermería de Apoyo Educativo: Es para el paciente capaz de realizar las acciones necesarias para adaptarse a nuevas situaciones. Hildegard Peplau: Fase 1 Orientación: El individuo tiene una fase percibida y busca asistencia profesional.	1004 Estado Nutricional.	-Fomentar las necesidades nutricionales del paciente con la dieta prescrita o recomendada.	5246 Asesoramiento nutricional.	02. Grado de desviación de una norma o estándar establecido					
	1007 Estado Nutricional; determinaciones bioquímicas.	-Orientar sobre las técnicas de reducción de potasio en los alimentos.		-Enseñar sobre medidas la ansiedad por el consumo de líquidos en los días interdialisis.	1	2	3	4	5
					DG	DS	DM	DL	DN
					Indicadores			A	D
			100401 Ingesta de Nutrientes.			1	3		
			100507 Glucemia			2	3		
	Dominio II Salud Fisiológica	-Instruir al cuidador principal en cuanto a las compras de comida en función al cambio nutricional necesario para el paciente.	Dominio1 Fisiológico Base	100508 Colesterol Sanguíneo			2	4	
	100509 Triglicérido Sanguíneo			2	3				
	100403 Energía			2	4				
	Clase: I. Regulación Metabólica.			Clase: D. Apoyo Nutricional.					

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 14

Cuadro analítico para el aspecto mantenimiento de un aporte adecuado de agua.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: Consumo los líquidos que quiero sin ningún control.	Edemas en cara y miembros superiores.	Ingesta excesiva de líquidos.	Aspecto 2 Mantenimiento de un aporte adecuado de agua. Sistema totalmente compensador y de enfermería de apoyo educativo	00063 Exceso de volumen de líquido relacionado con ingesta hídrica por encima de lo recomendado evidenciado por anasarca.
		Necesidad	Hildegard Peplau	
		Equilibrio hídrico.	Fase 1 Orientación	

Fuente: Historia clínica, examen físico, entrevista realizada al paciente (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 15 Plan de cuidados para el aspecto de mantenimiento de un aporte adecuado de agua.

Diagnóstico Real: 00063 Exceso de volumen de líquido relacionado con ingesta hídrica por encima de lo recomendado evidenciado por anasarca.									
Dominio:	3. Eliminación e Intercambio.	Clase:	1. Función Urinaria.						
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación					
<i>Dorothea Orem</i> Aspecto 2 Mantenimiento de un aporte adecuado de agua. Sistema totalmente compensador: Este tipo de sistema es requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Sistema de enfermería de apoyo educativo: es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y adaptarse a las nuevas situaciones. <i>Hildegard Peplau</i> Fase 1 Orientación: El individuo tiene una fase percibida y busca asistencia profesional.	0601 Equilibrio hídrico.	-Restringir el consumo incontrolado de agua. -Informar al paciente y familia sobre el fundamento de la restricción de líquido y las medidas de hidratación o administración de suplementos según corresponda. - Orientar al paciente y familia acerca de la ingesta de alimentos líquidos.	2080 Manejo de líquido electrolítico	01. Grado del deterioro de la salud o el bienestar					
	1857 Conocimiento manejo de la enfermedad renal.		4130 Monitorización de líquidos.	1	2	3	4	5	
			5614 Enseñanza de dieta prescrita.	GC	SC	MC	LC	NC	
	Dominio II Salud Fisiológica		Dominio 2 Fisiológico Complejo	Indicadores			A	D	
	Clase: G. Líquidos electrolitos.			0600 presión arterial.			3	4	
			Clase: N. Control de la perfusión tisular.	060107 Entrada y salida diaria de líquido.			1	3	

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020).



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 16

Cuadro analítico para el aspecto 7 prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Dorothea Orem	Diagnostico
Paciente refiere:	Incapacidad para el cambio de postura en cama y Desmineralización ósea	Riesgo de lesión	Aspecto 7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	00312 Riesgo de lesión por presión en adultos relacionado con Inmovilidad física.
		Necesidad		
		Cambios de postura.	Sistema de enfermería totalmente compensatorio.	

Fuente: Historia clínica, examen físico, entrevista realizada al paciente (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 17 Plan de cuidados para el aspecto 7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de Riesgo: 00312 Riesgo de lesión por presión en adultos relacionado con Inmovilidad física evidenciado por desmineralización ósea.						
Dominio:	11Medida de seguridad.	Clase:	2. Lesión por presión.			
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación		
Dorothea Orem Aspecto7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: Incluye la incapacidad de identificar y evitar situaciones que puedan poner en peligro la salud y la seguridad. Sistema de enfermería totalmente compensatorio: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente.	1101 Integridad tisular: Piel membranas y mucosas.	-Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por transpiración. -Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes. -Colocar al paciente en posición ayudándolo con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.	3540 Prevención de úlceras por presión.	06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.		
				1	2	3
				I	LA	MA
				SA	CA	
				Indicadores		D
	Dominio II Salud Fisiológica		Dominio 2 Fisiológico Complejo (cont.)	110113 Integridad de la piel.	3	4
	Clase: L - Integridad tisular	-Mantener la ropa de la cama limpia y seca. -Enseñar a los miembros de la familia a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel.	Clase: v - Control de la piel/ heridas.	110115 Lesiones Cutáneas.	2	2

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020)



**UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

Cuadro 18

Cuadro analítico para el aspecto prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: No puedo hacer nada por mí mismo ya quiero descansar en paz para que mi familia también descanse.	Sentimiento de resignación, tristeza y depresión.	Bajo nivel de Autoestima.	Aspecto 7 Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano. Sistema de enfermería parcialmente compensatorio.	00241 Regulación alterada del estado de ánimo asociado con enfermedad crónica manifestado por desesperanza y autopercepción negativa.
		Necesidad	Hildegard Peplau	
		Potenciar la autoestima y motivación.	Fase 2 Identificación Orientación	

Fuente: Historia clínica, examen físico, entrevista realizada al paciente (2024) y la Taxonomía NANDA (2021-2023)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 19 Plan de cuidados para el aspecto 7 prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y bienestar humano.

Diagnóstico Real: 00241 Regulación alterada del estado de ánimo asociado con enfermedad crónica manifestado por desesperanza y autopercepción negativa.						
Dominio:	11. Medida de Seguridad.		Clase:	2. Lesión Física.		
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación		
Dorothea Orem, Aspecto 7 Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano: Incluye la capacidad de identificar y evitar situaciones que puedan poner en riesgo la seguridad y la integridad. Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: Este sistema no requiere de la misma amplitud de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. Hildegard Peplau Fase: Identificación Y Orientación : El enfermero facilita la exploración de los sentimientos del paciente para ayudarlo y está en una fase, busca de ayuda	1205 Autoestima.	-Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. -Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.	5270 Apoyo Emocional.	17. Grado de proximidad a un estado deseado:.		
	Dominio III Salud Psicosocial.	-proporcionar apoyo durante la ira y frustración. -Establecer conversaciones con vínculos de confianza sobre temas de interés para fomentar la distracción. -Implementar la recreación.	5400 Potenciación de la Autoestima.	1	2	3
				4	5	
	Clase: M- Bienestar Psicológico.	-Permanecer con el paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de más sensibilidad.	Conductual (Cont.)Dominio 3	Indicadores		A
			Clase: R. Ayuda para el afrontamiento.	120501 Verbalización del auto aceptación.		1
				120835 Pensamiento recurrente de muerte.		4
				12059 Sentimientos de su propia persona.		1
						3

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 20

Cuadro analítico para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: No realizo ningún tipo de actividad pero si duermo descanso bien.	-Sedentarismo Óseo. -Inmovilidad -Poca actividad recreativa.	inactividad	Aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso. Sistema de enfermería parcialmente compensatorio.	00097 Déficit de la actividad recreativa relacionado con sedentarismo óseo por inmovilidad física manifestado verbalmente.
		<i>Necesidad</i>		00168 Estilo de vida sedentario relacionado con motilidad en estructuras óseas evidenciado por inmovilidad física.
		Actividades recreativas	<i>Hildegard Peplau</i> Fase3 Aprovechamiento	

Fuente: Entrevista realizada al paciente, la Taxonomía NANDA (2021-2023).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 21 Plan de cuidados para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.

Diagnóstico Real: 00097 Déficit de la actividad recreativa relacionado con pérdida de la motilidad de estructuras óseas manifestado verbalmente.									
Dominio:		4. Descanso/ Actividad		Clase:	5. Autocuidado.				
Enunciado teórico		Criterios de Resultados (NOC)		Plan	Intervenciones (NIC)		Criterio de Evaluación		
Dorothea Orem Aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso: Significa lograr un balance entre periodos de actividad y periodos de descanso y sueño. Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud en la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. Hildegard Peplau Fase3 Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mejor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.		1308		-Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. -Ayudar a los pacientes a elegir actividades coherentes acorde a sus posibilidades físicas. -fomentar actividades recreativas según corresponda. -Enseñar al paciente y a la familia las actividades que pueden realizar en función a las limitaciones físicas del paciente.	4310		13. Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación.		
							1	2	3
		ND	RD		AD	FC	SD		
		Indicadores			A	D			
		130808 Identificar maneras para afrontar los cambios en su vida.			1	5			
		Dominio III		Dominio III Conductual			130812		
		Salud Psicológica					Acepta la necesidad de ayuda física.		
		Clase:		Clase:	O . Terapia conductual.		2	4	
		N- Adaptación de la discapacidad física.							

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 22 Plan de cuidados para el aspecto 5 mantenimientos del equilibrio entre la actividad y el descanso.

Diagnóstico Real: 00168 Estilo de vida sedentario relacionado con motilidad en estructuras óseas evidenciado por inmovilidad física.											
Dominio:	1 .promoción de la salud.		Clase:	1 . Concienciación							
Enunciado teórico		Criterios de Resultados (NOC)		Plan	Intervenciones (NIC)		Criterio de Evaluación				
Dorothea Orem Aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso: Significa lograr un balance entre periodos de actividad y periodos de descanso y sueño. Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: Este sistema de enfermería no requiere de la mismo amplitud en la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. Hildegard Peplau Fase3 Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mejor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.		. 0005 Tolerancia a la Actividad		-Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. -Explorar los obstáculos para el ejercicio.	0200 Fomento del Ejercicio		01 . Grado e deterioro de la salud o el bienestar.				
							1	2	3	4	5
							GC	SC	MC	LC	NC
		Dominio: I. Salud Funcional		Ayudar a identificar un modelo de rol positivo para el mantenimiento del programa de ejercicio. -Ayudar al individuo a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.	Dominio: 1. Fisiológico Básico		000516 Resistencia en la parte superior del cuerpo		1	4	
		Clase: A. Mantenimiento de la Energía			Clase: A. Control de Actividad y Ejercicio						

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020).



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 22

Cuadro analítico para el aspecto 8 promoción del funcionamiento y desarrollo humano.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: Ya me siento cansado y no quiero sufrir más.	Sentimiento de tristeza.	Afrontamiento Ineficaz.	Aspecto 8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humano.	00069 Afrontamiento ineficaz de la enfermedad renal crónica relacionado con deterioro físico general manifestado por síntomas depresivos.
		<i>Necesidad</i>	Sistema de enfermera parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.	
		Terapias psicológicas.	<i>Hildegard Peplau</i>	
			Fase 4 Resolución	

Fuente: Entrevista realizada al paciente, la Taxonomía NANDA (2021-2023).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 23 Plan de cuidados para el aspecto 8 Promoción y funcionamiento del desarrollo humano.

Diagnóstico Real: 00069 Afrontamiento ineficaz de la enfermedad renal crónica relacionado con deterioro físico general manifestado por síntomas depresivos.									
Dominio:		9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés.	Clase:	2 Respuestas de afrontamiento.					
Enunciado teórico		Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación				
Dorothea Orem Aspecto 8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humano: Se refiere a la capacidad de participar e integrarse en grupos sociales de manera acorde a las propias habilidades y deseos. Sistema de enfermera parcialmente compensatorio: Este sistema no requiere de la misma amplitud que el sistema totalmente compensatorio. Sistema de apoyo: Apropiado para el paciente que es capaz de realizar acciones necesarias y puede aprender a adaptarse en las nuevas situaciones. Hildegard Peplau Fase 4 Resolución: Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.		1302 Afrontamiento de Problema.	-Animar al paciente a desarrollar y crear nuevos vínculos. -Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. -Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y mejorar cambios en el estilo de vida.	5230 Mejorar el afrontamiento.	11. Frecuencia de una percepción o características afirmativas de la aceptación.				
		3108 Autocontrol: Enfermedad Renal.			1	2	3	4	5
					ND	RD	AD	FD	SD
						Indicadores		A	D
		Dominio III Salud Psicosocial		Clase: N - Adaptación Psicosocial.	Dominio 3 Conductual (Cont.)	130214 Verbaliza necesidad de asistencia.	1	4	
						130223 Obtiene ayuda de un profesional sanitario.	1	1	
						310811 Controla la presión arterial.	2	5	

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE PRIENTE
NUECLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cuadro 25

Cuadro analítico para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

<i>Datos Subjetivos</i>	<i>Datos Objetivos</i>	<i>Problema</i>	<i>Dorothea Orem</i>	<i>Diagnostico</i>
Paciente refiere: Trato de no molestar mucho donde me pongan me quedo, para no ser una carga.	Tristeza y aislamiento social.	Baja autoestima, Falta de comunicación.	Aspecto 6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana. Sistema de enfermera parcialmente compensatorio.	00053 Aislamiento relacionado con deterioro del funcionamiento de sus estructuras óseas manifestado por sentimiento de tristeza.
		Necesidad		
		Potencializacion de la autoestima y fortalecimiento de la comunicación intrafamiliar.	Hildegad Peplau Fase 3 Aprovechamiento	

Fuente: Entrevista realizada al paciente, la Taxonomía NANDA (2021-2023).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE NUEVA ESPARTA
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 25 Plan de cuidados para el aspecto 5 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

Diagnóstico Real: 00053 Aislamiento relacionado con bajo nivel de actividad social manifestado por sentimiento de tristeza.										
Dominio:		12. Comodidad.		Clase:	3. Confort Social.					
Enunciado teórico		Criterios de Resultados (NOC)		Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación				
Dorothea Orem Aspecto 6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana: Implica la capacidad de regular los momentos de aislamiento y los de interacción social. Sistema de enfermera parcialmente compensatorio: Este sistema no requiere de la misma amplitud de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. Hildegad Peplau Fase 3 Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.		1203 Severidad De la soledad.		-Proporcionar condiciones ambientales y físicas cómodas y adecuadas antes de la interacción. -Comentar la confidencialidad de la información compartida. -Crear un clima cálido y de aceptación.	5000 Elaboración de relaciones complejas.	14. Grado de un estado o respuesta negativa o adversa.				
		1503 Implicación social.				1	2	3	4	5
						G	S	M	L	N
		Dominio III Salud psicosocial		-Dar seguridad al paciente de interés en el como persona. -Abordar los sentimientos personales embocados por el paciente. -Crear vínculos con amigos, familiares y vecinos. - Animar al paciente a tomase el tiempo necesario para expresarse.	Dominio 3 Conductual	Indicadores			A	D
		Clase: M - Bienestar psicológico.				120307 Sensación de aislamiento social.		1	3	
						120315 Fluctuaciones en el estado de ánimo.		1	4	
						150301 Interacción con amigos.		2	4	
150302 Interacción con vecinos.				1	3					

Fuente: Taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020).

CAPITULO V

EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS DR. EDGAR MOGLIA DEL HOSPITAL DR LUIS ORTEGA

En el presente capítulo a continuación se describe el proceso enfermero desde un punto teórico y de vinculación con las actividades, tarea y funciones realizadas durante el periodo de prácticas y desarrollo de la investigación. Se expresa la opinión de una profesional de enfermería sobre aquellos retos y desafíos del quehacer profesional dentro del ámbito hospitalario estudiado en cuanto a las perspectivas que percibe el investigador del Trabajo de Curso Especial de Grado Mención Nefrología da su opinión acerca de la experiencia en cuanto al trabajo, lugar de pasantías y vivencias durante el proceso.

5.1 Proceso Enfermero:

Rojas (2016) el proceso enfermero representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, este ha evolucionado a una tercera generación, cuyo enfoque recae en los resultados, los esperados y los obtenidos finalmente y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentando en evidencia científica estandarizada; actualmente se considera as a las taxonomías NANDA NIC- NOC (parr.12).

5.1.2 Objetivo del proceso enfermero

Según la Revista “El Proceso Enfermero” El proceso de enfermería constituye uno de los más importantes sustentos metodológicos para los profesionales de salud. Es el modelo fundamental sobre como los enfermeros y enfermeras deben cuidar a los pacientes. Consiste en la aplicación de un método científico por el que estos profesionales, a partir de su experiencia y de los datos recabados sobre el paciente,

valoran u determinado problema y le prestan los cuidados que necesita de una forma estructurada. Dentro de sus deberes fundamentales del profesional de enfermería con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona.

5.1.3 Funciones del proceso enfermero

Zabalegui (2003) describe que las acciones realizadas durante el Proceso Enfermero tienen como deber fundamental el compromiso moral de preservar la vida humana y se rige bajo los 4 principios básicos de la enfermería:

- ❖ Promover la salud.
- ❖ Prevenir las enfermedades.
- ❖ Restaurar la salud.
- ❖ Aliviar el sufrimiento.

Estos principios están presentes durante todo el proceso enfermero, el cual consta de cinco (5) etapas específicas pero entrelazadas entre sí que permiten la atención de los pacientes de forma ordenada y eficaz. Según Marínez (2018) estas etapas son

Valoración

Esta etapa consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Se debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro.

Diagnóstico

Durante esta etapa se enuncian los diagnósticos relacionados con los problemas encontrados durante la valoración. Aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de

enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de salud en el proceso.

Planificación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

Ejecución

En esta etapa se ejecuta el plan de enfermería, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

Evaluación

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo con ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez (parr.14).

En el caso del paciente objeto de estudio se aplicó el proceso enfermero con el objetivo de establecer diagnósticos en función a sus necesidades para la poder llevar a cabo la elaboración de planes de cuidados empleando la taxonomía NANDA NIC-NOC, posteriormente se ejecutaron las actividades plasmadas en los planes de cuidados para finalmente evaluar los resultados utilizando una escala Likert siendo este último proceso considerado la etapa 6 del proceso enfermero donde se evalúan los resultados obtenido en las intervenciones realizadas al paciente por medio de la escala de valoración para evidenciar los avances o retrasos en el proceso de la enfermedad.

5. 2 Descripción de actividades y tareas asistenciales

Según Martínez (2022) plantea que, durante el proceso de hemodiálisis, el o la profesional de enfermería realiza diversas tareas, técnicas y actividades en función del tratamiento de sustitución renal y los beneficios del paciente, donde destacan:

- Montaje y desmontaje de monitores.
- Control de agua, flujo y todos los conocimientos informáticos y técnicos de la máquina que interviene en el tratamiento.
- Punción de la fistula arteriovenosa.
- Manipulación de catéter venoso central (CVC).
- Cambios de apósitos de los (CVC).
- Vigilancia de signos y síntomas.
- Atención y solución de complicaciones.
- Administración de medicamentos por diferentes vías según su prescripción médica.

En función a la atención de enfermería brindada al paciente objeto de estudio durante su tratamiento de remplazo renal se le realizo lo siguiente: desinfección y montaje de la máquina de hemodiálisis donde recibirá el tratamiento el paciente, desinfección de la fistula arterivenosa (área de punción), monitoreo de signos vitales

durante el proceso de hemodiálisis, administración de eritropoyetina y vitamina B12, desconexión del paciente de la máquina de hemodiálisis, retiro de líneas arterial y venosa de la fistula y desmontaje y desinfección de la máquina.

5.3 Descripción de actividades y tareas docentes

En cuanto a las actividades docentes Méndez (2023) Señala que, entre las funciones de los enfermeros en las unidades de hemodiálisis se describe una parte tecnológica imprescindible para el desarrollo de la diálisis: montaje y desmontaje de monitores, control de agua, flujos o conocimientos informáticos de las máquinas que intervienen en el tratamiento. Por otro lado valoramos el nivel de conocimiento que posee el paciente en función a su enfermedad y tratamiento farmacológico, dietético y dialítico lo que es esencial para realizar una adecuada instrucción y educación sanitarias de todos los aspectos, empleando las técnicas de: conversatorios, sesiones educativas, ronda de preguntas y respuestas, entrega de folletos con información de interés e imágenes alusivas al texto que llamen su atención. Entre otras.

Es importante instruir a los pacientes de las diversas etapas de la enfermedad renal crónica según sea su caso, orientarlos acerca de la alimentación, las limitaciones, posibles soluciones alternativas, dirigirlos hacia un especialista psicólogo que les ayudo en cuanto a la aceptación de la enfermedad por la inevitable progresión de sus dolencias para la aceptación de la misma y proceder con el tratamiento de sustitución renal.

Las actividades docentes realizadas al paciente objeto de estudio en las instalaciones de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia fueron las siguientes: Conversatorio acerca de la alimentación y el estilo de vida del paciente orientándolo con respecto a los hábitos que se deben cambiar, durante las conversaciones obtenidas con el paciente se pudo observar la presencia de frustración por su situación de salud actual, por lo que se realizó terapia de autoestima en función a una serie de preguntas y respuestas, por otro lado, se estableció una conversación con el cuidador principal del paciente en este caso con la esposa del mismo, donde se

pudo obtener información de interés en cuanto al progreso de su enfermedad y las eventualidades ocurridas actualmente, se orientó en cuanto a la toma de analgésicos y otros fármacos sin prescripción médica, creando un vínculo de confianza y confort para trabajar en conjunto por el bienestar del paciente.

5.4 Descripción de actividades y tareas Administrativas

Según la página web yoamoenfermeriablog.com (2023) el propósito que la labor administrativa en enfermería es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordado. Entre algunas de sus actividades comprenden: planificar y controlar los cuidados de enfermería. Participar en el planteamiento de acciones multidisciplinarios e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud y dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitaria (parr.11).

En las actividades administrativas realizada a el paciente objeto de estudio, se lleva a cabo la administración en la cuantificación del tiempo de diálisis, se administran los materiales e insumos utilizados con el paciente objeto de estudio durante el tratamiento de hemodiálisis y en los fármacos y tratamientos nutricionales entregados en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

5.5 Descripción de actividades y tareas investigativas

Descrito por la página web anteriormente mencionada las actividades investigativas en los profesionales de enfermería se centra en dirigir investigaciones con la finalidad de generar conocimientos. El conocimiento es la información que hemos adquirido sobre las cosas (la naturaleza) y como se realiza la investigación, el conocimiento puede ser científico, intuitivo, de sentido común, entre otros, algunos campos de investigación son: la comunidad sobre la cual se actúa, el paciente al que se quiere ayudar y se debe investigar en función a su estado de salud, físico y emocional los procedimientos de enfermería y su efectividad y las pruebas de nuevas técnicas (parr.12).

En función al paciente objeto de estudio se llevó a cabo este trabajo de área especial de grado mención nefrología con la aprobación y autorización del paciente, trabajo que se encuentra estructurado por medio de una serie de investigaciones realizadas con el fin de obtener información valiosa en cuanto a las patologías presentadas por dicho paciente, por otro lado, se realizó actividades investigativas para orientar al paciente en función a su situación actual de salud.

Cuadro 27

Diagrama de Gantt de las Actividades Ejecutadas Durante el Periodo de Pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del

Funciones	Meses	Abril	Mayo						Junio			Julio		
	Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	INVESTIGATIVA													
2	ASISTENCIAL													
3	ADMINISTRATIVA													
4	DOCENTE													

Hospital Luis Ortega de Porlamar.

5.6 Retos, desafíos y perspectivas del quehacer profesional de enfermería en el contexto actual

Según Méndez (2016) los enfermeros que actualmente están su profesión tienen un enorme reto en el aprovechamiento de los nuevos recursos tecnológicos que se presentan, con el fin de que puedan realizar su labor de una manera más eficiente, efectiva y en el menor tiempo posible. Ahora se tiene al alcance una serie de nuevas herramientas que enriquecen enormemente el proceso de la comunicación, por lo que es necesario que el enfermero desarrolle las competencias informacionales que les permita desenvolverse adecuadamente en este nuevo contexto socio-tecnológico como son el uso adecuado de la tecnología, el acceso a la información y el conocimiento en salud y su gestión o la generación y disfunción de nuevos conocimientos. Y no se trata de que sea un experto en informática, si no que posea una serie de competencia informacionales básicas, en forma de conocimientos, habilidades y actitudes, que le permitan afrontar esta nueva forma de ejercer la enfermería. En definitiva, el enfermero debe aceptar los avances tecnológicos y aprender a utilizarlos para conseguir que nuestra profesión avance en el conocimiento científico y se sepa adaptar a los cambios y aprovechar todas las posibilidades de desarrollo para la profesión que esté a nuestro alcance.

Es necesario entonces que, los enfermeros que todavía son reacios al uso de la tecnología, reconsideren su forma de pensar. Adoptando una actitud innovadora en el ejercicio de su profesión. Deben comprender que la tecnología es un elemento neutro, no es ni mala ni buena, tan solo hay que aprender a utilizarla, pero ayuda al ejercicio de la profesión en todos los sentidos.

También es necesario el apoyo y reconocimiento de las instituciones en la que trabajan para aplicar los cuidados innovadores e investigación de la innovación que realizan. Las necesidades de información del enfermero tienen que ver directamente con la toma de decisiones y con la salud de los pacientes, además de la producción de información científica por lo que, las instituciones sanitarias deben implicarse en

facilitar a sus enfermeros la adquisición de la alfabetización informacional que necesiten, tanto en cursos como en horarios accesibles, porque esto influirá en una mayor calidad de atención y de los cuidados de enfermería ayudando de esta manera a los profesionales con los avances científicos.

5.7 Opinión de un integrante del personal sobre el quehacer profesional de enfermería

En este apartado se presenta la opinión de la Licenciada en enfermería M.S quien actualmente tiene 12 años de servicios en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. Durante la entrevista realizada a este personal de trabajo del área de enfermería se pudo obtener la siguiente información; Yo llegué aquí a la Unidad sin saber nada del área de Nefrología sin embargo tres licenciados me instruyeron sobre las máquinas, los procedimientos y todo lo que involucra esta área, al pasar de los días fui aprendiendo con errores y desaciertos aprendiendo de distintas maneras hasta que obtuve mis propias maneras de hacer los procedimientos para brindar excelente atención a los pacientes, yo considero como parte de mi familia por lo que considero que el profesional de enfermería debe ser la persona más humanitaria del área de salud, aunque en estos momentos pocas personas lo vean así, yo sí trabajo por amor a lo hago.

Deseo que las nuevas generaciones se oriente acerca de cada tema, que estudien por amor y no por obligación, porque en la práctica clínica nos encontraremos con muchas cosas que no siempre son buenas por eso solo ejerce el que ama lo que hace, un ejemplo de ellos son las dificultades que presenta la unidad en estos momentos donde destaca la carencia del servicio de agua, una planta eléctrica, la disponibilidad de los baños y aire acondicionado en buenas condiciones son las principales dificultades de actualmente se están presentando en este lugar de trabajo, resaltando la gran importancia de cada uno de estos servicios para realizar buenos procedimientos en cuanto al tratamiento de la diálisis.

Personalmente tengo mi reto como profesional y es obtener mi posgrado en nefrología el cual estoy cursando actualmente buscando mi crecimiento como profesional y como persona, considero que si los profesionales de enfermería de este centro trabajáramos en unión, compañerismo y comunicación, fuéramos la más grande fortaleza que posee la unidad de hemodiálisis, porque aunque cada uno trabaja por su lado pero, aun así, aquí seguimos por el bienestar todos estos pacientes que nos necesitan.

5.8 Opinión personal del investigador sobre el quehacer profesional de enfermería

El quehacer profesional de enfermería en la actualidad se encuentran bastante deteriorado en la mayoría de los centros asistenciales por diversos motivos como: la educación, falta de insumos, la economía e inclusive la falta de humanidad, mas sin embargo muchos profesionales de salud del área de enfermería salen todos los días a dar lo mejor de ellos en las salas de atención sanitaria por los pacientes, por su trabajo, por su ética profesional. Estas situaciones se puede observar a diario en cualquier centro clínico, particularmente se observó en la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. Unidad a la que se le agradece enormemente por brindarle la oportunidad a los estudiantes del curso especial de grado de aprender, conocer y desarrollarse como futuros profesionales.

La experiencia dentro de la Unidad de Hemodiálisis fue enriquecedora permitiendo conocer a muchos pacientes, personas nobles y de buen corazón, durante el proceso de las practicas se pudo conocer y fortalecer las relaciones enfermero paciente con el objetivo de ayudar y colaborar con las necesidades de los pacientes, se llevaron a cabo actividades informativas para dar a conocer a los pacientes temas de interés en función a la ERC.

En general la practicas asistenciales llevadas a cabo en las instalaciones de la unidad fue de provecho y beneficio para la formación académica como Licenciada en

enfermería, las relaciones establecidas con los profesionales de enfermería no fue exitosa en su totalidad, aunque existen tres profesionales de enfermería dentro de la sala de la unidad de hemodiálisis: los Licenciados Luzbely Cedeño, Eliguio y Mariantonieta Villarroel siempre estuvieron dispuestos a brindar sus conocimientos de la mejor manera, mostrando apoyo, compañerismo y guía dentro de la unidad para los estudiantes, siendo un ejemplo a seguir de profesionales con ética.

Los conocimientos obtenidos durante este proceso fueron gratificante, es importante resaltar que esta experiencia fue posible gracias los lineamientos de la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta por crear un enlace con la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia permitiendo de esta manera llevar a cabo el trabajo de curso especial de grado mención Nefrología dentro de estas instalaciones.

CONCLUSIÓN

Durante la trayectoria de la ERC se presentan diversas circunstancias y limitaciones que generan un deterioro en el paciente tanto en la parte física, psicológica, social y emocional por lo que se necesita una guía, ayuda, apoyo, acompañamiento, orientación y ánimo. En el área de salud los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en la atención y cuidado holístico de pacientes con ERC. Estos profesionales están presentes desde la etapa uno (1) de la enfermedad y durante toda su trayectoria, son los encargados de realizar el tratamiento de sustitución renal modalidad diálisis en su totalidad, además de guiar u orientan acerca del tratamiento farmacológico, nutricional y el cuidado integral del paciente.

En caso del paciente objeto de estudio, se aplicó el proceso enfermero para realizar una valoración, enunciar diagnósticos de enfermería, planificar los planes cuidados, aplicarlos y finalmente evaluar los resultados con el fin de ayudar al paciente con todas las limitaciones y deficiencias que esta presentado a causa de la ERC, motivo por el cual se plateo el objetivo general de la siguiente manera aplicar proceso enfermero a masculino adulto con Enfermedad Renal Crónica grado V por Acidosis Tubular Renal Idiopática en tratamiento Hemodialitico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgard Moglia” utilizando una conjugación entre las teorías del déficit del Autocuidado, Autocuidado, Sistemas de Enfermería de Dorotea Orem, la teoría de Relaciones Interpersonales de Hildergard Peplau y la taxonomía NANDA NIC y NOC.

En función a la perspectiva teórica y metodológica que se empleó durante el desarrollo del presente trabajo se pudieron obtener los siguientes resultados:

Se logró valorar al paciente objetivamente a través del examen cefalocaudal y subjetivamente tomando como referencia los aspectos del Autocuidados de Dorothea

Orem y las fases de relaciones interpersonales de Hildegart Peplau para determinar los problemas de enfermería.

Se pudo enunciar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los aspectos incumplidos del Autocuidado de Dorothea Orem y las fases alteradas de la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau, mediante la taxonomía NANDA (2020-2023) formulando y elaborando planes de cuidado.

Posteriormente se determinaron los criterios de resultados en la clasificación de objetivos NOC (2018-2020), que permitieron la planificación, intervención y evaluación de los cuidados del paciente para la resolución de los problemas de enfermería.

Se pudo planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo a los aspectos incumplidos del Autocuidado de Dorothea Orem y las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau a través de la taxonomía NOC (2018-2020) para la atención del paciente y orientación familiar.

Se ejecutaron las intervenciones de enfermería de acuerdo con los aspectos incumplidos del Autocuidado de Dorothea Orem y las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau mediante la taxonomía NIC (2018-2020) para la atención del paciente y orientación familiar.

Se evaluaron las respuestas obtenidas en el proceso enfermero tomando como referencia la clasificación de objetivos NOC (2018-2020) las cuales finalmente fueron evaluadas través de una escala Likert.

Cabe destacar que fueron de provecho y beneficio para el paciente las intervenciones realizadas mediante los planes de cuidados establecidos por medio de

la Taxonomía NANDA NIC-NOC, los cuales mejoraron la calidad de vida del paciente y su salud emocional por medio de la intervención directa de los profesionales de enfermería con el paciente objeto de estudio.

RECOMENDACIONES

El proceso enfermero aplicado al paciente motivo del presente trabajo de investigación obtuvo resultados positivos en función a las condiciones de salud del paciente, siendo evaluado y atendido de manera sistemática y holística por parte de los profesionales de enfermería. En función al trabajo desarrollado y a los resultados obtenidos se realizan las siguientes recomendaciones:

- ✓ Al paciente objeto de estudio se recomienda seguir las indicaciones y orientaciones brindadas en los planes de cuidados del presente trabajo, mantener una comunicación efectiva con su cuidador principal y los profesionales de salud que lo atienden, mantener energías y pensamientos positivos.
- ✓ Al cuidador principal del paciente objeto de estudio se recomienda fortalecer la comunicación con el paciente, mantener las ganas y la iniciativa de llevarlo a sus sesiones de diálisis, trabajar su salud emocional para poder seguir ayudándolo y apoyándolo como lo ha hecho hasta ahora.
- ✓ A la comunidad se le recomienda acudir al médico, hacerse paraclínico rutinarios, prevenir enfermedades, cuidar su salud. En caso de que ya tenga alguna patología debe acudir al médico en sus controles asignados, cumplir con su tratamiento tanto farmacológico como dietético y ser responsable con su salud.
- ✓ Al personal de salud se le recomienda ser un poco más sensible con el trato y la atención al paciente, individualizar el cuidado, evitar la promulgación de información confidencial, manteniendo la humanidad en todo momento para

brindar atención y cuidados individualizados a todas las personas que requieran de la atención del personal de salud.

- ✓ Al personal de la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia se le recomienda trabajar la unión, el trabajo en equipo, la empatía hacia los pacientes y los estudiantes internos del curso especial de grado mención Nefrología, reforzar la seguridad del establecimiento. Mantener disposición de orientar a los estudiantes en cuanto a las técnicas y procedimientos realizados en la unidad de hemodiálisis y retomar las consultas de Nutrición, Cardiología y Psicología.
- ✓ Al hospital Dr. Luis Ortega se recomienda reforzar la seguridad de todos sus servicios, planificar en conjunto con la universidad de oriente nuevas ofertas educativas de especialización para los cursos especiales de grado.
- ✓ A la Universidad de oriente Núcleo Nueva Esparta se le recomienda seguir formando profesionales capacitados, fortalecer vínculos con el hospital Dr. Luis Ortega para crear nuevas áreas de cursos especiales de grados y fortalecer y ampliar las líneas informativas durante la trayectoria del curso especial de grado.

Referencias Bibliográficas

- Anes, C. (2023). *Proceso enfermero a paciente femenina con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética en tratamiento sustitutivo en la unidad bolivariana de hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Camaguey, E. (2023). *Los objetivos de la investigación*.
<https://www.sielo.sld.cu>
- Carrión, L. (2021). *Cuidados de enfermería y nivel de satisfacción del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis*. [Tesis de Posgrado, Universidad de España]. Archivo digital.
- Daud, G. (2020). *El propósito organizacional, el camino que inspira, alinea y conecta*.
<https://www.es.linkedin.com>
- Díaz, I. (2027). *Orientación proporcionada por el profesional de enfermería al paciente con insuficiencia renal que va ser sometido a implantación del acceso vascular del hospital “Domingo Guzmán Lander”*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 32.650. (1983). *Normas Sobre la Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sub-sector Salud en Venezuela*.
<http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/salud%20comunitaria/UNIDAD%20%20V%20%20INSTITUCIONES%20PRESTADORAS%20DE%20SALUD.pdf>
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.796. (2020). *Normas que Establecen la Clasificación de los Espacios o Establecimientos de Salud de la Red de Atención Integral del Sistema Público Nacional de Salud*. Pandectas

Digital. <https://pandectasdigital.blogspot.com/2020/02/normas-que-establecen-la-clasificacion.html?m=1>

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 32.650. (1983). *Normas Sobre la Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sub-sector Salud en Venezuela.*

<http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/salud%20comunitaria/UNIDAD%20%20V%20%20INSTITUCIONES%20PRESTADORAS%20DE%20SALUD.pdf>

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.796. (2020). *Normas que Establecen la Clasificación de los Espacios o Establecimientos de Salud de la Red de Atención Integral del Sistema Público Nacional de Salud.* Pandectas Digital. <https://pandectasdigital.blogspot.com/2020/02/normas-que-establecen-la-clasificacion.html?m=1>

Gualdron, A. (2016). “consulta de enfermería: inicio programado para pacientes con enfermedad renal”. [Tesis de Posgrado, Universidad Central de Venezuela, facultad de Medicina]. Archivo digital.

Indriago, A, Quijada, J. (2023) *proceso enfermero aplicado a paciente joven femenino con enfermedad renal crónica estadio v/v secundaria a nefritis lupica en tratamiento dialítico en la unidad bolivariana de hemodiálisis “Dr, Edgar Moglia”* [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

<https://www.encuentra.com>

Ley Orgánica de Salud [LOS]. (1998). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 36.579. <https://www.espromedbio.gob.ve>

Ley Sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos. (2012). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 4.497.

López, M. (2016). *Evaluación de la función renal en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) sin tratamiento sustitutorio, tras un programa de intervención*

- nutricional (PIN): estudio aleatorizado*”. [Tesis de Pregrado, Universidad Complutense de Madrid]. Archivo digital.
- Marcano, A. (2023). *Proceso enfermero a femenina adulta con enfermedad renal crónica estadio v/v secundaria a nefropatía obstructiva en tratamiento de reemplazo renal en la unidad bolivariana de hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia “ en el hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Muñoz, R. (2013). *Acidosis tubular en niños: conceptos actuales de diagnósticos y tratamientos*.
<https://www.scielo.org.mx>
- Marqués, A, batista, A. (2019). *Teoría de las relaiones interpersonales: reflexiones acerca de las funciones terapéuticas del enfermero en salud mental*.
<https://www.enfermfoco.org>
- Martínez, E. (2024). *Que es una entrevista*.
<https://www.significados.com/entrevista/consultado>
- Navarro, P, Castro, S. (2010). *Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería*.
<https://www.scielo.isciii.es>
- Narváez, M.(2020).*Estructura organizacional: definición, beneficios y tipos*
<https://www.questionpro.com>
- OPS. (2023). *enfermedad renal crónica del riñón*.
<https://www.peho.org>
- Ordaz, V. (2022). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Masculino con Enfermedad Renal Crónica, Secundario a Hipertensión Arterial, que Acude a la Unidad De Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” Del Hospital Dr. Luis Ortega De Porlamar* [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Peiro, A. (2020). *Visión de una empresa*.

<https://www.economiapedia.com>

Pérez, J, Merino, M. (2021). *Reseña Histórica*.

<https://www.definicion.de/resena-historica/>

Rivas, A. (2022). *Justificación de una investigación*.

<https://www.normasapa.in>

Rodríguez, L. (2007). *Hospital “Dr. Luis Ortega” 50 Años*. Primera edición.

Venezuela: editorial colegio de médicos del Estado Nueva Esparta.

Rojas, Y. (2022). *Proceso Enfermero Aplicado A Paciente Femenino Adulto Con Enfermedad Renal Crónica Secundario A Uropatía Obstructiva Con Diuresis Conservada En Tratamiento Dialítico En La Unidad Bolivariana De Hemodiálisis “Dr. Édgar Moglia”*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

Romero, A. (2019). *Identificar las patologías bases que desencadenan cuadros de enfermedad renal crónica conllevado a la terapia renal sustitutiva o hemodiálisis*. [Tesis de Posgrado, Universidad de Valencia]. Archivo digital.

Vásquez, L. (2019). *Plan de cuidados de enfermería con pacientes insuficientes renales atendidos en medicina interna del hospital “San Vicente de Paul”*. [Tesis de Pregrado, Universidad técnica del norte]. Archivo digital.

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,

Título	Proceso enfermero a masculino adulto con enfermedad renal crónica grado v por acidosis tubular renal ideopatica en tratamiento hemodialitico
Subtítulo	

Autor (es):

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e- mail
Rodríguez Castro Mariana del Valle	ORCID:
	e-mail: : mr622394@gmail.com

Palabras o frases claves

enfermedad renal

proceso enfermero integral

taxonomía Nanda-Nic-Noc

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,

Área	Subárea
Ciencias de Salud	Enfermería

Resumen (abstract):

La enfermedad renal crónica se caracteriza por daños que evitan la formación de la orina, llevando a que los pacientes recurran a tratamiento de sustitución renal como la diálisis (peritoneal y Hemodiálisis) y el trasplante renal. Este estudio está basado en un paciente de 36 años de edad con agenesia renal derecha que evolucionó a ERC grado V por acidosis tubular quien recibe tratamiento hemodialítico desde 2012. Planteándose como objetivo aplicar proceso enfermero a masculino adulto con Enfermedad Renal Crónica grado V por Acidosis Tubular Renal Idiopática en tratamiento Hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgard Moglia” utilizando una conjugación entre la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, la teoría de Relaciones Interpersonales de Hildergard Peplau y la taxonomía NANDA NIC y NOC (2020-2023). Bajo un enfoque cualicuantitativo, estudio de campo vs documental y de tipo descriptivo. Concluyendo que los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental, integral y holístico en el proceso de la ERC. Se evidencio en los resultados obtenidos del proceso enfermero aplicado al paciente objeto de estudio mejorías en su situación de salud actual por lo que se recomienda seguir las indicaciones en cuanto a los siguientes aspectos: de tratamiento, nutricional, emocional y de apoyo familiar para continuar avanzando en su estado de salud.

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso.

Contribuidores:

Apellidos y Nombre	ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL				
Velásquez Ysabel	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL	ysabelvelasquez2018@gmail.com			
Hernández Jaime	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL	Jaimehernandezenfermero1973@gmail.com			
Noriega Andreina	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL	andreinamilagrosnoriega@gmail.com			

Fecha de discusión y aprobación

AÑO	MES	DIA
2024	08	07

LENGUAJE. SPA

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,

Archivo (s):

Nombre del Archivo	Tipo MIME
NNECTG_ RCMD2024	*.doc
NNECTG_ RCMD2024	*.pdf

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L M

N O P Q R S T U V W X Y Z . a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z . 0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 .

Alcance:

Espacial: Inespacial

Temporal: Interporal

Título o grado asociado con el trabajo:

Licenciatura en Enfermería

Nivel asociado con el trabajo:

Licenciatura

Área de Estudio:

Ciencia de la Salud

Institución:

Universidad de Oriente



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano

Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ

Vicerrector Académico

Universidad de Oriente

Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CURVELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del II semestre 2009, Según comunicado CU-0342009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará en Consejo Universitario"

RODRIGUEZ CASTRO MARIANA DEL VALLE

AUTOR

MSc. Velásquez, Ysabel

JURADO

Lcdo. Hernández, Jaime

JURADO

Lcda. Noriega, Andreina

JURADO

POR LA COMISION DE TRABAJO DE GRADO