



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

**PROCESO ENFERMERO A MASCULINO SEXAGENARIO CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V/V SECUNDARIA A
NEFROPATIA DIABETICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO
EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS
“DR. EDGAR MOGLIA” 2023**

Trabajo de Grado Modalidad Curso Especial de Grado como Requisito Parcial para
Optar al Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Académico:
Lcdo. Hernández Ferrer, Jaime Rafael
Valle

Autora:
Br. Mauquer Rodríguez, Luisber Del

C.I: V-27.000.474

Guatamare, agosto del 2023



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

**PROCESO ENFERMERO A MASCULINO SEXAGENARIO CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V/V SECUNDARIA A
NEFROPATIA DIABETICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO
EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS
“DR. EDGAR MOGLIA” 2023**

Tutor Académico:
Lcdo. Hernández Ferrer, Jaime Rafael
Valle

Autora:
Br. Mauquer Rodríguez, Luisber Del

C.I: V-27.000.474

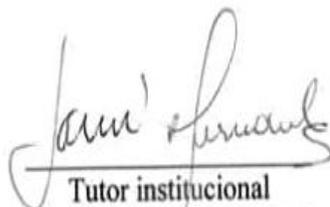
Guatamare, agosto del 2023



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

ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR ACADÉMICO

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 PACIENTE MASCULO SEXAGENARIO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V/V SECUNDARIA A NEFROPATIA DIABETICA CON TRATAMIENTO DIALITICO EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS "DR. EDGAR MOGLIA" presentado por la Bachiller MAUQUER RODRIGUEZ LUISBER DEL VALLE, portadora de la Cedula de Identidad: V-27.000.474, como requisito parcial para optar al Título de Licenciada de Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.



Tutor institucional

Lcdo. Hernández Ferrer, Jaime Rafael



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

TGLECEG-29-2023

Núcleo: Nueva Esparta
Escuela: Ciencias de la Salud
Departamento: Enfermería
Periodo: II-2022

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
II-2022	161-5303	HEMODIÁLISIS	8	<i>Jaime Hernández</i>
II-2022	161-5403	DIÁLISIS PERITONEAL Y TRANSPLANTE RENAL	8	<i>Jaime Hernández</i>

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería Nefrológica reunidos el día 3 de agosto de 2023, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por (el) (la) bachiller: **MAUQUER RODRÍGUEZ LUISBER DEL VALLE**, Cédula de Identidad **V-27.000.474**, 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

NOMBRE DE LOS PROFESORES	Nº CÉDULA	FIRMA
Jaime Hernández	11.856.027	<i>Jaime Hernández</i>
Andreina Noriega	19.116.997	<i>Andreina Noriega</i>

Lcda. Andreina Noriega
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado



Andreina Noriega
Firma y Sello

DEL PUEBLO VENIMOS HACIA EL FUTURO

DEDICATORIA

Ante todo, quiero dedicar este gran logro a mí, porque a pesar de los obstáculos presentes, donde tuve momentos altos y bajos que pasé durante esta experiencia, nunca me di por vencida, siempre mirando hacia adelante, y logrando cumplir con mis objetivos.

A Dios, por haberme dado la vida y haberme permitido llegar hasta aquí, manteniéndome con mucha fe y esperanza que, si lo iba a lograr, por nunca abandonarme en mis momentos más difíciles, ¡Gracias por todo mi Dios! Confiando siempre en ti ♥

A mi abuela y mi abuelo gruñón, por la crianza y el apoyo que siempre me brindaron, permitiéndome llegar hasta este momento tan especial e importante para mí... Abuela, la mejor mami abuela que he podido tener en mi vida, le pido a Dios, que los bendiga siempre con mucha salud, eres mi guerrera, mi viejita fuiste una de las personas que más me empujó para que continuara en este proceso y no me dejara vencer, diciéndome todos los días tu si puedes, “la pelea es peleando”, les dedico este gran logro a ustedes, son los mejores abuelos, LOS AMO♥

AGRADECIMIENTO

Primeramente, Agradezco a Dios, por permitirme darme la vida y llegar hasta este momento tan maravilloso e importante para mí.

A mi abuela y abuelo, más que abuelos, son mis padres de crianza, a ustedes por todo el amor y el apoyo que siempre me han brindado, por estar ahí cuando más los necesito, Gracias por formar parte de este crecimiento y formación profesional, Abuela me siento afortunada de tenerte como abuela y como mamá, La mejor para mi♥ Papi-Abuelo gracias por haber siempre permitido que mis conocimientos fuesen puesto en práctica hacia a ti, desde que comencé la carrera mis primeras practicas fueron contigo, y finalmente siendo mi paciente para mi estudio de caso para el trabajo especial de grado, que dicha, Gracias por confiar en mí.

A mi tía mami y tía jaque gracias por todo su apoyo incondicional durante mi formación profesional, ustedes son como mi segunda madre, Las adoro♥, también a mis padres, por haberme traído al mundo y estar al pendiente siempre de cómo iba en la realización de mi trabajo, de igual manera a mis hermanitas por su apoyo, mis niñas que estaban todas emocionadas por mí ♥. A Daniel, por estar a mi lado apoyándome en todo momento y sobre todo su paciencia, gracias por la ayuda y por formar parte de este proceso, igualmente a la señora Ana, por sus orientaciones y su apoyo.

A la Universidad de Oriente por abrirme las puertas y permitir mi formación profesional, a todos mis Compañeros de la universidad que fueron partícipes en este proceso, igualmente a cada profesor quienes con las enseñanzas de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno por su sabiduría, paciencia y dedicación.

“A todos y cada una de las personas que de una u otra forma aportaron un granito de arena para que esto fuera posible” Gracias, muchísimas gracias...

ÍNDICE GENERAL

ACTA APROBATORIA DEL TUTOR ACADEMICO	iii
ACTA DE EVALUACION DEL TRABAJO DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
INDICE DE CUADROS.....	xiv
ÍNDICE FIGURAS	xviii
ÍNDICE GRÁFICAS	xx
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xxi
RESUMEN DE LA INVESTIGACION.....	xxi
INTRODUCCIÓN	23

CAPITULO I

PRESENTACION DEL HOSPITAL “DR. LUIS ORTEGA” ASPECTOS HISTORICOS Y DESCRIPTIVOS

1.1. Reseña Histórica del Hospital “Dr. Luis Ortega”	29
1.2. Propósito Para el cual fue creado el Hospital “Dr. Luis Ortega”	37
1.3. Filosofía del Hospital “Dr. Luis Ortega”	38
1.4. Valores del Hospital “Dr. Luis Ortega”	39
1.5. Misión del Hospital “Dr. Luis Ortega”	39
1.6. Visión del Hospital “Dr. Luis Ortega”	40
1.7. Objetivos del Hospital “Dr. Luis Ortega”	41
1.8 Tipo de establecimiento de salud, de acuerdo con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).....	41
1.9 Ubicación Geográfica del Hospital “Dr. Luis Ortega”	43
1.10 Estructura Administrativa del Hospital “Dr. Luis Ortega”	45
1.10.1. Dirección	45
1.10.1.1. Sub-Dirección Médica	46
1.10.1.2. Sub-Dirección Administrativa	46

1.10.1.3. Sub-Dirección de Recursos Humanos.....	47
1.10.1.4. Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento	47
1.10.1.5. Sub-Dirección Médico Docente.....	47
1.11. Operatividad de la Jefatura de Enfermería del Hospital “Dr. Luis Ortega”	49
1.11.1. Jefe (a) de Enfermería	50
1.11.2. Secretaria.....	50
1.11.3. Enfermera Adjunta Administrativo.....	50
1.11.4. Enfermera (o) Adjunta (o) Asistencial	50
1.11.5. Enfermera (o) Adjunta (o) Docente	50
1.11.6. Enfermeras (os) Supervisoras (es)	51
1.11.7. Enfermeras (os) Coordinadoras (es).....	51
1.11.8. Enfermeras (os) asistenciales (IV, III, II, I)	51
1.11.9. Auxiliar de Enfermería.....	51
1.11.10. Camilleros	51
1.11.11. Camareras.....	51
1.12. Aproximación Diagnostica del Hospital “Dr. Luis Ortega”	53
1.12.1. Análisis e Interpretación De Los Resultados	56

CAPITULO II

UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIALISIS “DR. EDGAR MOGLIA” ASPECTOS HISTORICOS Y DESCRIPTIVOS

2.1 Reseña Histórica	64
2.2 Importancia y Justificación	66
2.3 Ubicación y Descripción.....	67
2.4 Talento Humano.....	71
2.5 Misión de la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”	75
2.6 Visión de la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”	75
2.7 Objetivo de la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”	75
2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería	76
2.8.1 Funciones de la Jefatura De Enfermería	77
2.8.2. Funciones de la Coordinadora de Enfermería.....	77

2.8.3 Personal de Enfermería Técnico en Diálisis	78
2.9 Aproximación Diagnostica	80
2.10 Análisis e Interpretación De Los Resultados	81

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y DEL ESTUDIO DE CASO

3.1 Marco teórico de las patologías.	88
3.1.1 Marco teórico de la patología: Diabetes Mellitus	88
3.1.1.1 Definición.....	89
3.1.1.2 Etiología.	90
3.1.1.3 Fisiopatología.....	92
3.1.1.4 Manifestaciones clínicas.	93
3.1.1.5 Complicaciones.	93
3.1.1.6 Tratamientos.....	94
3.1.2 Marco teórico de la patología: Nefropatía Diabética	96
3.1.2.1 Definición.....	96
3.1.2.2 Etiología.	97
3.1.2.3 Fisiopatología.....	98
3.1.2.4 Manifestaciones clínicas.	99
3.1.2.5 Complicaciones.	100
3.1.2.6 Tratamientos.....	101
3.1.3 Marco teórico de la patología: Enfermedad Renal Crónica.	101
3.1.3.1 Definición.....	101
3.1.3.2 Etiología.	102
3.1.3.3 Fisiopatología.....	104
3.1.3.4 Manifestaciones clínicas.	105
3.1.3.5 Complicaciones.	107
3.1.3.6 Tratamiento.	108
3.1.3.6.1 Tratamiento Nutricional de la Insuficiencia Renal Crónica.....	108
3.1.3.6.2 Tratamiento Conservador de la Insuficiencia Renal Crónica.	109

3.1.3.6.3 Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica.....	110
3.1.4 Fichas farmacológicas.....	114
3.2 Marco Metodológico de la Investigación.....	125
3.2.1 Enfoque Cual-cuantitativo.	125
3.2.2. Estudio de Casos de la Investigación.....	126
3.2.3. Investigación Acción Participante	127
3.2.4 Tipo de Estudio de la Investigación.....	127
3.2.5 Diseño de Estudio de la Investigación.....	128
3.2.6 Técnicas e instrumentos de la Investigación.....	129
3.3. Antecedentes de la Investigación y Estudio de Caso.....	130
3.3.1 Antecedentes Internacionales.....	130
3.3.2. Antecedentes Nacionales	132
3.3.3. Antecedentes Regionales	134
3.4. Marco Legal de la Investigación y Estudio de Caso.....	136
3.4.1 La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Gaceta Oficial 36.860 año 1999).....	137
3.4.2. Ley Orgánica de Salud (LOS, 1998).....	138
3.4.3 Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008).....	140
3.4.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005).....	142
3.4.5. Ley sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos (2011).....	143
3.4.6. Normas de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” (2009)	144
3.5 Teoría y/o Modelo de Enfermería para el Proceso Enfermero.	146
3.5.1 Dorothea Orem.....	146
3.5.1.1 Aspectos bibliográficos.....	147
3.5.1.2 Fundamentos teóricos.....	148
3.5.2 Callista Roy.....	150
3.5.2.1 Aspectos Bibliográficos.	150
3.5.2.2 Fundamentos teóricos.....	151
3.5.3 Nola pender	155

3.5.3.1 Aspectos Bibliográficos.....	155
3.5.3.2 Fundamentos teóricos.....	155
3.5.4 Relación del Caso Clínico con las Teorías.....	157
3.6 Glosario de términos	158

CAPITULO IV

ESTUDIO DE CASO CLINICO ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V/V SECUNDARIA A NEFROPATÍA DIABÉTICA EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO

4.1 Título del caso clínico.....	162
4.2 Resumen del caso clínico.....	162
4.3 Objetivos	163
4.3.1 Objetivo general.....	163
4.3.2 Objetivos específicos	164
4.4 Historia de enfermería.....	164
4.4.1 Anamnesis.....	165
4.4.2 Valoración del paciente.....	166
4.4.2.1 Valoración objetiva: Examen Físico céfalo-caudal.....	166
4.4.2.2 Valoración Subjetiva: 8 Requisitos Universales del autocuidado de Dorothea Orem.....	168
4.4.2.3 Valoración Subjetiva: (4) modos de adaptación de Callista Roy.....	170
4.4.3.4 Valoración subjetiva: Modelos de la promoción de la salud de Nola Pender.....	173
4.5 Cuadros analíticos y planes de cuidados.....	176

CAPITULO V

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

5.1 Proceso enfermero.....	212
----------------------------	-----

5.1.1 Definición.....	212
5.1.2 Objetivos	212
5.1.3 Principios	213
5.1.3.1 Respetar la individualidad de las personas.....	213
5.1.3.2 Satisfacer las necesidades fisiológicas	214
5.1.3.4 Proteger al paciente de agentes externos que causen enfermedades.....	215
5.1.3.5 Contribuir a la restitución pronta de la salud del paciente de manera que pueda incorporarse a la sociedad	216
5.1.4 Etapas	217
5.1.5 Funciones:	219
5.2 Función Asistencial para la Atención del Caso Clínico.....	222
5.2.1 Funciones Asistenciales Identificadas en la Unidad Clínica donde se Seleccionó el Caso Clínico.	222
5.2.2 Funciones Asistenciales Ejecutadas para la atención del Paciente Objeto de Estudio.	223
5.3 Función Docente para la Atención del Caso Clínico.	224
5.3.1 Funciones Docentes Identificadas en la Unidad Clínica donde se Seleccionó el Paciente Objeto de Estudio.	224
5.3.2 Funciones Docentes Realizadas en el Paciente Objeto de Estudio	224
5.4 Función Administrativa del Caso Clínico.....	225
5.4.1 Funciones Administrativas Identificadas en la Unidad Clínica donde se Seleccionó el Caso	225
5.4.2. Funciones Administrativas realizadas en el Paciente Objeto de Estudio.....	225
5.5 Función Investigadora para el Caso Clínico.	226
5.5.1 Funciones Investigadoras Identificadas en la Unidad Clínica donde se Seleccionó el Caso.	226
5.5.2. Funciones Investigativas realizadas en el Paciente Objeto de Estudio.	226
5.6. Retos, Desafíos y Perspectivas del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual.	227
5.6.1 Opinión de un Profesional de Enfermería de la Unidad Clínica.....	228
5.7 Opinión del Participante de los Cursos Especiales de Grado de Enfermería sobre la Experiencia Profesional Desarrollada en el Hospital Dr. Luis Ortega, en la Unidad Clínica	229

CONCLUSIÓN.....	230
RECOMENDACIONES.....	232
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	234

INDICE DE CUADROS

Cuadro N°1. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si usted considera que el Hospital “Dr. Luis Ortega” cumple con el mantenimiento en los equipos mobiliarios e inmobiliarios dentro de la emergencia	57
Cuadro N° 2. Distribución Absoluta y Porcentual de cómo considera usted que se encuentra el servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega”	58
Cuadro N°3. Distribución Absoluta y Porcentual sobre como considera usted que los servicios de Hospitalización de la Emergencia se encuentran actas para la estadía de paciente.	59
Cuadro N°4 Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con médicos especialistas aptos para cubrir la demanda en los diferentes servicios de emergencia.....	60
Cuadro N°5 Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con un personal de seguridad capacitado para la protección de los pacientes y personal residente.....	61
Cuadro N°6. De acuerdo a su opinión, ¿el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con los recursos (material y humano) necesarios para mantener operativo el servicio de Emergencia?.....	62
Cuadro N°7. Distribución Absoluta y Porcentual de cómo evalúa usted la cantidad de personal de limpieza en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega”.	63
Cuadro N°8. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si la Unidad de Hemodiálisis Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” le brinda al paciente una atención optima durante la aplicación de su tratamiento.....	82
Cuadro N°9. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el personal de enfermería les proporciona un ambiente cómodo y confortable a los pacientes durante su estadía en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”	83
Cuadro N°10. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” orienta de manera clara y directa al paciente sobre su estado de salud.....	84
Cuadro N°11. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el paciente recibe por parte del personal de salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” las indicaciones para mantener una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades.....	85
Cuadro N°12. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el personal de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” cumple con los estatutos establecidos para cumplir con el buen funcionamiento de dicha unidad.	86
Cuadro 13. Ficha farmacológica del Ácido Fólico.	115

Cuadro 14. Ficha farmacológica del Hierro Sacarosa.	116
Cuadro 15. Ficha farmacológica del Acetato de Calcio.	117
Cuadro 16. Ficha farmacológica del Complejo B.....	118
Cuadro 17. Ficha Farmacológica de la Eritropoyetina Humana Recombinante.....	119
Cuadro 18. Ficha farmacológica de la Heparina.....	120
Cuadro 19. Ficha farmacológica de la vitamina C.....	121
Cuadro 20. Farmacología del Carvedilol.....	122
Cuadro 21. Ficha farmacológica del Losartan Potásico.	123
Cuadro 22. Farmacología de la Nifedipina.	124
Cuadro 23. <i>Cuadro analítico de los factores compromiso con un plan de acción, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y las conductas promotoras de salud</i>	178
Cuadro 24. <i>Plan de cuidado de los factores compromiso con un plan de acción, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y las conductas promotoras de salud</i>	179
Cuadro 25. <i>Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.</i>	180
Cuadro 26. <i>Indicadores de los factores compromiso con un plan de acción, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y las conductas promotoras de salud.</i>	180
Cuadro 27. <i>Cuadro analítico del requisito del mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, modo de adaptación fisiológica y conducta previa relacionada.</i>	181
Cuadro 28. <i>Plan de cuidado del requisito del mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, modo de adaptación fisiológica, conducta previa relacionada y beneficios percibidos de acción.</i>	182
Cuadro 29. <i>Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.</i>	183
Cuadro 30. <i>Indicadores del requisito del mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, modo de adaptación fisiológica, conducta previa relacionada y beneficios percibidos de acción.</i>	183
Cuadro 31. <i>Cuadro analítico de los factores conducta previa y barreras percibidas de acción.</i>	184
Cuadro 32. <i>Plan de cuidado de los factores conducta previa y barreras percibidas de acción.</i>	185

Cuadro 33. <i>Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.</i>	186
Cuadro 34. <i>Indicadores de los factores conducta previa y barreras percibidas de acción.</i>	186
Cuadro 35. <i>Cuadro analítico del requisito de prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo adaptación fisiológico eliminación.</i>	187
Cuadro 36. <i>Plan de cuidado del requisito de prestación asociados al cuidado del proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo adaptación fisiológico eliminación.</i>	188
Cuadro 37. <i>Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar.</i>	189
Cuadro 38. <i>Indicadores del requisito de prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo adaptación fisiológico eliminación.</i>	190
Cuadro 39. <i>Cuadro analítico del requisito de Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo de adaptación fisiológica eliminación.</i>	190
Cuadro 40. <i>Plan de cuidado del requisito de Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo de adaptación fisiológica eliminación.</i>	191
Cuadro 41. <i>Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar.</i>	192
Cuadro 42. <i>Indicadores del requisito de prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo de adaptación fisiológica eliminación.</i>	193
Cuadro 43. <i>Cuadro analítico del requisito de Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso y modo de adaptación fisiológica actividad y descanso.</i>	193
Cuadro 44. <i>Plan del cuidado del requisito de Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso y modo de adaptación fisiológica actividad y descanso.</i>	194
Cuadro 45. <i>Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 01. Definición: grado de deterioro de la salud o el bienestar.</i>	195
Cuadro 46. <i>Indicadores del requisito del Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso y modo de adaptación fisiológica actividad y descanso.</i>	196

Cuadro 47. Cuadro analítico de los factores beneficios percibidos de acción y autoeficacia percibida.....	196
Cuadro 48. Planes de cuidados de los factores beneficios percibidos de acción y autoeficacia percibida.....	197
Cuadro 49. Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 20. Grado de información cognitiva que se comprende.....	198
Cuadro 50. Planes de cuidados de los beneficios percibidos de acción y autoeficacia percibida.....	199
Cuadro 51. Cuadro analítico del modo de adaptación de autoconcepto	199
Cuadro 52. Plan de cuidado del modo de adaptación de autoconcepto.....	200
Cuadro 53. Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.....	202
Cuadro 54. Indicadores del modo de adaptación del autoconcepto.....	202
Cuadro 55 Cuadro analítico del modo de adaptación de autoconcepto y factores personales psicológicos	203
Cuadro 56. Plan de cuidado del modo de adaptación de autoconcepto y factores personales psicológicos	203
Cuadro 57. Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación.....	204
Cuadro 58. Indicadores del modo de adaptación de autoconcepto y factores personales psicológicos.....	205
Cuadro 59. Cuadro analítico del modo de adaptación del rol	205
Cuadro 60. Plan de cuidado del modo de adaptación del rol	206
Cuadro 61. Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.....	207
Cuadro 62. Indicadores del modo de adaptación del rol.....	208
Cuadro 63. Cuadro analítico del requisito de prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.....	208
Cuadro 64 Plan de cuidado del requisito de prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.....	209
Cuadro 65. Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 17. Grado de Proximidad a un Estado Deseado.....	210

Cuadro 66. <i>Indicadores del requisito de prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.....</i>	211
Cuadro 67. <i>Diagrama de Gantt de las actividades ejecutadas durante el periodo de pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.</i>	221

ÍNDICE FIGURAS

FIGURA N°1 MAPA DE UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL HOSPITAL DR. “LUIS ORTEGA.....	44
FIGURA N°2 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL “DR. LUIS ORTEGA”	48
FIGURA N°3 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA JEFATURA DE ENFERMERIA EL HOSPITAL TIPO III DR. “LUIS ORTEGA”	52
FIGURA N°4 UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIALISIS “DR. EDGAR MOGLIA”	68
FIGURA N°5 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS “DR. EDGAR MOGLIA”	74
FIGURA N°6 ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIALISIS “DR. EDGAR MOGLIA”.....	79

ÍNDICE GRÁFICAS

Gráfico N° 1 sobre si usted considera que el Hospital “Dr. Luis Ortega” cumple con el mantenimiento en los equipos mobiliarios e inmobiliarios dentro de la emergencia	57
Gráfico N° 2. ¿Cómo considera usted que se encuentra el Servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis ortega”?.....	58
Gráfico N° 3 ¿Considera usted que el servicio de Hospitalización de la Emergencia se encuentran actas para la estadía de paciente?	59
Gráfico N°4 ¿Usted cree que el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con médicos especialistas aptos para cubrir la demanda en los diferentes servicios de emergencia?	60
Gráfico N°5 Según su criterio; el servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con un personal de seguridad capacitado para la protección de los pacientes y personal residente.....	61
Gráfico N°6. De acuerdo a su opinión, ¿el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con los recursos (material y humano) necesarios para mantener operativo el servicio de Emergencia?.....	62
Gráfico N°7. ¿Cómo evalúa usted la cantidad de personal de limpieza en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega”?.....	63
Gráfico N°8. ¿Cree usted que la Unidad de Hemodiálisis Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” le brinda al paciente una atención optima durante la aplicación de su tratamiento?.....	83
Gráfico N°9 Según su criterio; ¿el personal de enfermería les proporciona un ambiente cómodo y confortable a los pacientes durante su estadía en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”?.....	84
Gráfico N°10 ¿Considera usted que en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” orienta de manera clara y directa al paciente sobre su estado de salud?	85
Gráfico N°11. Cree usted que el paciente recibe por parte del personal de salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” las indicaciones para mantener una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades.	86
Gráfico N°12. El personal de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” cumple con los estatutos establecidos para cumplir con el buen funcionamiento de dicha unidad.	87

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Consentimiento firmado por el paciente objeto de esta investigación....	249
ANEXO 2 Cumpleaños del paciente objeto de esta investigación.....	250
ANEXO 3 Orientación nutricional, con la finalidad de dar a conocer las frutas que pueden ingerir los pacientes de diálisis.....	251
ANEXO 4 Entrega de Coctel de frutas a los pacientes de la Unidad Bolivariana de Hemodialisis “Dr. Edglar Modglia”	252
ANEXO 5 Elaboración de cartelera sobre el cuidado del acceso vascular	254
ANEXO 6 Elaboración de cartelera sobre el cuidado del acceso vascular	255



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

**PROCESO ENFERMERO A MASCULINO SEXAGENARIO CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V/V SECUNDARIA A
NEFROPATIA DIABETICA CON TRATAMIENTO DIALITICO EN LA
UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS “DR. EDGAR MOGLIA”**

Tutor:
Lcdo. Hernández Ferrer, Jaime
Valle

Autora:
Br. Mauquer Rodríguez Luisber Del

C.I: V-27.000.474

RESUMEN DE LA INVESTIGACION

En el presente trabajo de investigación se desarrolló un caso clínico que tuvo como objetivo aplicar proceso enfermero a paciente masculino sexagenario con Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento hemodialítico, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”; la investigación presentó un enfoque metodológico cuali-cuantitativo, descriptivo, de tipo documental y de campo; utilizando los métodos de estudios de caso e investigación acción participante, haciendo uso de técnicas como la entrevista, la encuesta y la observación. El proceso enfermero se inició mediante la valoración objetiva del paciente y la valoración subjetiva fundamentada en una conjugación entre el modelo de 8 requisitos universales de Dorothea Orem, el modelo de adaptación de Callista Roy y el Modelo de la promoción de la salud de Nola Pender; para la identificación de los requisitos, adaptación y conceptos básicos incumplidos. Utilizando las Taxonomías NANDA, NIC y NOC en la identificación de Diagnósticos de Enfermería, Colaborativos y Planes de Cuidado que permitieron la atención integral del paciente. Las necesidades detectadas en el paciente conllevaron al fomento de una educación basada en la promoción de la salud para lograr un estilo de vida saludable, recalcando, la importancia de mantener una dieta adecuada a sus necesidades metabólicas, controlando la ingesta de líquidos para evitar la ganancia excesiva de peso interdialítico. Concluyendo que el abordaje del caso clínico tuvo gran importancia en la aplicación del proceso enfermero, permitiendo fortalecer conductas beneficiosas de cambios y mantenimientos del estado de salud del paciente.

Palabras clave: Proceso Enfermero, Enfermedad Renal Crónica, Hemodiálisis,
Nefropatía, Función Renal.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica, se ha convertido en una patología que ha pasado de ser una enfermedad grave que afectaba a pocos individuos y que debía ser atendida por nefrólogos, a una patología común de gravedad variable. Además, la enfermedad renal crónica es el daño estructural o funcional del riñón, evidenciado por marcadores de daño (orina, sangre) por un período igual o mayor a 3 meses, o por un filtrado glomerular teórico (FG) menor a 60 ml/min, independientemente de la causa que lo provocó, se estratifica en cinco estadios. La finalidad de esta clasificación es identificar a los pacientes con ERC desde sus estadios más precoces, instaurar medidas para frenar su progresión, reducir la morbilidad y mortalidad y, en su caso, preparar a los pacientes para diálisis.

De acuerdo al Blog Consultor salud (2019), La Enfermedad Renal Crónica es considerada actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el sistema dado que se requiere una alta complejidad técnica en su manejo con relación a pacientes que se encuentran en estadio V (grado más avanzado de la enfermedad), requiriendo terapias de reemplazo renal, siendo la diálisis el procedimiento de mayor frecuencia en esta población.

Además del gran impacto socioeconómico que producen las enfermedades crónicas, también limitan o ponen en riesgo la existencia y la calidad de vida de quienes la tiene, y de todo el de relaciones interpersonales en que está implicada la persona y su familia, que se ve seriamente afectada toda su dinámica y funcionamiento. En este sentido las ERC, debe ser considerada como una condición que requiere un ambiente humanístico para su cuidado, así como un abordaje integral encaminado a un diálogo y trabajo colaborativo entre los profesionales que brindan sus cuidados al paciente con la enfermedad y su familia.

En Venezuela, de acuerdo al Ministerio del Poder Popular para la Salud, unos 12 mil venezolanos sufren insuficiencia renal entre los más afectados se encuentran pacientes con enfermedades de hipertensión y diabetes, los cuales deben realizarse diálisis para mantener su cuerpo libre de toxinas. Otra alternativa de tratamiento para estos pacientes es el trasplante de riñón. Sin embargo, la tasa en Venezuela es de apenas 4.1 por millón de habitante. Según los datos más actualizados del Programa Nacional de Donación y Trasplante de Órganos hay más de 5.000 personas esperando por un órgano o algún tejido en el país. De éstas, 1.300 necesitan un riñón para continuar viviendo.

El personal de enfermería en ejercicio de su función en las sesiones de hemodiálisis tiene algunas tareas. Pero antes, es importante mencionar que el personal de enfermería desempeña el papel de asistencia al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es su conjunto creando una relación de confianza mutua y la seguridad entre el paciente y el enfermero/a, dando prioridad a los cuidados necesarios para su tratamiento. Ahora sí, cabe destacar que es el personal responsable de asegurar el uso correcto de material y equipos, de la conexión y desconexión a la máquina de hemodiálisis, técnicas de asepsias del acceso vascular, de orientación, supervisión y evaluación. También el cuidado de la calidad del entorno, en busca de la comodidad del paciente y el equipo. Al igual de ello, de resolver complicaciones que pueden ocurrir durante el tratamiento.

En tal sentido, es importante reconocer el papel que desempeña el personal de enfermería como disciplina que lidera el cuidado, y como principal responsable en la monitorización y control de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes cada día en diversos entornos, con el fin de brindar la mejor calidad de cuidados de enfermería a los pacientes que los requieran bajo el proceso de enfermería. Este método de trabajo aporta grandes beneficios, al lograr la vinculación del paciente a su cuidado, como ente participativo del mismo, de igual forma el Proceso de Enfermería, proporciona ganancias profesionales, pues al trabajar con un método estructurado, posibilita la unificación de criterios entre enfermeros. todo esto orientado hacia el crecimiento y

desarrollo de la profesión de enfermería; al utilizar este proceso con la taxonomía diagnóstica de la NANDA, en la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, proporciona las bases para la obtención de las intervenciones de enfermería más eficaces para llegar a unos resultados óptimos de cuidado.

En tal sentido, La Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE), a través de la Escuela de Ciencias de la Salud, forma profesionales de enfermería mediante Cursos Especiales de Grado, brindando oportunidades a los estudiantes de superarse académicamente, ser capacitados en áreas hospitalarias específicas de Nefrología, las cuales permiten que los mismos se desenvuelvan y pongan en práctica sus habilidades, vocación y conocimientos adquiridos mediante la formación utilizando el Proceso Enfermero, siendo parte de los profesionales de enfermería que brindan cuidados a los pacientes que lo ameritan.

En la presente investigación se pretende sistematizar una experiencia de atención al paciente masculino sexagenario con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico, mediante LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA USANDO COMO METODOLOGÍA DE LA TAXONOMÍA NANDA-NIC-NOC Y LA COJUGACIÓN DE LA FILOSOFÍA DE DOROTHEA OREM, EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLISTA ROY Y EL MODELO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER A TRAVÉS DE UN estudio de un caso clínico seleccionado en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” DURANTE las pasantías del Curso Especial de Grado Cohorte VI MENCION Nefrología. El contenido del trabajo se encuentra estructurado de acuerdo al reglamento pertinente para este tipo de informes e incluye todos sus elementos. En ese sentido, el contenido se encuentra organizado de la siguiente manera: En el Capítulo I, se aborda la presentación del Hospital Dr. Luis Ortega, su reseña histórica, propósito, filosofía, valores, misión, visión, objetivos, tipo de establecimiento de salud, ubicación y aproximación diagnóstica.

Capítulo II, en este se describe la historia de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, importancia y justificación, ubicación y descripción, talento humano, misión, visión, objetivos, funciones, actividades y tareas de enfermería, y una aproximación diagnóstica sobre las necesidades de la unidad.

Capítulo III, en este se encuentra el marco teórico, metodológico, legal y referencial de la investigación y estudio de caso; de igual manera se presenta el marco teórico de la patología del caso clínico, marco teórico y metodológico del proceso enfermero y el glosario de términos.

Capítulo IV, en este se encuentra la descripción del caso clínico en el proceso de enfermería, título, resumen, objetivos: general y específicos del caso clínico, historia de enfermería, cuadros analíticos, planes de cuidados NANDA (2021-2023), NOC (2019) y NIC (2019), e historia de vida de la paciente.

Capítulo V, expresa la experiencia del profesional durante el Proceso Enfermero en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, presentándose la explicación del Proceso Enfermero, objetivos, principios, etapas y funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas para la atención del caso clínico; retos, desafíos y perspectiva del profesional de enfermería en el contexto actual, opinión de un profesional enfermero de la Unidad Clínica donde se seleccionó el caso y opinión del participante del Curso Especial de Grado sobre la experiencia profesional desarrollada en el hospital, en la Unidad Clínica, destacando la mayor limitación u oportunidad, fortaleza, aprendizajes obtenidos y sugerencias a futuros profesionales en el área donde se seleccionó el caso.

CAPITULO I

PRESENTACION DEL HOSPITAL “DR. LUIS ORTEGA” ASPECTOS HISTORICOS Y DESCRIPTIVOS

A continuación, el siguiente capítulo tiene como objetivo, conocer las generalidades del centro Hospitalario donde se realizó el estudio de caso y las prácticas profesionales, en el cual, describió a la institución, tomando en consideración diferentes aspectos históricos, geográficos, administrativos, propósito, visión, misión, objetivos, estructura administrativa y aproximación diagnóstica sobre las necesidades que presenta el centro hospitalario; los cuales fueron realizados por la investigadora mediante la obtención de información de diversas fuentes, entre ellas la opinión de diferentes profesionales de salud que laboran en la institución (a través de entrevistas), trabajos de investigaciones anteriores y la biblioteca del Hospital “Dr. Miguel Salazar” que es el lugar donde reposa gran parte de la historia del establecimiento de salud.

Es importante destacar que, en la revista médica de Chile, (2005). Describe que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define: el Hospital como parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es un Centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social. En tal sentido, este espectacular proceso de cambio es muy diferente en los distintos países del mundo y está íntimamente relacionado con el grado de desarrollo colonizador, histórico, socioeconómico y cultural que caracteriza a la población, y haciendo uso de las etapas del desarrollo de las Ciencias de la Medicina diseñada por el Dr. Guillermo Soto enuncia que: “la historia de los hospitales va comúnmente relacionada con la historia de la medicina.

Cabe destacar que, a partir del año 1492, cuando por equivocación el navegante Cristóbal Colon llega a las costas del nuevo mundo, con el firme convencimiento de que alcanzaba las indias, este yerro trajo como consecuencia un gran movimiento colonizador y migratorio que se ha extendido hasta finales del siglo XX. Cabe resaltar, que muchos son los detalles de este proceso, pero es poco lo que se conoce de la rutina diaria de estas grandes masas humanas migratorias a estas tierras, que con el devenir del tiempo se hizo permanente, pero esto, no llena lo que fue la cotidianidad de estos seres y específicamente al cuidado hospitalario.

Sin embargo, antecedentes históricos de la época colonial y precolombina, como el Cedula de la Monarquía de 1532, se encuentra referencia contenida en documento histórico sobre un hospital en Venezuela ubicado en la Ciudad de Nueva Cádiz (isla de Cubagua). Y otro en la Provincia de Coro, capital primitiva de la gobernación y sede de la primera diócesis; ambas por ser los centros más poblados de mayor antigüedad, se puede inferir que entre los años 1532 y 1535 existían al menos dos hospitales en el territorio venezolano, momento para el cual florecían los núcleos poblados de Nueva Cádiz, La Asunción, Paraguachi, Cumana, Maracaibo y Coro, aparte de otras urbes que fueron multiplicándose a lo largo del siglo XVI, por lo que es probable que existieran más de estos establecimientos para finales de ese periodo; el cual se demuestra con la existencia de informes que confirman que al menos cinco ciudades de las cuarenta instauradas durante el siglo, poseían sanatorios fundados a lo largo de ese periodo.

Durante los primeros setenta años de la etapa republicana, el desarrollo hospitalario fue prácticamente nulo, tanto por el duro golpe dado a los establecimientos coloniales causado por el terremoto de 1812, como por las consecuencias socioeconómicas producidas por la gesta Independentista y las guerras civiles que la sucedieron, llevándolos a un estado catalépticos desde un punto de vista arquitectónico, funcional, administrativo y financiero.

Cabe destacar que, a finales del siglo XIX, Comenzó la creación del primer centro hospitalario moderno, (Hospital Vargas de Caracas) en el año 1892. durante la época

de dictadura de Juan Vicente Gómez; marcando el verdadero hito entre la Medicina Colonial y la Moderna, abriendo así las puertas a la del siglo XX, convirtiéndose en punto de referencia para diversas actividades y organizaciones. Comenzando, parcialmente la tendencia y creación de centros hospitalarios en el territorio venezolano; Cuando definitivamente llega la modernidad conceptual a la asistencia hospitalaria de la capital, apoyándose en la pléyade médica que le tocó vivir ese segmento histórico. El cual duro un siglo para que se cumpliera el clamor de la ciudad y así dar inicio a la construcción de nuevos hospitales. Es cuando entonces el 12 de octubre de 1921 el presidente del Estado Nueva Esparta, General Juan Alberto Ramírez, decreta la construcción del primer “hospital de Porlamar”.

1.1. Reseña Histórica del Hospital “Dr. Luis Ortega”

Una reseña histórica para Pérez y Merino (2021), “es un texto breve que se propone repasar los hechos históricos de un determinado asunto. Este tipo de notas brinda una visión general sobre el objeto reseñado con un formato descriptivo-informativo” (p.5). Compartiendo este planteamiento, se va a desarrollar la reseña histórica del centro de salud más importante del estado Nueva Esparta como lo es el Hospital “Dr. Luis Ortega”. tomando como referencia a Álvarez (2010) manifiesta lo siguiente:

El hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar, es el primer y único centro de atención especializado para la salud en el estado Nueva Esparta, sin embargo, la historia socio-política de este estado contaba en su haber con un gran número de hospitales, generalmente improvisados debido a las crisis generadas por las guerras; muchos de ellos sostenidos primordialmente por la caridad del colectivo insular.

Como respuesta obligada, aunque tardía, a esta necesidad el Presidente Raimundo Andueza Palacios decretó la edificación de un inmueble destinado al funcionamiento de un hospital en 1891; sin embargo, no hubo consolidación del mismo, sino hasta el 19 de diciembre de 1918, cuando se decreta la construcción del “Hospital de Margarita”; el cual se inaugura el 12 de octubre de 1921 con una capacidad de setenta

(70) camas, y con la presencia de las Hermanitas de la Congregación de Carmelitas Venezolanas, quienes hacían las veces de enfermeras, en los terrenos donde hoy funciona la Unidad Educativa Br. José Joaquín de León en la comunidad de los Cocos sector Punda, frente al Comando de Vigilancia Costera de la Guardia Nacional Bolivariana. Contando a partir de ese momento con un Hospital para cubrir las necesidades de asistencia médica en Nueva Esparta y parte del Oriente de Venezuela.

El 28 de febrero de 1936, se cambió el nombre de “Hospital de Margarita” por el Hospital “Dr. Luis Ortega” como homenaje a este insigne médico Margariteño. El 27 de junio de 1951 este hospital fue centralizado, y paso a formar parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). No obstante, la creciente demanda de servicio lo hace insuficiente, por lo que el 05 de julio de 1945, durante la Presidencia de la Republica del General Isaías Medina Angarita, se decreta y se coloca la primera piedra para la construcción del Hospital Dr. Luis Ortega en Porlamar, siendo inaugurado el 05 de diciembre de 1956, bajo el mandato del General Marcos Pérez Jiménez. Pero no fue sino hasta el 16 de mayo de 1957, cuando entra efectivamente en servicio, para convertirse luego en el centro hospitalario más importante de la región insular.

El Hospital Dr. Luis Ortega, fue construido en el Centro de la Ciudad de Porlamar, en un terreno adquirido por la nación a la Comunidad de Indígenas Francisco Fajardo (en la Avenida 4 de mayo actual). Cabe destacar, que el primer paciente atendido en Emergencia el 16 de mayo, fue un pescador con un enclavamiento de un anzuelo en la mano izquierda y el ingreso número uno (1) correspondió a la señora Genara Meaño de 46 años de edad con el diagnóstico de prolapso uterino; la primera intervención fue a la señora Lucila Díaz Pérez operada de apendicitis aguda, el primer parto realizado fue atendido por el doctor Antonio Álvarez Sotillo naciendo así una niña a quien le colocaron por nombre Luisa en homenaje al Hospital Dr. Luis Ortega.

En sus inicios dicho hospital, contaba con cinco (5) pisos de estructura arquitectónicamente bien distribuidos, salas de hospitalización ventiladas, capacidad para ciento cincuenta (150) camas, previsto para aumentar al doble. También disponía

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

Posteriormente, entre los años 1980 y 1981 se remodelan los servicios de hospitalización en la Emergencia de Adultos y Emergencia Pediátrica, el Área de Cuidados Intermedio, la Sala de Nebulización, Atención Inmediata, Consulta de Triage, Sala de Cura, Sala de Cirugías y Atención al Politraumatizado, Sala de Yeso y Consulta de Traumatología. También se incorporan cuatro (4) salas quirúrgicas amplias, dos (2) pabellones en el segundo piso para Obstetricia y cuatro (4) en el tercer piso totalizando diez (10) quirófanos dotados con equipos de buena calidad. Después, en 1986 la remodelación se realiza en las Áreas de Laboratorio, se redistribuyen los Servicios de Consultas, Terapia Intensiva, el Helipuerto y se repara el aire acondicionado central.

Es importante resaltar que, el equipo humano principal lo integraba el Director Dr. Antonio José Mora; Intendente Lorenzo Ramos Díaz; Enfermera Jefa Isabel Aracas; Jefa de Banco de Sangre Zohbi Cabrera; Laboratorista Disia Oyala; Contador José Porta; Bibliotecaria de Historias Médicas Olga de Pazos; Secretaria Anita Millán; Cirugía Dr. Nicolás Kleinbert y Dr. Miguel Salazar; Oftalmología Dr. Aquiles Franceschi; Otorrinolaringología Dr. José Encinas Casado; Anestesiología, Ginecología y Obstetricia Dr. David Espinoza y Dr. Rafael Rojas; comienzan, Médicos Residentes Dr. Virgilio Loayza, Dr. Antonio Sotillo, Dr. Luis Rosas Bravo, Dr. José de Miguel; Odontología, Dr. Luis Ávila; Radiología Dr. Claudio Burgos; y farmacéuta Dr. Rómulo Ramos.

El 17 de diciembre de 1987 se inicia en el mismo Hospital, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en el estado Nueva Esparta, originando un centro asistencial paralelo de ochenta (80) camas. Esto trajo como consecuencia que se generaran diferencias en la atención a dos (2) tipos de pacientes (asegurados y no asegurados), y en cuanto a los beneficios contractuales entre médicos, empleados y obreros del IVSS con respecto a los del MSAS; también obligó a discusiones, revisiones, decisiones y acciones simples o traumáticas, y con dos turnos de asistencia pasaron a nómina del IVSS. Luego se firmó un comodato por parte del MSAS, el cual consistía en que el IVSS dirigiría y administraría integralmente al hospital, asumiendo a la comunidad en general, así como también a todo el Recurso Humano con sus pasivos laborales incluidos.

En este contexto, el 01 de abril de 1991 el Hospital pasa a ser responsabilidad integral del IVSS, con atención indiscriminada de pacientes y adsorción de la nómina completa, donde personal médico 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 del personal. Por su parte, al MSAS le correspondió liquidar las prestaciones y jubilar al personal obrero hasta el 31 de marzo de 1991.

No obstante, en medio de estos cambios y como resultado del aumento de la población, aunado a la creciente exigencia de servicios, el Hospital se hizo “insuficiente” físicamente, por lo que es sometido a varios procesos de remodelación, logrando incrementar su capacidad a un total de doscientas sesenta y cinco (265) camas y la prestación de una gama de consultas sub-especializadas. Ante el abandono y el lamentable deterioro que presentaba el Hospital, el IVSS mejoró la dotación y firmó contratos colectivos más adecuados a la realidad, otorgando, además, mejor remuneración salarial, otras erogaciones contractuales, e incorporando mayor número de especialistas y personal en general.

En el 2004 comienza una nueva y profunda remodelación en varios servicios como Neonatología, Gineco-Obstetricia, Pabellones de Emergencia, Pediatría, Traumatología y Terapia Intensiva. Más adelante, en el mes de septiembre del año

2007 se inauguró la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis "Dr. Edgar Moglia" con la presencia del presidente Hugo Rafael Chávez Frías primer mandatario de la república para esa fecha, y continuaron las remodelaciones en las áreas de Banco de Sangre, Laboratorio, Área Quirúrgica, Pediatría, Cirugía, entre otras áreas. Actualmente el Hospital Dr. Luis Ortega tiene Servicios remodelados: Pediatría, Cirugía, Traumatología, Gineco-Obstetricia, Física y Rehabilitación, Unidad de Hemodiálisis, cada una con sus respectivas dependencias, de igual manera cuenta con los servicios de apoyo, tales como: Laboratorio, Anatomía Patológica, Nutrición, Farmacia, Lavandería, Lencería, Mantenimiento y Saneamiento Ambiental.

El 27 de octubre del año 2012, se inaugura la Unidad Terapéutica Oncológica "Dr. Modesto Rivero", la cual dispone de dos módulos para brindar servicios de radio y quimioterapia, además también dispone de equipos tales como acelerador lineal, gamma cámara, tomógrafo de simulación y braquiterapia para más de 100 pacientes diariamente, la ministra del Poder Popular para la Salud, Eugenia Sader, asistió al acto de apertura de este servicio de alta tecnología en Porlamar, municipio Mariño, e informó que la institución requirió una inversión de Bs 31.900 millones provenientes de un convenio de cooperación con la República Argentina, "Contamos con un personal especializado de más de 50 personas y equipos de última tecnología, que traerá grandes beneficios a la población neoespartana con atención y equidad" señaló la ministra.

La Unidad Terapéutica Oncológica margariteña cuenta con el único acelerador lineal de última generación del oriente del país, para el tratamiento seguro de lesiones tumorales cancerosas en todas las localizaciones (mama, cuello uterino, próstata, pulmón, cerebral, etc.). Se trata de un método no invasivo de alta precisión, la institución también posee un tomógrafo planificador para realizar simulaciones virtuales, una Gamma Cámara para el diagnóstico de lesiones y braquiterapia de medianas dosis para instalar fuentes radiactivas en diversos tumores.

El Dr. Modesto Rivero González es oriundo de la población de El Maco, municipio Gómez, del estado Nueva Esparta, es pastor y médico oncólogo de larga

trayectoria, también es escritor y poeta. Fue candidato a gobernador por su estado natal y a presidente de la República, ambas nominaciones por el partido Organización Renovadora Auténtica (ORA). Esta dedicación de la Unidad Terapéutica Oncológica no sólo le honra y exalta su intachable trayectoria como médico y ciudadano, sino que honra al Señor a quien Modesto Rivero sirve desde que le conoció como su único Salvador. La Iglesia de Cristo en Venezuela también se siente honrada por el fruto de uno de sus ministros en pro de nuestra nación.

En el año 2014, Con una inversión de 66.857.768 el Gobierno Bolivariano puso en funcionamiento los Servicios de Imagenología y Hemodinamia en el hospital Dr. Luis Ortega del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en el estado Nueva Esparta, estos servicios beneficiarán a más de 473.785 venezolanos que habitan en el estado Nueva Esparta. Los nuevos servicios cuentan con equipos de alta resolución tecnológica, así como un recurso humano formado tanto para la atención del paciente como para el manejo de los equipos. Este mejoramiento en las infraestructuras de los establecimientos de salud viene a optimizar la prestación en la calidad de atención en salud de los usuarios y usuarias que acuden a dicho centro, en el marco de la consolidación del Sistema Público de Salud.

Así mismo, en la apertura de los servicios asistieron el vicepresidente para el área social Héctor Rodríguez, el ministro de salud Francisco Armada, el presidente del IVSS Carlos Rotondaro. El servicio de Imagenología es un área completamente climatizada, destinada para la realización de estudios especiales de Imagenología para el diagnóstico, garantizando eficacia y eficiencia a los pacientes atendidos por consulta externa, hospitalización y emergencia. Asimismo, el servicio de Imagenología está dotado con equipos de alta tecnología tales como: Resonador, mamógrafo, densitómetro, tomógrafo, rayos X convencional y telecomandado. Con la apertura de este servicio, se espera dar atención diariamente de lunes a viernes en el horario de 7 am a 7 pm.

Por otra parte, en cuanto al servicio de Hemodinamia cuenta con nuevas tecnologías aplicadas, lo que lo convierten en un área de alta especialidad médica

dedicada al estudio y tratamiento de las enfermedades producidas por la obstrucción de las arterias, mediante la utilización de catéteres introducidos por vía percutánea, que permite no sólo diagnosticar sino también tratar a los pacientes de una manera mínimamente invasiva, sin necesidad de cirugía abierta, por lo que con la creación del Servicio de Hemodinamia del Hospital Dr. Luis Ortega se garantizará la atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares, que son los de mayor incidencia en la población y primeras causas de muerte en Venezuela y en el mundo.

Cabe destacar, que durante el período de enero-junio del 2014, se han implantado 4 marcapasos en esa unidad. La puesta en funcionamiento de estos dos servicios forma parte de la política del presidente Nicolás Maduro, enmarcado en el Gobierno de Calle de brindar servicios de calidad a los venezolanos y venezolanas en todos los rincones de nuestro país.

De acuerdo a la nota de prensa emitida por YVKE Radio Mundial (2016), el 17 de noviembre de ese año se inauguró el Servicio de Emergencia y Medicina Crítica en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, y en ese momento la directora del hospital, la Dra. Johana Plaza, comentó que el servicio consta de cuatro (4) emergencias individualizadas, como lo son: Emergencia Obstétrica, Emergencia Pediátrica, Emergencia Adulto y Trauma Shock. En cada área de observación se dispone de doce (12) camas más un (1) aislamiento, cuatro (4) consultorios con capacidad de una (1) cama cada uno, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) contaba con capacidad de ocho (8) camas, de las cuales solo cuatro (4) actualmente están operativas, la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal (UCIN) cuenta con una capacidad de trece (13) incubadoras y actualmente diez (10) están operativas, y la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) está conformada por dos (2) salas con capacidad de siete (7) cupos cada una.

Se debe mencionar que la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal se encontraba inoperativa, por lo tanto, estos pacientes se atendían en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal. Cabe destacar que el área de Trauma Shock es exclusiva para pacientes con politraumatismo; allí se contaban con ocho (8) camas para adultos y

tres (3) para infantes, mientras que Obstetricia ocho (8) camas en la sala de parto, colocar las salas de recepción que son 4, tres (3) salas de parto con alta tecnología y 3 incubadoras para la atención al recién nacido.

Por su parte, el Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información (MIPPCI), planteó que en 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, el cual fue publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 41.376 el 12 de Abril del 2018 en su Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado en el Art. Nro.32, con el fin de promover el acompañamiento comunitario a cada 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 y de bienestar, construyendo así una nueva era que respeta la vida desde el vientre de la madre.

Es por eso, que, en el año 2019, se da inicio en las instalaciones del Hospital Dr. Luis Ortega, al programa de Ruta Materna por el Ministerio de Salud; este programa está dirigido a todas las gestantes que tienen como plan (bien sea parto o cesárea segmentaria) ser evaluadas de forma física y biopsicosocial mediante un interrogatorio para así brindarles todo el apoyo necesario en base a sus necesidades y antecedentes; siendo el 1 de febrero del 2020 cuando se instala formalmente la oficina. Cabe resaltar que este programa no solo es para las mujeres gestantes, sino también para mujeres post parto, post aborto, y planificación familiar.

Finalmente, en marzo del 2020, cuando comenzaron a aparecer los primeros casos del virus SARS-CoV-2 (Covid-19) en el estado Nueva Esparta es creada en las instalaciones del Hospital Dr. Luis Ortega, específicamente en el servicio antiguo de la Emergencia de Adulto, un área denominada Covid-19 para la atención y cuidados de pacientes con esta patología, debido a su alta posibilidad de contagio, como parte de las medidas gubernamentales para enfrentar la pandemia.

Sin embargo, en noviembre del 2020 esta área fue cerrada temporalmente para iniciar mejoras estructurales y adecuación de mobiliario, quedando inoperativa la Unidad de Terapia Intensiva Adulto en su lugar de origen (primer piso del Hospital Dr. Luis Ortega) debido a que gran parte de sus equipos fueron trasladados al Área Covid19. Es importante destacar que, en el año 2021 el Área Covid-19 abrió sus puertas y un año después de su creación, en enero del año 2022 cerró definitivamente sus puertas.

Actualmente, la Unidad de Terapia Intensiva Adulto del Hospital Dr. Luis Ortega se encuentra inoperativa debido a que la están acondicionando y equipando para habilitarla con la apertura del postgrado en Terapia Intensiva Neonatal y Adulto para licenciados en enfermería. Sin embargo, la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica están totalmente habilitadas, Cabe destacar que los hospitales no pueden evitar la situación económica y el déficit en todo el territorio del país, donde existe un deterioro de la infraestructura por la falta de mantenimiento y/o renovación, la falta de equipos, materiales y suministros médicos que afecta la calidad de la atención que brindan a los pacientes los distintos proveedores de salud para satisfacer sus necesidades cuando acuden a los establecimientos de salud.

1.2. Propósito Para el cual fue creado el Hospital “Dr. Luis Ortega”

De acuerdo a Editorial Etecé (2021), con la palabra propósito generalmente “nos referimos al sentido o la intención con que desempeñamos alguna tarea, es decir, la finalidad con que emprendemos una acción, ya sea un trabajo, una investigación, una rutina nueva o la vida misma” (p.21). Es necesario resaltar que el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, se creó con el propósito fundamental de brindar al pueblo neoespartano y visitantes una atención que sea de nivel primario, secundario y terciario de salud, debido a que no se contaba con la presencia de un centro de asistencia que proporcionara los servicios necesarios que requería la población para promover la salud y prever las enfermedades en el usuario.

Teniendo como fin único remplazar aquellos hospitales improvisados que estuvieron destinados atender las crisis generadas por las guerras, dado este paso con la construcción de este hospital se dio un paso más hacia al futuro en cuanto al desarrollo de la salud en la región ya que con el mismo cubriría las necesidades médicas y sanitarias. Actualmente, la tarea principal de este Hospital es que su personal ejerza el compromiso de prestar sus servicios hacia la Comunidad y garantizar una efectiva atención.

1.3. Filosofía del Hospital “Dr. Luis Ortega”

La filosofía es (mejorar) Según lo planteado por Mariño (2009), “es la base de la declaración de los principios y es marco de referencia de la misión. Su manifestación se basa en la integridad ética-moral de la institución, además de su compromiso con la sociedad” (Pp.7). En el Hospital Dr. Luis Ortega el personal está comprometido con la filosofía que supone los más altos estándares de calidad en la prestación de una amplia gama de servicios de atención para las personas que requieren de asistencia médica inmediata y preventiva, no solo a los habitantes del estado Nueva Esparta sino también, a los de toda la zona Nor-Oriental del país.

Se aspira proporcionar la mejor calidad de servicios médicos, con un amplio campo de especialistas y unidades de última tecnología. El personal de manera distintiva e individualizada brinda una atención con integridad, respeto y compasión, así como el deseo de proporcionar servicios óptimos de los que los pacientes, médicos y empleados se sientan orgullosos y quieran recomendar. Esto significa que están comprometidos a ofrecer los servicios y la atención más especializada con los estándares de calidad más altos, ayudándose con los instrumentos, materiales y unidades de última tecnología. Brindando un entorno seguro y confortable propiciando así la promoción de la recuperación y el restablecimiento de la salud del paciente, también con las mejores garantías a los familiares que a su ser querido se les está atendiendo de una manera adecuada y satisfactoria.

1.4. Valores del Hospital “Dr. Luis Ortega”

Los valores según Duben (2020), son establecidos en el Hospital Dr. Luis Ortega, para mantener un ambiente de armonía, colaboración y de gran calidad humana, incrementando así el espíritu de servicio, lealtad y solidaridad en el centro asistencial, 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 del centro hospitalario.
- Excelencia para ser los mejores en todos los aspectos, con una disposición permanente hacia la mejora.
- Lealtad con el centro de atención sanitaria.
- Igualdad y no discriminación al atender las necesidades de salud sin importar la posición económica, sexo, raza o religión de los pacientes.
- Disciplina para ser más eficientes en las actividades asignadas.
- Ética profesional en el servicio prestado a los pacientes que acuden al centro hospitalario.
- Equidad de Género.
- Integridad en el trabajo. Actuando con compromiso, rectitud, honestidad, honradez y transparencia.

En el Hospital Dr. Luis Ortega se manejan un conjunto 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.

1.5. Misión del Hospital “Dr. Luis Ortega”

Rondón (2012) plantea que:

...La misión es el motivo o la razón de la existencia de la organización, lo que les da sentido y orientación a las actividades; es lo que se pretende realizar para lograr la satisfacción de los públicos objetivos, del personal, de la competencia y de la comunidad en general (p.2)

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 a residentes y visitantes del Estado Nueva Esparta, que demande los 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.

Así mismo, como valores fundamentales, la ética y la honestidad, la atención integral, diligente, oportuna y de excelencia a los pacientes, el reconocimiento a la dignidad y diversidad humana, el fomento en la calidad de vida en la educación de los profesionales de la salud y el sentido de pertenencia con apego a las normas y procedimientos.

1.6. Visión del Hospital “Dr. Luis Ortega”

Cabe destacar que, el Hospital “Dr. Luis Ortega”, debe funcionar apegado a las políticas del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), cumpliendo con los acuerdos y las actividades de asistencia médica integral y docente, mediante la aplicación 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 responda a las exigencias del entorno.

Es decir, administrando con transparencia y disponiendo de un presupuesto acorde a la planificación estratégica de los diversos Servicios de Salud Integral, los pacientes serán oportunamente atendidos por profesionales altamente capacitados. Para ello, el personal percibirá sueldos y salarios adecuados a su nivel de responsabilidad y

eficacia, contará con los recursos y el entrenamiento para mejorar el desempeño personal e institucional a fin de mantener abiertos los canales de comunicación.

1.7. Objetivos del Hospital “Dr. Luis Ortega”

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) afirma que “el objetivo de todo sistema de salud es mantener y mejorar el bienestar de la población, y el eje de todas sus políticas, programas y acciones debe estar centrada en esta” (p.1). Por lo tanto, el Hospital tipo III “Dr. Luis Ortega” es un centro de salud que presta atención y servicio gratuito a la ciudadanía del estado Nueva Esparta, en la que tiene como objetivos principales:

- ✓ Brindar servicios de salud eficientes, dignos y de calidad a la población.
- ✓ Propagar información de calidad necesaria a la población
- ✓ Calidad y eficiencia en los cuidados brindados por el personal de salud.
- ✓ Prestar de forma gratuita y obligatoria la salud al usuario.
- ✓ Ofrecer las diversas especialidades y subespecialidades clínicas y quirúrgicas de mayor demanda.
- ✓ Promoción de salud y prevención de enfermedades.
- ✓ Satisfacer las necesidades de higiene y confort en los servicios.
- ✓ Mejorar la calidad de vida del paciente.
- ✓ Respetar las normas establecidas por el MPPS.
- ✓ Ofrecer confiabilidad en el manejo de los datos del paciente.

1.8 Tipo de establecimiento de salud, de acuerdo con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)

De acuerdo a la Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nro. 32.650 – Decreto Presidencial Nro. 1.798 del 21 de enero de 1983, el Hospital Dr. Luis Ortega clasifica como un establecimiento de atención médica del sector salud tipo III, debido a que prestaba servicio en los tres niveles clínicos correspondientes: atención

primaria, secundaria y terciaria, con un área de influencia de cuatrocientos mil habitantes (400.000) y capacidad entre ciento cincuenta (150) y trescientas (300) camas.

Más recientemente, el 08 de enero del Dos mil veinte (2020), el MPPS actualiza las normas de clasificación para los centros de salud de la Red de Atención Integral del Sistema Público Nacional, mediante la Gaceta Oficial Nro. 41796, Resolución 001, Artículo Nro. 32. Específicamente, en el cuarto capítulo (IV) que abarca los artículos del 31 al 43, se habla de dos (2) tipos de clasificaciones: Hospital General y Hospital Especializado, los que, a su vez, se sub-clasifican en: Hospital General, estructurado por Hospital General Nacional, Hospital General Estatal, Hospital General Regional y Hospital General Municipal. En cuanto al Hospital Especializado, en estos se encuentra el Hospital Especializado Nacional, Hospital Especializado Estatal y Hospital Especializado Regional.

En el caso del Hospital Dr. Luis Ortega entra en la categoría de Hospital General Nacional, porque atiende a la población de uno o más estados integrantes de una región, está conectado en red con los hospitales estatales y cuenta con departamentos de Medicina Interna, Cirugía, Gineco- Obstetricia, Pediatría, Traumatología, Urología, Nefrología, Neumología, Psiquiatría, Emergencia Adulto, Emergencia Pediátrica, Emergencia Obstétrica, Quirófanos (Electivos y de Emergencia), Consultas, Servicio de Radiología que atiende 24 horas, Inmunización, Laboratorio, Banco de Sangre, Farmacia, Suministro, Comedor, Mantenimiento, entre otros departamentos que lo caracterizan. Es importante mencionar que cada departamento está conformado por un jefe y los respectivos jefes de los servicios. Esta institución también posee espacios para la función de docencia de pregrado, es sede de residencia programada de postgrado en las especialidades básicas y cumple funciones de investigación.

Es decir, Siendo este un hospital adscrito al instituto de los seguros sociales, siendo considerado un hospital tipo III, pero con las características de un hospital tipo IV de los mismos, según lo planteado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana

de Venezuela, posee las siguientes características contenidas en el artículo 13 y 37 los cuales establece que:

Artículo 13: los hospitales tipo IV tienen las siguientes características:

- Presentación médica de los tres niveles con proyección hacia un área regional.
- Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes y con área de influencia mayor al 1.000.000 de habitantes.
- Tiene más de 300 camas
- Cuenta con unidades de larga estancia y albergue de pacientes.

Artículo N° 37:

- Atiende a uno o varios municipios, y el eje geográfico del estado ofrece atención integral a la población donde se encuentra ubicado.
- Está conectado a las redes ambulatorias especializadas en las ASIC de área de influencia y con el resto de los Hospitales del estado.
- Cuenta con las especialidades de: medicina interna, médicos generales integral, pediatría y puericultura, cirugía general, traumatología y ortopédica, ginecoobstetricia y de una (1) a cuatro (4) especialidades adicionales.
- Cuentan con servicios establecidos del Hospital General Municipal y además con los servicios de: medicina crítica, servicios de apoyo diferenciados de: enfermería, trabajo social, nutrición y dietética, rea quirúrgica, bioanálisis, diálisis de emergencia, estandarizados dependiendo de las especialidades con que cuenta y otro servicio que requiere según las necesidades o demanda de la población.
- Cuenta con programas académicos igual a un Hospital General Municipal, más residentes asistenciales.

1.9 Ubicación Geográfica del Hospital “Dr. Luis Ortega”

Según significados (s.f):

...La ubicación geográfica es la situación de un lugar específico del planeta, mediante el uso de diversas herramientas como mapas, brújulas,

Nota: En la presente figura, se muestra la ubicación del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar en el Estado Nueva Esparta.

Fuente: <http://www.google.com/maps/place/hospital+dr.+Luis+Ortega/>. (2023).

1.10 Estructura Administrativa del Hospital “Dr. Luis Ortega”

Una estructura administrativa abarca el funcionamiento y la organización de cada departamento que se encuentra en una institución para que sus objetivos sean cumplidos con mayor eficacia. Por ello, Brume (2019) afirma:

La estructura organizacional es un sistema utilizado para definir una jerarquía dentro de una organización. Identifica cada puesto, su función y dónde se reporta dentro de la organización. Esta estructura se desarrolla para establecer cómo opera una organización y ayuda a lograr las metas para permitir un crecimiento futuro. La estructura se ilustra utilizando una tabla organizacional (p.8).

El Hospital Luis Ortega, es una de los centros de salud pertenecientes al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) desde el año 1991, el cual debe regirse por los decretos estipulados en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), por consiguiente, este centro debe rendirles cuenta a estas instituciones. En este sentido, la estructura administrativa y el funcionamiento, depende de una correcta y calificada Dirección General encargada de organizar, dirigir y controlar los diferentes servicios que brinda este centro de salud a la población tanto neoespartana como insular; trabaja en conjunto con un equipo interdisciplinario en el área de presupuesto, asesoría laboral, control de gestión y vigilancia, entre las que se encuentran:

1.10.1. Dirección

Representa a la autoridad superior, es el encargado de dirigir, organizar y controlar los diferentes servicios, también trabaja en conjunto con los departamentos de presupuesto y asesoría legal, se encargan del control de gestión y de la seguridad y vigilancia de la institución. De esta dependen cinco (5) subdirecciones que son:

1.10.1.1. Sub-Dirección Médica

Lleva a cabo un trabajo en conjunto con la Dirección General del hospital para la gestión clínica y asistencial de la institución, facilitando la toma de decisiones en la definición de las prioridades de las acciones de salud a ejecutar. Bajo su cargo se encuentra el área registros, nutrición y dietética, enfermería, farmacia, epidemiología y servicio social. También gestiona y coordina todos los servicios del ámbito clínico asistencial del centro de salud, entre ellos están:

- Departamento auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento, conformado por: Anatomía Patológica, Laboratorio, Anestesiología, Rehabilitación, Radiología, Hemoterapia y Servicio de Odontología.
- Servicio de Gineco-Obstetricia, conformado por: el Servicio de Ginecología y el Servicio de Obstetricia.
- Servicio de Pediatría, conformado por: Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva y Reten de Alto Riesgo.
- Medicina General.
- Servicio de Medicina, conformado por: Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina Interna, Infectología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Nefrología, Neurología, Reumatología, Neumología y Dermatología.
- Servicio de Traumatología.
- Servicio de Cirugía, conformado por: Cirugía, Urología, Cirugía Plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología y Neurocirugía.

1.10.1.2. Sub-Dirección Administrativa

Se encarga de colaborar directamente en la gestión específica del Hospital, mediante la elaboración y propuesta de los programas relacionados con materias presupuestarias, inversiones, abastecimiento, logística y uso de tecnologías de información de acuerdo con las políticas, planes, programas y normas aprobadas, con

el objetivo de prestar apoyo a la gestión técnica y asistencial del establecimiento. Bajo su cargo se encuentra el área de caja, reproducción, contabilidad, bienes nacionales, compras y suministros.

1.10.1.3. Sub-Dirección de Recursos Humanos

Es responsable del desarrollo eficaz y mejoramiento continuo de los procesos asociados al ciclo laboral con el objeto de contribuir a la motivación del personal. Ejecuta la gestión de la información propia del área de las personas, y del monitoreo de aspectos presupuestarios, en conjunto a la Sub-Dirección Administrativa. También debe velar por todos aquellos procesos asociados al desarrollo de las personas que laboran en el centro de salud, permitiendo generar diversos planes de mejoramiento en materias de gestión de personas, a fin de contribuir al desarrollo y retención del capital humano. Bajo su cargo se encuentra el área de sección de pagos, verificación y archivos.

1.10.1.4. Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento

Se encarga de proporcionar de forma oportuna y eficientemente servicios en materia de mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones, así como la contratación de la obra pública necesaria para el fortalecimiento y desarrollo de las instalaciones físicas del centro de salud. Bajo su cargo se encuentra el área mantenimiento de equipos e instalaciones médicas y servicios generales.

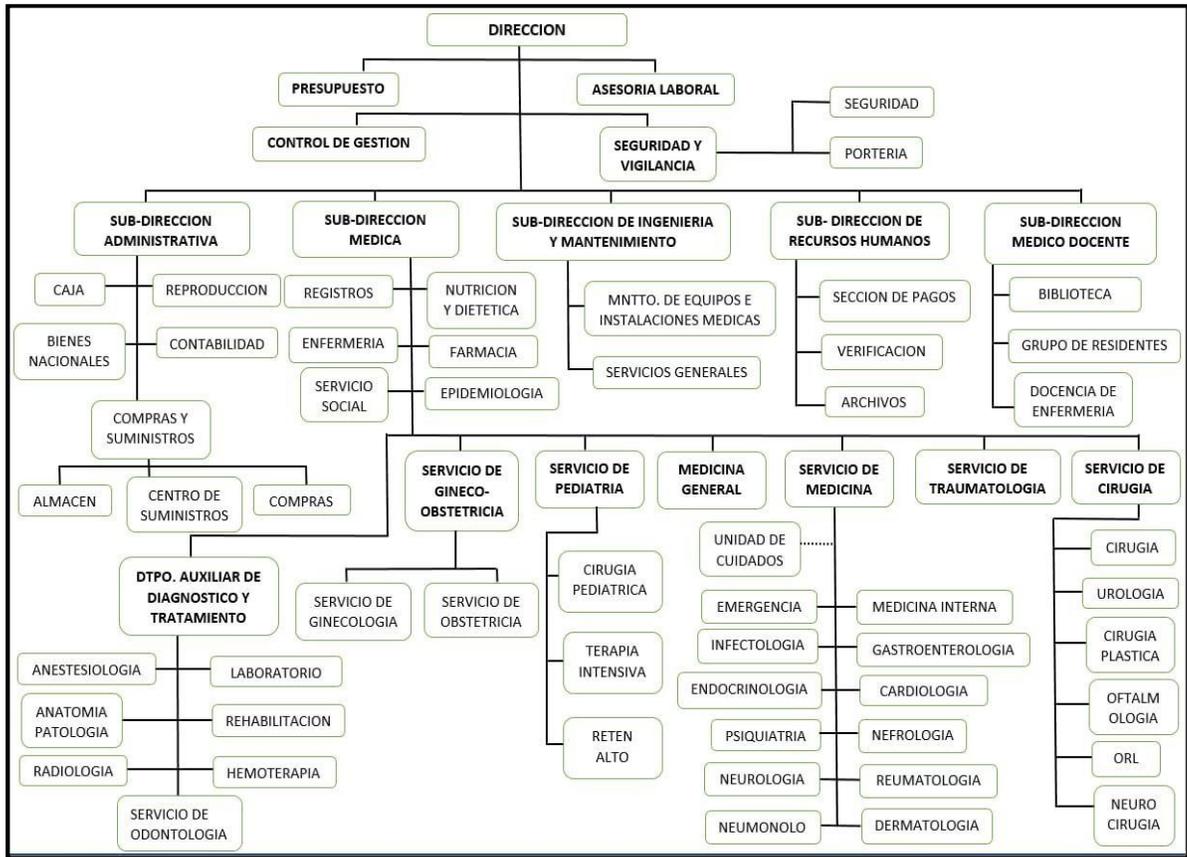
1.10.1.5. Sub-Dirección Médico Docente

Se encargan de diseñar, planificar, ejecutar y evaluar las diferentes actividades académicas de cada servicio, así como de mantener relaciones interdisciplinarias y fomentar las actividades de investigación. Como actividad académico-asistencial ayuda a la capacitación de estudiantes de los últimos años de Medicina y Enfermería de diversas Universidades, entre ellas: la Universidad Central de Venezuela (UCV),

Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG), Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS) y la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA). También cumple con funciones docente-investigativas en pro del desarrollo y avance educativo de la institución. Bajo su cargo se encuentra el área de biblioteca, los grupos de residentes y la docencia de enfermería.

El Hospital tipo III Dr. “Luis Ortega” de Porlamar, posee una estructura administrativa definida de manera precisa, con el firme objetivo de delegar funciones a las diferentes subdirecciones, áreas, servicios y unidades que lo conforman con el firme objetivo de lograr satisfacer cabalmente la demanda y buen funcionamiento de este centro hospitalario. (ver Figura N°2)

FIGURA N°2
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL “DR. LUIS ORTEGA”



Nota: En la Figura se muestra el organigrama de la institución hospitalaria “Dr. Luis Ortega”

Fuente Digital: Biblioteca Dr. Miguel Salazar del Hospital Dr. Luis Ortega (2023).

1.11. Operatividad de la Jefatura de Enfermería del Hospital “Dr. Luis Ortega”

La Jefatura de Enfermería del Hospital “Dr. Luis Ortega es la estructura organizativa, depende de la Subdirección Medica y tiene la responsabilidad de administrar a todo el personal enfermero de la institución en sus diferentes servicios. Está integrado por todo el personal de enfermería tanto licenciados (as), técnico superior universitario y auxiliar; que colabora con la administración hospitalaria y dirige sus propias funciones trabajando en conjunto con otros servicios del hospital para mejorar la calidad en la atención de los usuarios. Por medio de la estructura organizacional de enfermería, se obtiene el control de los diferentes servicios, en los que se desenvuelve el personal de enfermería, logrando así, una atención de calidad,

respondiendo de manera eficiente, a las necesidades de los usuarios que acude al Hospital “Dr. Luis Ortega”. Los cargos designados en el departamento son los siguientes:

1.11.1. Jefe (a) de Enfermería

Se encarga de planear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los centros de salud.

1.11.2. Secretaria

Lleva a cabo todas las funciones relacionadas con registros de asistencia, horario y planificación de actividades.

1.11.3. Enfermera Adjunta Administrativo

Administra la plantilla del personal de enfermería del Hospital Luis Ortega, realiza seguimientos a las actividades del cuidado de pacientes, la administración de medicamentos y equipos que maneja el personal, así como coordinar los procesos administrativos trabajando de la mano con recursos humanos.

1.11.4. Enfermera (o) Adjunta (o) Asistencial

Se encarga de la dirección supervisión del grupo enfermero que atiende de forma directa a los pacientes.

1.11.5. Enfermera (o) Adjunta (o) Docente

Se encarga de planificación, organización, supervisión y ejecución y de las actividades docentes que se llevan a cabo en la institución a nivel de licenciatura y técnico superior universitario.

1.11.6. Enfermeras (os) Supervisoras (es)

Se encargan de realizar evaluaciones exhaustivas relacionadas con el desenvolvimiento del personal en las diferentes áreas, inspeccionar el correcto funcionamiento de los equipos y asegurar el abastecimiento de insumos necesario.

1.11.7. Enfermeras (os) Coordinadoras (es)

Se encarga de ejecutar tareas y planificar en conjunto al personal enfermero actividades relacionadas con a la atención del paciente. También evalúa y orienta en cuanto a la atención del usuario al personal del área, al nuevo empleado y al pasante de enfermería.

1.11.8. Enfermeras (os) asistenciales (IV, III, II, I)

Es un grupo de enfermeros distribuidos en los diferentes servicios, encargados de la atención humanizada de los pacientes que asisten al centro de salud, proporcionando la promoción, prevención, recuperación y recuperación de la salud de la población.

1.11.9. Auxiliar de Enfermería

Asiste al equipo enfermero del servicio en la atención básica de los pacientes.

1.11.10. Camilleros

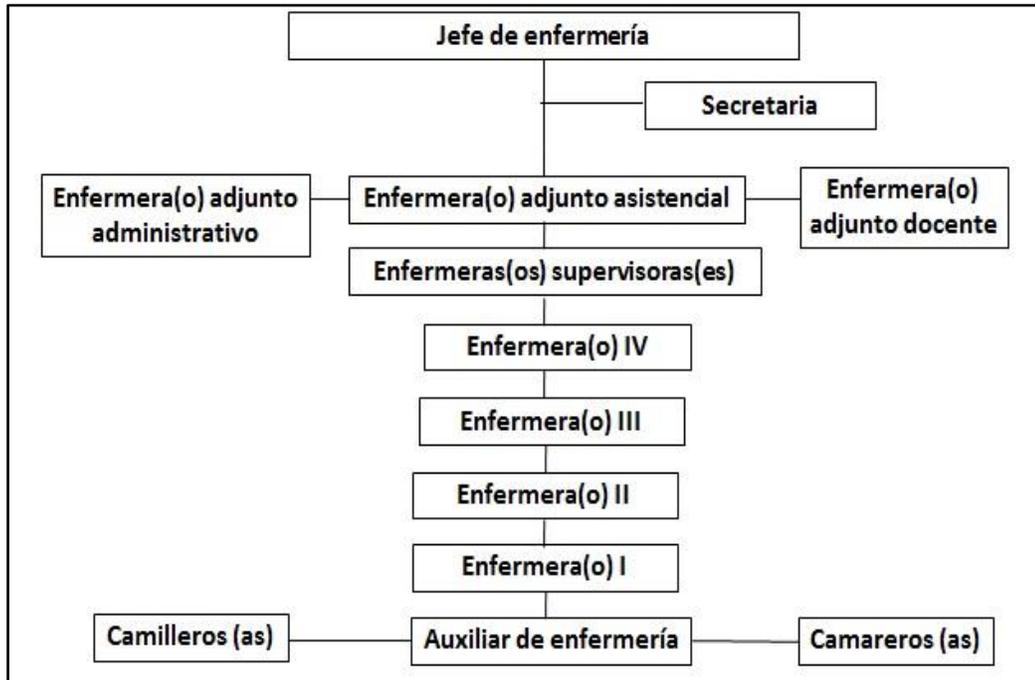
Se encargan del traslado y movilización de los pacientes por las diferentes áreas del centro de salud.

1.11.11. Camareras

Tiene como función principal garantizar la limpieza de las diferentes áreas del hospital, así como ordenar, cuidar y mantener en perfecto estado los equipamientos.

Cabe señalar, que a través del sistema organizacional de enfermería se obtiene una oportuna y mejorada dirección, así como control en los diferentes servicios que ofrece el personal enfermero, consiguiendo una atención integral especializada que responde de manera eficiente a las necesidades de la población que acude al Hospital Dr. “Luis Ortega”. (ver figura N°3)

FIGURA N° 3
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA JEFATURA DE ENFERMERIA
EL HOSPITAL TIPO III DR. “LUIS ORTEGA”



Nota: El presente organigrama muestra la distribución del personal de Enfermería del Hospital “Dr. Luis Ortega”.

Fuente Digital: Biblioteca Dr. Miguel Salazar Hospital “Dr. Luis Ortega” de Porlamar (2023).

1.12. Aproximación Diagnóstica del Hospital “Dr. Luis Ortega”

Rinaudo. (2017) en su anuario de investigaciones; explica que la aproximación diagnóstica:

...Es una herramienta que nos permite acercarnos a los saberes de la comunidad desde la voz directa de sus miembros, saber que es construido y reconstruido en lo colectivo con la participación de las distintas voces comunitarias, quienes enuncian desde su cotidianidad en su aquí y ahora, para el acercamiento a las comunidades con las cuales trabajamos, el cual nos permite acercarnos desde las voces propias de los miembros de la comunidad y producción de conocimientos (p.267).

En el caso del Hospital “Dr. Luis Ortega”, se realizó una encuesta como técnica de investigación estructurada por siete (7) preguntas, con el objetivo de presentar una aproximación diagnóstica sobre el centro hospitalario para la captación de las

necesidades presentes, desde la perspectiva del personal de enfermería que actualmente laboran en la institución y ejercen su función en el servicio de Emergencia en el turno de 7:00 am a 1:00 pm., a los cuales se le realizaron las siguientes preguntas que se describirán a continuación:

¿Considera usted que el Hospital Dr. Luis Ortega cumple con el mantenimiento en los equipos mobiliarios e inmobiliarios dentro de la emergencia?

_____ Acta _____ Regularmente _____ Pocas veces _____ Nunca

¿Cómo considera usted que se encuentra el servicio de emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega?

_____ Acta _____ Regular _____ Deterioro

¿Considera usted que el servicio de Hospitalización de la emergencia se encuentra aptas para la estadía de pacientes?

_____ Si _____ No

¿Usted cree que el Hospital Dr. Luis Ortega Cuenta con médicos especialistas aptos para cubrir las demandas de los diferentes servicios de emergencia?

_____ Si cuenta _____ No cuenta

Según su criterio; ¿el servicio de emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega cuenta con un personal de seguridad capacitado para la protección de los pacientes y personal residente?

_____ Si cuenta _____ No cuenta

De acuerdo a su opinión ¿el Hospital Dr. Luis Ortega cuenta con los recursos (material y humano) necesarios para mantener operativo el servicio de emergencia?

_____: Siempre _____ Casi siempre _____ Pocas veces _____ Nunca

¿Cómo evalúa usted la cantidad de personal de limpieza en el servicio de emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega?

_____ Suficiente _____ Mediamente suficiente _____ Insuficiente

1.12.1. Análisis e Interpretación De Los Resultados

De acuerdo con García (2011), una encuesta es una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

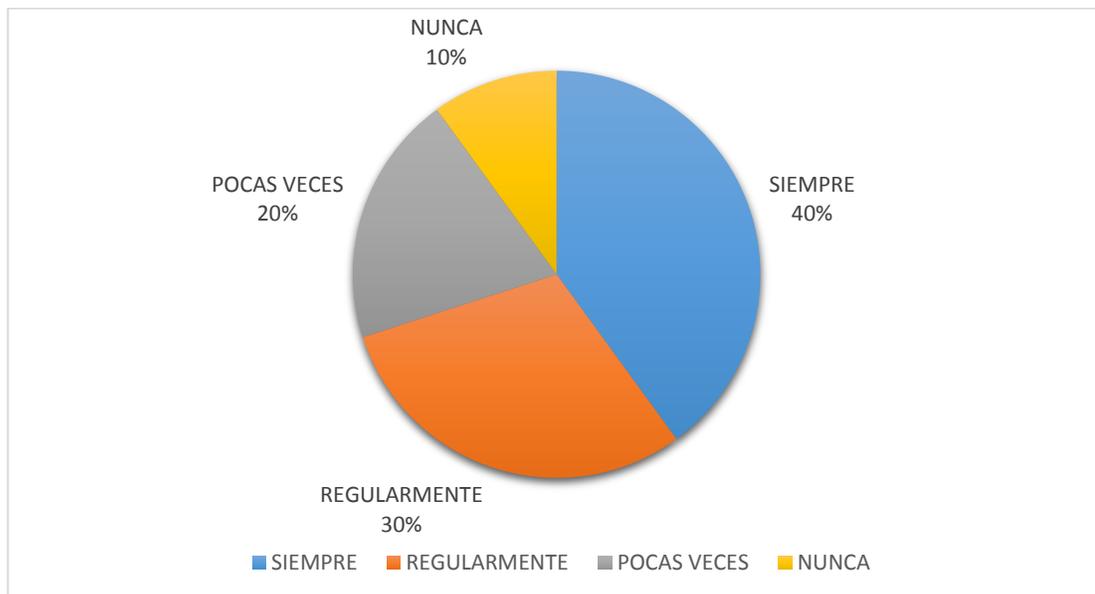
Por consiguiente, se procedió a la aplicación de la encuesta dirigida al personal de enfermería, con el objetivo de obtener una aproximación diagnóstica sobre las necesidades presentes, desde la perspectiva del personal de enfermería que labora en el área de emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega.” en el turno de 7:00 am a 1:00 pm. Por consiguiente, las respuestas de estas encuestas realizada a la muestra conformada por diez (10) enfermeros del área de emergencia serán representadas mediante gráficos circulares con los resultados en valores porcentuales.

Cuadro N°1. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si usted considera que el Hospital “Dr. Luis Ortega” cumple con el mantenimiento en los equipos mobiliarios e inmobiliarios dentro de la emergencia

ITEMS	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Siempre	4	40%
Regularmente	3	30%
Pocas Veces	2	20%
Nunca	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 1 sobre si usted considera que el Hospital “Dr. Luis Ortega” cumple con el mantenimiento en los equipos mobiliarios e inmobiliarios dentro de la emergencia



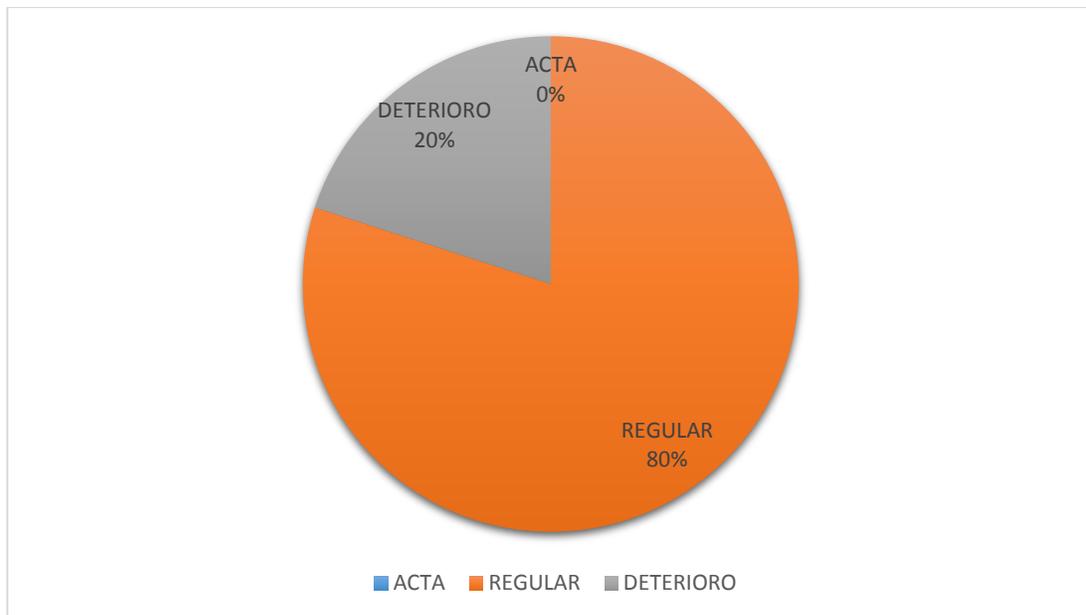
Análisis: De acuerdo a los resultados, se obtuvo que del total de los encuestados, el 40% indico que el Hospital “Dr. Luis Ortega” siempre cumple con el mantenimiento de los equipos mobiliarios e inmobiliarios del servicio de emergencia, mientras que el porcentaje restante de los encuestados manifestaron que: un 30% se encuentra regularmente, un 20% que pocas veces se realiza el mantenimiento a los equipos y un 10% indico que nunca se cumple con el mantenimiento de los equipos; por consiguiente, se puede decir, que de acuerdo al mayor porcentaje obtenido, se indica que los equipos del servicio de emergencia reciben siempre el mantenimiento adecuado para su buen funcionamiento y utilidad.

Cuadro N° 2. Distribución Absoluta y Porcentual de cómo considera usted que se encuentra el servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega”.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Acta	0	0%
Regular	8	80%
Deterioro	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 2. ¿Cómo considera usted que se encuentra el Servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis ortega”?



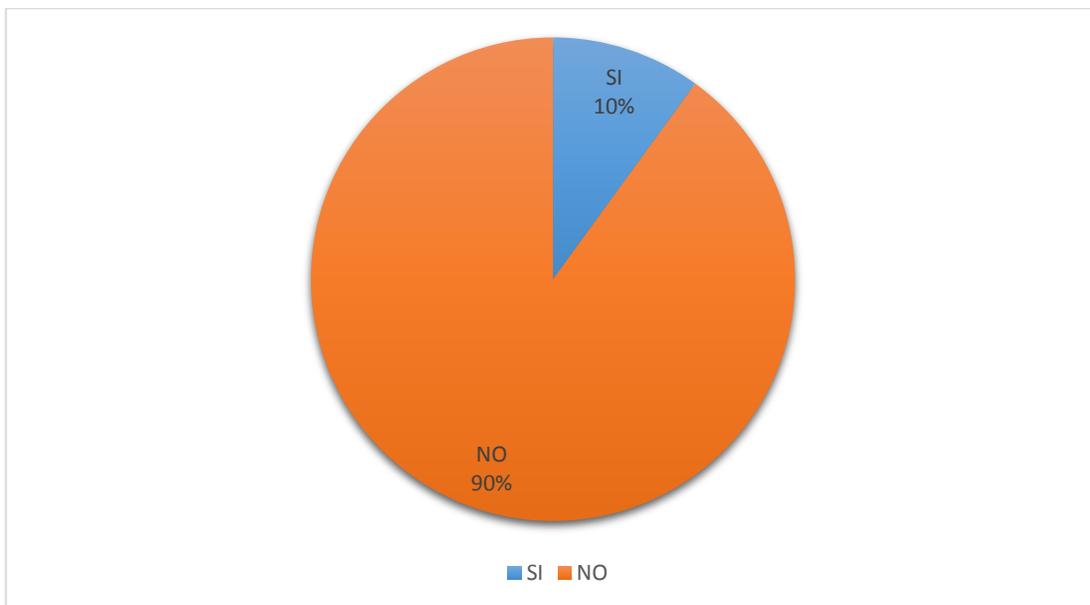
Análisis: Entre la población encuestada en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega”, a través de esta pregunta el 80% de los encuestados indicaron que el servicio de Emergencia se encuentra regularmente acta para la atención de los pacientes que ingresan al centro hospitalario para recibir atención medico asistencial. mientras que el 20 % indico que se encuentra en estado de deterioro para la atención de los pacientes que llegan al servicio con algún trauma o patología.

Cuadro N°3. Distribución Absoluta y Porcentual sobre como considera usted que los servicios de Hospitalización de la Emergencia se encuentran actas para la estadía de paciente.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Si	1	10%
No	9	90%
TOTAL	10	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N° 3 ¿Considera usted que el servicio de Hospitalización de la Emergencia se encuentran actas para la estadía de paciente?



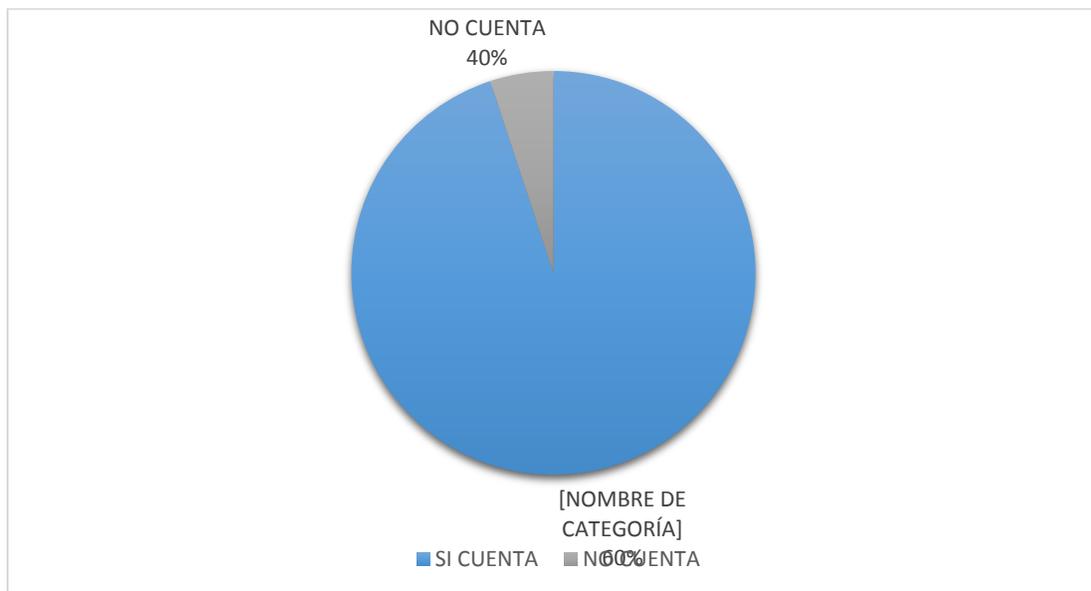
Análisis: Según la distribución absoluta y porcentual reflejada en la gráfica, se pudo evidenciar que un 90% considero que el servicio de Hospitalización de la Emergencia se encuentra actas para la estadía de paciente, mientras que un 10% indico que no se encuentran actas para disponer una sala de hospitalización destinada a pacientes cuya situación vital sea delicada o inestable para una estadía prolongada.

Cuadro N°4 Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con médicos especialistas aptos para cubrir la demanda en los diferentes servicios de emergencia.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
No Cuenta	4	40%
Si Cuenta	6	60%
TOTAL	10	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°4 ¿Usted cree que el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con médicos especialistas aptos para cubrir la demanda en los diferentes servicios de emergencia?



Análisis: Según los datos e indicadores reflejados en la gráfica, se obtuvo que el 60% de los enfermeros del servicio de emergencia consideran que el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con especialistas aptos para cubrir la demanda en el servicio de emergencia, sin embargo, el 40% de los enfermeros encuestados manifestaron que no tienen el personal capacitado para cubrir con la demanda de emergencias que llegan a diario al centro hospitalario y que requieren de un personal especialista. Lo que se pudo evidenciar de acuerdo a los criterios de valoración; el personal considera que si cuentan con el equipo médico apto para cubrir la demanda en las diferentes especialidades; desmintiendo así que el hospital tiene escasos recursos humano (médicos especialistas) motivado a las diversas renuncias de especialistas dentro de

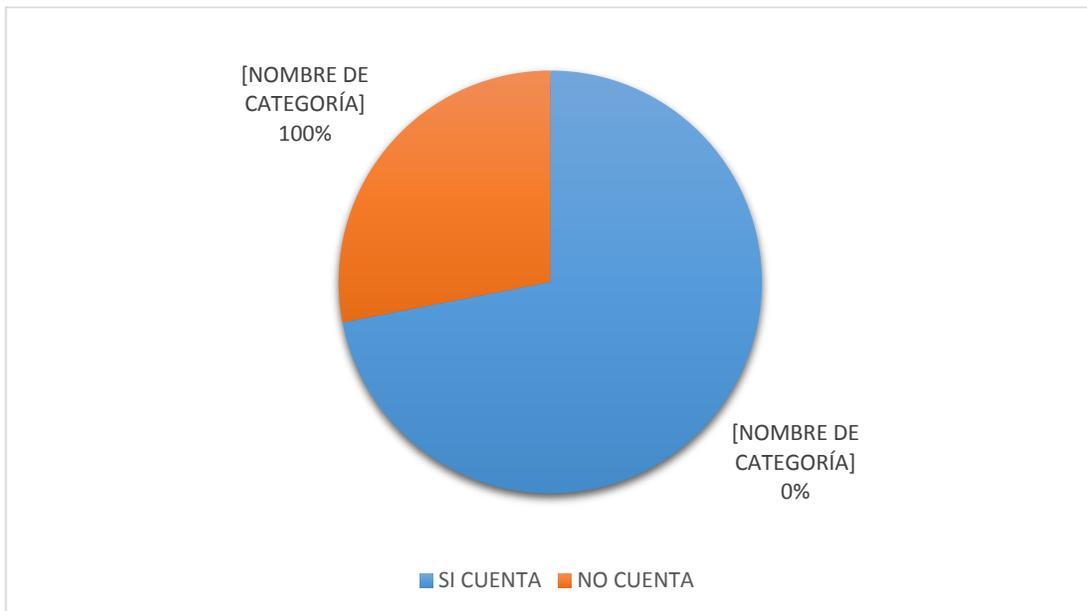
los diferentes servicios y que este puede cubrir con las necesidades de asistencia médica en el estado.

Cuadro N°5 Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con un personal de seguridad capacitado para la protección de los pacientes y personal residente.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Si Cuenta	0	0%
No Cuenta	10	100%
TOTAL	10	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°5 Según su criterio; el servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con un personal de seguridad capacitado para la protección de los pacientes y personal residente.



Análisis: De acuerdo a la encuesta realizada con relación al personal de seguridad capacitado para la protección de los pacientes y personal residente, se pudo observar que el 100% de los encuestados manifestaron que se encuentran desprotegidos tras no contar con un personal capacitado para salvaguardar la vida y seguridad de los pacientes y personal médico y asistencial que labora en el hospital “ Dr. Luis Ortega”, causando inseguridad y miedo en el personal y pacientes que laboran y residen dentro

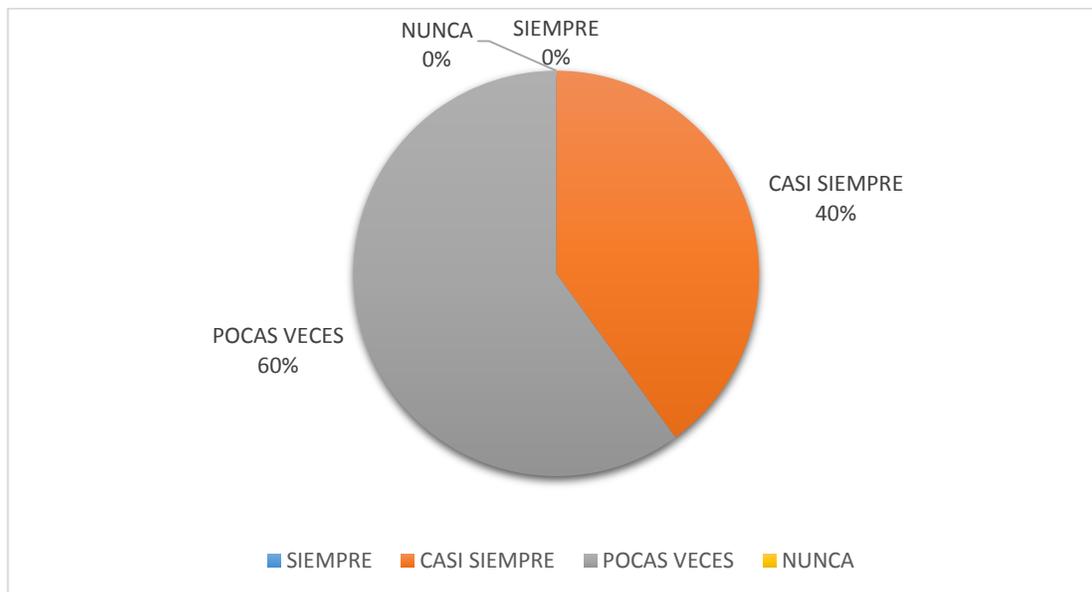
del centro hospitalario, por ende exigen al mismo que este cuente con un programa de capacitación o personal adecuado para la protección de todos.

Cuadro N°6. De acuerdo a su opinión, ¿el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con los recursos (material y humano) necesarios para mantener operativo el servicio de Emergencia?

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Siempre	0	0%
Casi Siempre	4	40%
Pocas Veces	6	60%
Nunca	0	0%
TOTAL	10	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°6. De acuerdo a su opinión, ¿el Hospital “Dr. Luis Ortega” cuenta con los recursos (material y humano) necesarios para mantener operativo el servicio de Emergencia?



Análisis: De acuerdo a la obtención y recopilación de datos a través del instrumento empleado se pudo observar que un 60% de los encuestados manifestaron que el Hospital “Dr. Luis Ortega” pocas veces cuentan con los recursos (material y humano) necesarios para mantener operativo el servicio de Emergencia, mientras que

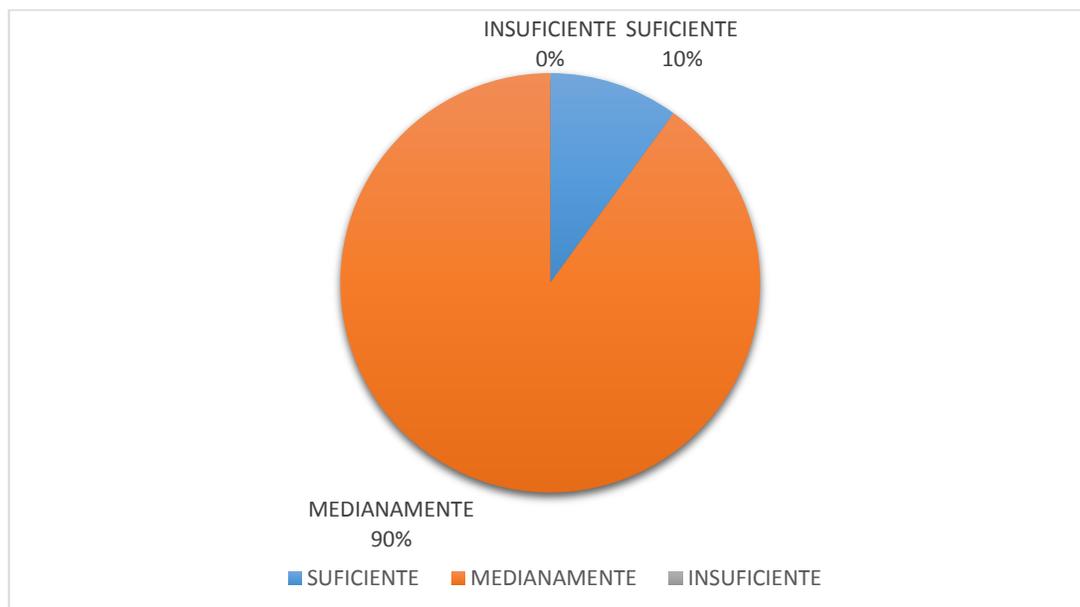
el 40% indico que casi siempre cuentan con insumos médicos para cubrir la demanda asistencial y mantener operativo el servicio de emergencia.

Cuadro N°7. Distribución Absoluta y Porcentual de cómo evalúa usted la cantidad de personal de limpieza en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega”.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Suficiente	0	0%
Medianamente	9	90%
Insuficiente	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°7. ¿Cómo evalúa usted la cantidad de personal de limpieza en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Luis Ortega”?



Análisis: Según la opinión emitida por el personal encuestado se puede decir que un 90% considera que el hospital “Dr. Luis Ortega” medianamente cuenta con un personal de limpieza completo para mantener en óptimas condiciones de salubridad el servicio de emergencia, por otra parte, un 10% indico que es insuficiente el personal para mantener el servicio de emergencia limpia y en óptimas condiciones para el uso de los pacientes y personal médico asistencial.

CAPITULO II

UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIALISIS “DR. EDGAR MOGLIA” ASPECTOS HISTORICOS Y DESCRIPTIVOS

En el presente capitulo se describe la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia,” siendo esta la unidad donde se llevaron a cabo las prácticas profesionales y se hizo la selección del caso objeto de estudio, se tendrá en cuenta su reseña historia, misión, visión, objetivos, estructura organizativa, infraestructura física, las funciones y actividades del personal de enfermería.

2.1 Reseña Histórica

La reseña histórica de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, se desarrolló tomando como referencia la cartelera informativa ubicada en la oficina del coordinador de la unidad. De acuerdo con esta, la unidad de diálisis en el estado Nueva Esparta, comienza con la llegada del doctor José B. Carvajal Bruzual y su integración en el centro hospitalario Doctor Luis Ortega de Porlamar, en mayo de 1985, siendo el primer médico nefrólogo en incorporarse al personal médico de la institución AD-Honorem, con la autorización de la Dirección Médica en la persona del Dr. Pedro Sanabria y la Jefatura del Servicio de Medicina Interna en la persona del 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 e Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en los estadios V/V con hemodiálisis, en el cuarto piso frente a la coordinación de Medicina interna, contando con las profesionales Nidia de Franco, María Castillo, Mónica Córdoba, Asalia Caracas como enfermeras, siendo estas las primeras enfermeras en recibir capacitación y

adiestramiento en el Hospital Universitario Dr. Patricio Alcalá de la Ciudad de Cumana en el Estado Sucre. 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, el Fondo para el Desarrollo de Nueva Esparta (FONDENE), Centro Nacional de diálisis, MSAS de esa época, la Dirección de Salud del estado Nueva Esparta, el Rotary Club entre otros.

Las primeras máquinas que llegaron al hospital Central Dr. Luis Ortega fueron dos (2) de Recirculación Sistémica Permanente (RSP), para diálisis, éstas se adquirieron con los recaudos del primer radio maratón, realizado en el estacionamiento de los médicos de la institución hospitalaria que tenía como eslogan “un Riñón Artificial para el Hospital Luis Ortega”, en el mes de agosto de 1985, teniendo como organizadores al club de los 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 del Club de 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, Médico Nefrólogo en representación del hospital, en el mes de diciembre de 1985.

En 1993 en la Dirección del hospital Dr. Luis Ortega, del Dr. Rojas Salazar por decisión de la comisión técnica de esa época, decidieron asignarle como nombre eponímico el de “Dr. José B Carvajal Bruzual” a la Unidad de Diálisis que está ubicada en el cuarto piso de la institución hospitalaria nombre que llevó durante catorce (14) años hasta el 21 de septiembre del 2007, cuando fue inaugurado la nueva unidad de hemodiálisis y se cambió el nombre al de Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. Esta unidad Tiene una capacidad de veintinueve (29) estaciones donde se ubican veintinueve (29) máquinas de Hemodiálisis de la marca Nipro Corporation Modelo Surdial II de tercera generación, dividido en un área de veintiséis (26) máquinas destinadas a pacientes con serología negativa a hepatitis B, hepatitis C y

VIH, y un área que cuenta con tres (3) máquinas de hemodiálisis a pacientes con serología positiva de hepatitis B, C y VIH.

Así como también, 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 de psicología clínica, una (1) área para trabajo social, una (1) área de registros médicos, una (1) área para coordinación de enfermería de la unidad, una (1) área de administración (secretaria), una (1) área para Director médico o coordinador de la Unidad, una (1) sala de reunión, una (1) sala de discusión de casos clínicos y de docencia, una (1) área de recepción, una (1) área de banco de oxígeno y de la bomba de vacío, un (1) depósito general para almacenar el material de diálisis, un (1) baños para el personal, (1) baños para los pacientes, un (1) depósito de agua de setenta y cinco (75) litros y una planta eléctrica de emergencia.

Actualmente en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, en el año (2019) Se inicio por parte de la docencia médica, El Dr. Carvajal como el dictador del postgrado de nefrología, para los licenciados de enfermería, Posterior a eso, en dicha unidad se llevó a cabo las pasantías de los curso especial de grado de Nefrología de los estudiantes de la universidad de Oriente (UDONE) , siendo este el tutor académico el Lic. Jaime Hernández , teniendo en cuenta como objetivo poder optar por profesionalismo satisfactoria en lo que es los cuidados a los pacientes renales.

2.2 Importancia y Justificación

La importancia y justificación de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” se ubica en la satisfacción de la necesidad de brindar cuidados y atención integral a aquellas personas que requieran de tratamientos dialíticos, debido a que sus riñones han perdido la mayoría de su capacidad para funcionar, por tal motivo reciben tratamiento que sustituirá las funciones de los riñones de manera

prolongada. Los cuidados brindados en esta unidad no tienen ningún costo para aquellas personas que lo requieran.

Se puede destacar, que en esta unidad se atienden pacientes de todo el nororiente del país, además de cualquier otro visitante que lo requiera. Dando su importancia al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes renales, que requieren de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien sea hemodiálisis o diálisis peritoneal, de una manera oportuna y de excelente calidad en el servicio prestado, así como en la formación a ellos y sus familiares en temas asistenciales.

2.3 Ubicación y Descripción

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 la Calle Milano y en sus adyacencias se encuentra la Unidad Terapéutica Oncológica “Dr. Modesto Rivero González”; al Oeste con la Av. Llano Adentro; al Este la Calle San Rafael; al Sur con la Av. 4 de mayo y a su alrededor se encuentra “Funda farmacia Porlamar” (Ver figura 4).

FIGURA N° 4
UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE
HEMODIALISIS “DR. EDGAR MOGLIA”



Nota: En la presente figura, se muestra la ubicación de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Modglia” de Porlamar en el Estado Nueva Esparta.

Fuente:[https://www.google.com/maps/place/UNIDAD+DE+DIALISIS+I.V.S.S,+PORLAMAR/@\(2023\)](https://www.google.com/maps/place/UNIDAD+DE+DIALISIS+I.V.S.S,+PORLAMAR/@(2023))

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Modglia” se puede describir estructuralmente de la siguiente manera contando con los siguientes espacios:

- Una (1) Sala de espera; donde los pacientes esperan su turno de entrada, y los acompañantes esperan la salida de su familiar. En la misma se encuentra una recepción y un baño para pacientes y familiares.
- Consultorio uno (1), para realizar las consultas de nefrología.
- Consultorio (2); donde se realizan las consultas de nefrología a los pacientes que se encuentran optando a la colocación de un acceso vascular.
- Sala de Hemodiálisis Negativa; En esta área se realiza la hemodiálisis a los pacientes negativos a las serologías de Hepatitis B, C, y VIH. Dentro de esta área se encuentra una (1) balanza clínica para el control de peso corporal pre y post hemodiálisis de cada paciente, veintiséis (26) sillones, además de dos (2) camas y veintiséis (26) máquinas para hemodiálisis, de las cuales siete (7) están dañadas.
- Sala de Hemodiálisis Positiva; En esta sala es donde se realiza la hemodiálisis para aquellos pacientes con serologías positiva para Hepatitis B, C y VIH. Esta sala dispone de dos (2) sillones, una (1) camilla y (3) tres máquinas para el tratamiento de hemodiálisis una para cada serología.
- Sala de Diálisis Peritoneal; En este espacio se ubican los pacientes con tubo peritoneal para cumplir con el tratamiento de diálisis peritoneal.
- Oficina del jefe de la Unidad; Espacio en el cual se ubica la coordinación médica.
- Oficina de la Coordinadora de Enfermería Unidad de Diálisis; donde se ubica la coordinación de enfermería.
- Oficina de Administración; lugar donde se encuentra la secretaria del servicio y la asistencia administrativa.
- Oficina de Historias médicas; Espacio donde se lleva el control de los pacientes con tratamiento de diálisis, así como también reposa toda la papelería de la unidad.
- Oficina de Trabajo Social; Área donde se realiza todas las gestiones sociales relacionadas a los pacientes que reciben tratamiento de diálisis.

- Sala de osmosis; Sitio donde se prepara el agua para el tratamiento de hemodiálisis la cual cuenta con filtros de carbón activado, filtros de piedra, filtros de resina, filtros de sal, osmosis inversa y luz ultravioleta.
- Un (1) Cuarto de Descanso; Destinado para el personal de enfermería y camareras, así como también se encuentra ubicados los lockers del personal antes mencionado.
- Área quirúrgica; Actualmente habilitada.
- Un (1) Baño para pacientes
- Un (1) Baño del personal
- Un (1) Deposito; Lugar donde se almacena el material, correspondiente a las diferentes modalidades de diálisis.
- Un (1) Cuarto de hidroneumático; en el que se encuentran las bombas que envían el agua al sistema de máquinas para la preparación de las mismas.
- Cuarto de planta eléctrica, encargada de suministrar energía eléctrica, en casos de fallas con el sistema de electricidad.
- Banco de Oxígeno; encargado de enviar oxígeno a las tomas que se encuentran en las paredes de las diferentes salas de diálisis. Es importante mencionar que este banco actualmente se encuentra inhabilitado.

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” ofrece un horario de 7:00 am a 7:00pm, de lunes a sábados y en ocasiones los domingos. En el cual se atienden pacientes en tres (3) turnos interdiarias, de tres (3) horas en cada sesión para la aplicación de tratamiento sustitutivo renal: El primer turno de siete (7:00) am a once (11:00) am, otro de once (11:00) am a tres (3:00) pm, y el ultimo de tres (3:00) pm a seis (7:00) pm; De esta manera, son atendidos ciento cuarenta y siete (147) pacientes, divididos en dos grupos: primer grupo son atendidos los días (lunes, miércoles y viernes) y el segundo grupo los días (martes, jueves y sábado),

respectivamente atendiendo los pacientes en modalidad de hemodiálisis y dos (2) en diálisis peritoneal.

2.4 Talento Humano

Los recursos o talentos humanos se encuentran ligados a la organización, para planificar, organizar, formar, evaluar, promover, desarrollar la seguridad en la salud y en el entorno laboral, teniendo en cuenta que La Unidad de Hemodiálisis depende directamente del servicio de Medicina Interna, por no existir en la institución hospitalaria, el servicio de nefrología, y está integrado por un personal calificado y con gran talento humano estructurándose de la siguiente manera:

- Un (1) Coordinadora de la Unidad de Hemodiálisis:

Dra. Andcari Caraballo.

- Un Coordinador de postgrado adjunto a la unidad.

- Dr. Neris Antonio Mora.

- Seis (6) Médicos Nefrólogos adjunto conformado por:

Dra. Raquel Valera

Dra. Eugenia Arismendi

Dra. Roseny González

Dra. Ruth Álvarez.

- Tres (3) Residente de 1 año en nefrología:

Dr. Luicelia Rosas

Dr. Carmen Esparragoza

Dr. Luisa Fernández

- Dos (2) Enfermeros residente de postgrado enfermería nefrológica

Lcdo. Jaime Hernández

Lcda. María Sánchez

- Un (1) Coordinadora de Enfermería:

T.S.U. Zulay Antón

La unidad de hemodiálisis está conformada por un Equipo de Enfermeros (as) integrado por veintinueve (28) enfermeros (as) distribuidos en 3 (tres) turnos:

Turno de la mañana (7am a 1pm), el cual está dividido en grupo A y B debido al plan de contingencia que aún mantienen:

Grupo A

- Lcda. Sandra Brito. (Líder del Grupo)
- Lcda. Rossana Malaver.
- Lcda. Francelys Subero.
- Lcda. Carmen Escalona
- Lcda. María Lugo.
- T.S.U. Yosman Rodríguez.

Grupo B

- Lcda. Idalxis González. (Líder del Grupo)
- Lcda. Mili Goatache.
- Lcda. Marleibis Suarez.
- Lcda. Nolfred Rosas.
- Lcda. Geraldine Rodríguez.
- Lcda. Rosannys Gómez

Turno de la tarde (1pm a 7pm), el cual está dividido en grupo A y B debido al plan de contingencia que aún mantienen:

Grupo A

- T.S.U Zulay Antón. (Líder del Grupo)
- Lcda. Yajaira Coronado.
- Lcda. Euzorigel Gómez.
- Lcda. Yarelis Rodríguez

- Lcda. Aurelis Carreño.
- Lcda. Olyandris Rodríguez.
- T.S.U Beatriz García.

Grupo B

- Lcda. Lucrecia Luna. (Líder del Grupo)
- Lcdo. Eligio Guevara.
- Lcda. Yosmerlis Rodríguez.
- T.S.U Luzbelis Cedeño.
- T.S.U Mariantonieta Villarroel

Turno de la noche (7 pm a 7 am) comprendido por:

- Lcda. Sughey Torres.
- Lcda. Jorgelis Pérez.

- Un (1) Portero del turno de la tarde:

Sr. Juan Marval

- Dos (2) camareras del turno de la tarde:

Sra. Petra Lunar.

Sra. Haidé Cortez

- Dos (2) Aseadores

Sr. Richard Ortiz

Sr. Félix

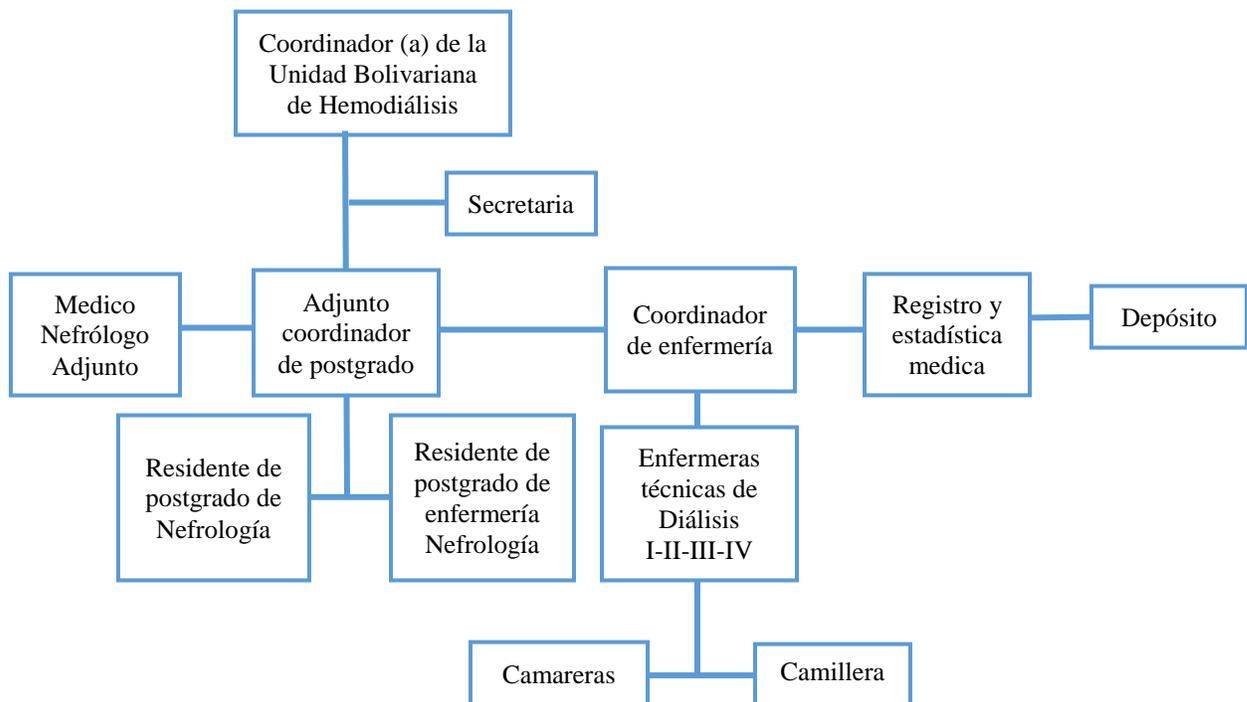
- Una (1) secretaria turno 7am. 1 pm:

Sra. Ysolina

- Una (1) Técnico en Registro y Estadística Medica:

Sra. Luisaidys

FIGURA N° 5
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE
HEMODIÁLISIS “DR. EDGAR MOGLIA”



Fuente: Elaboración propia

2.5 Misión de la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” tiene como misión brindar cuidados médicos y de enfermería integrales y personalizados proporcionando servicios de cuidados de salud para mejoramiento de los niveles de salud, previniendo riesgos, recuperando la salud y rehabilitando las capacidades de nuestros usuarios en condiciones de plena accesibilidad, eficiencia, universalidad y eficacia del servicio con medios tecnológicos avanzados.

2.6 Visión de la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”

La visión de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” es establecer un modelo de cuidado y rehabilitaciones oportunas y adecuadas durante las secciones de diálisis, con un trato humanizado donde el usuario, cliente, 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.

2.7 Objetivo de la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” tiene entre los sus objetivos generales los siguientes: Mejorar la calidad de cuidados médicos y de enfermería a la población de pacientes con deterioro de la función renal de la zona nororiental y turistas que nos visitan de otras partes de Venezuela y el mundo; así como también, Capacitar a través de la docencia a personal médico y de enfermería en la prevención de las enfermedades que afectan la funcionabilidad de los riñones, y en la atención del paciente en diálisis; Establecer estrategias de prevención, detección temprana, e intervención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la población de riesgo brindando un tratamiento oportuno para prevenir o retrasar las complicaciones de la ERC, enlentecer su progresión y reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular

asociada. Educar a la comunidad en general para evitar los factores de riesgo de la enfermedad renal y finalmente, ofrecer tratamiento de sustitución renal adecuado a los pacientes de la unidad en general.

Teniendo así, como objetivos específicos los siguientes:

- Brindar una atención optima al individuo que requiere de los cuidados de esta unidad.
- Proporcionar un ambiente cómodo y confortable a los pacientes durante la estadía en la unidad.
- Brindarle apoyo emocional y consideración al paciente para lograr establecer una relación reciproca de enfermera(o) paciente
- Orientar al paciente y al familiar acerca de su condición actual y de los cuidados que debe mantener en cuanto a su dieta y la ingesta de líquido.
- Administrar el tratamiento que le proporcione mejoría y que esté de acuerdo con la enfermedad que presenta el paciente, según la prescripción médica.
- Seguir las normas y reglamentos de la unidad referentes a los deberes que se deben cumplir en dicha unidad.

2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería

El equipo conformado por los profesionales en Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, cumple un rol fundamental antes, durante y después del tratamiento paliativo del paciente renal, el cual desempeña funciones, actividades y tareas enmarcadas como asistenciales, docentes y administrativas las cuales son necesarias para brindar una atención oportuna y de calidad al usuario y familiar que requiera la atención.

Según información ubicada en la Coordinación de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia (2023) numeran detalladamente cada una de las funciones según el cargo que desempeñan los integrantes del personal de enfermería de esta unidad: (ver figura N° 6)

2.8.1 Funciones de la Jefatura De Enfermería

Conocer los objetivos, políticas, normas, instructivos, reglamentos, contratos colectivos de trabajo, ley laboral, procedimientos de enfermería y sistemas de trabajo de la unidad.

- Elaborar planes y programas con la colaboración del personal dirigente.
- Asistir a las juntas de directivos, analizar la problemática de la unidad y proponer sugerencias que faciliten la toma de decisiones.
- Mantener actualizada la plantilla del personal de enfermería de la unidad.
- Elaborar los cálculos del personal y ausentismo.
- Revisar los informes escritos de los turnos de trabajo.
- Evaluar al personal de acuerdo a los parámetros establecidos.
- Elaborar y mantener actualizados los expedientes del personal.
- Realizar reuniones ordinarias con el personal de la unidad para estimularlos y motivarlos a cumplir sus labores y conocer sus inquietudes.
- Colaborar con los estudios de investigación de enfermería.
- Representar al personal a nivel directivo.
- Evaluar y dar apoyo a los planes y programas de la unidad.
- Realizar informes periódicos.
- Delegar autoridad de acuerdo a los criterios correspondientes.

2.8.2. Funciones de la Coordinadora de Enfermería

- Coordinar las actividades del personal de enfermería, técnico y auxiliar de la unidad
- Controlar el cumplimiento de las normas de funcionamiento por parte del personal de la unidad.
- Supervisar el cumplimiento del tratamiento de acuerdo con las ordenes médicas.
- atender las emergencias que ocurran durante la sesión de hemodiálisis.

- Vigilar el estado de los equipos fijos y coordinar el mantenimiento rutinario.
- Llevar el control del inventario de los insumos, equipos fijos y no fijos de la unidad cada cuatro (4) meses.
- Controlar el reporte de datos de sesiones de hemodiálisis y llevar un registro de complicaciones graves y accidentes que ocurran con el paciente o con el personal.
- Colaborar en la organización de consultas externas.
- Vigilar el cumplimiento de los controles de calidad referentes al tratamiento dialítico, los equipos, y la planta de tratamiento de agua.

2.8.3 Personal de Enfermería Técnico en Diálisis

- Preparar los equipos para la sesión de diálisis y diálisis peritoneal.
- Revisar las máquinas de diálisis incluyendo: bomba de sangre, medidores de conductividad, temperatura, flujo de sangre, flujo del dializado, presión transmembrana, presión venosa, presión arterial y alarmas que pudiera 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 como solicitar y mantener en orden los exámenes de laboratorios radiológicos y los otros estudios.
- Asegurar el cumplimiento de las órdenes médicas.
- Realizar los procedimientos de antisepsia del acceso vascular.
- 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 hemodiálisis, complicaciones y tratamiento cumplido.
- Mantener los parámetros de hemodiálisis, según las órdenes 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 el personal durante la sesión de hemodiálisis.
- Notificar a su supervisora inmediata las averías de los equipos en el menor tiempo posible.

FIGURA N°6
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD
BOLIVARIANA DE HEMODIALISIS “DR. EDGAR MOGLIA”



Fuente: recopilación bibliográfica del investigador.

2.9 Aproximación Diagnostica

Según Arias (2006) define “la población como un conjunto de finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación; Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio”. Es decir, es un conjunto de unidades de las que desea obtener información sobre las que se generar conclusiones.

En la aproximación diagnostica de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, se realizó una encuesta a una muestra de quince (15) pacientes que reciben tratamiento de reemplazo renal en la unidad desde hace varios años en el horario establecido de 1:00 pm a 7pm los días martes, jueves y sábado, La encuesta se enfocó en los aspectos básicos del cuidado que debe tener el personal de

enfermería, la cual fue estructurada por cinco (5) preguntas que se describirán a continuación.

¿Cree usted que la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” le brinda al paciente una atención optima durante la aplicación de su tratamiento?

SI_____ NO_____

Según su criterio; ¿el personal de enfermería les proporciona un ambiente cómodo y confortable a los pacientes durante su estadía en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”?

Siempre_____ casi siempre _____ nunca_____

¿Considera usted que en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia” se orienta de manera clara y directa al paciente sobre su estado de salud?

Siempre_____ casi siempre _____ nunca_____

Cree usted que el paciente recibe por parte del personal de salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia” las indicaciones para mantener una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades.

SI_____ NO_____

El personal de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. “Edgar Moglia” cumple con los estatutos establecidos para cumplir con el buen funcionamiento de dicha unidad.

Siempre_____ casi siempre _____ nunca_____

2.10 Análisis e Interpretación De Los Resultados

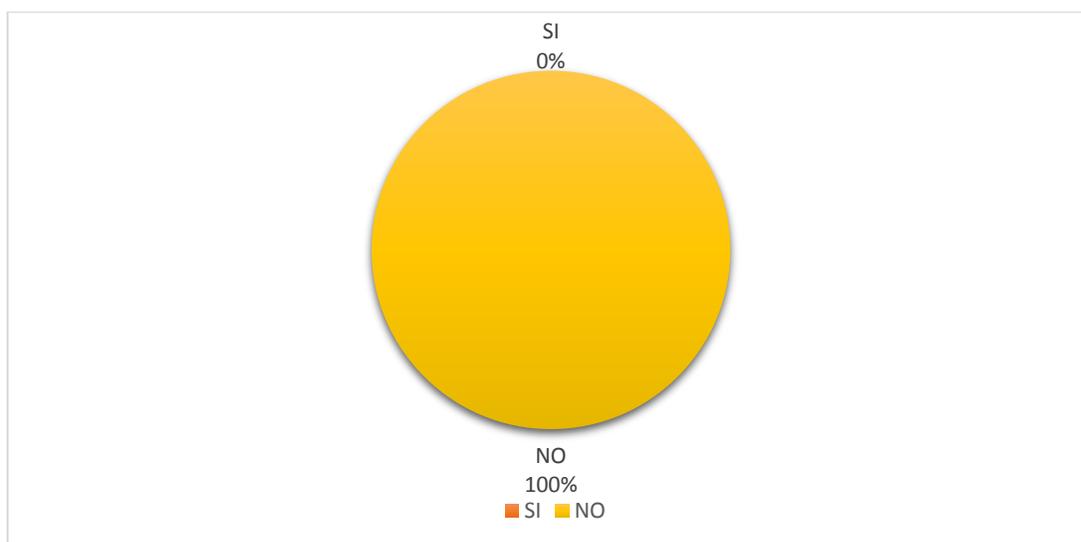
Mediante la recolección de los datos obtenidos durante la aplicación del instrumento empleado como lo fue la encuesta aplicada a los pacientes remitidos en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. “Edgar Moglia”, se procederá a la interpretación y análisis de los datos mediante la estadística descriptiva, elaborándose tablas de distribución de frecuencia absoluta y porcentual.

Cuadro N°8. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si la Unidad de Hemodiálisis Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” le brinda al paciente una atención optima durante la aplicación de su tratamiento.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Si	0	0%
No	15	100%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°8. ¿Cree usted que la Unidad de Hemodiálisis Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” le brinda al paciente una atención optima durante la aplicación de su tratamiento?



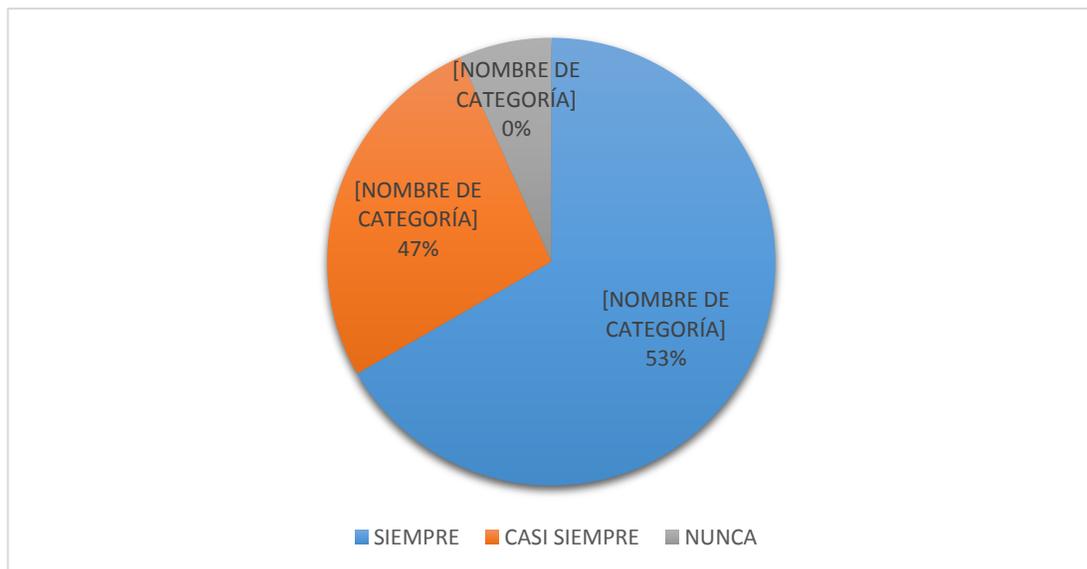
Análisis: De acuerdo a los datos obtenidos mediante la distribución porcentual suministrada el 100% de la población encuestada manifestó que la Unidad de Hemodiálisis Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” le brinda al paciente una atención optima durante la aplicación de su tratamiento médico los días que les corresponde.

Cuadro N°9. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el personal de enfermería les proporciona un ambiente cómodo y confortable a los pacientes durante su estadía en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Siempre	8	53%
Casi siempre	7	47%
Nunca	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°9 Según su criterio; ¿el personal de enfermería les proporciona un ambiente cómodo y confortable a los pacientes durante su estadía en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”?



Análisis: Según la opinión emitida por los pacientes tratantes en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, un 53% considera que siempre el personal de enfermería les proporciona un ambiente cómodo y confortable, mientras que el porcentaje restante del 47% opina que casi siempre cuentan con un ambiente cómodo para la aplicación de su tratamiento durante su estadía en la Unidad.”

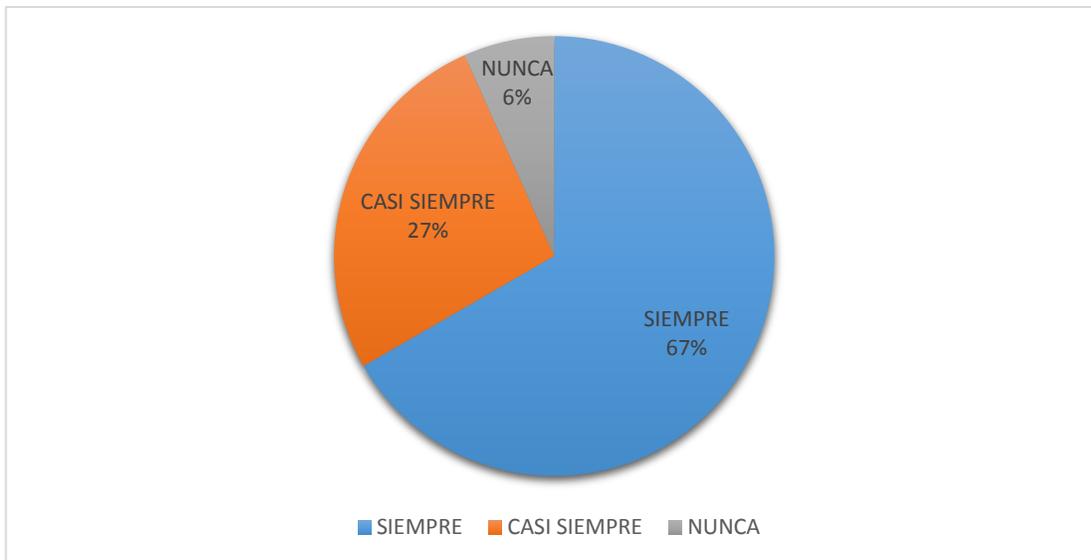
Cuadro N°10. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” orienta de manera clara y directa al paciente sobre su estado de salud.

	DISTRIBUCION	DISTRIBUCION
--	--------------	--------------

ALTERNATIVA	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Siempre	10	67%
Casi Siempre	4	27%
Nunca	1	6%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°10 ¿Considera usted que en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” orienta de manera clara y directa al paciente sobre su estado de salud?



Análisis: De acuerdo a las opiniones dadas por los pacientes tratantes en la unidad se observó que un 67% indicó que siempre los orienta de manera clara y directa sobre su estado de salud, sin embargo, el 27% dice que casi siempre son informados sobre sus avances y estado real de salud y un 6% manifestó nunca ser informados por parte de los médicos especialistas y personal asistencial sobre su verdadero estado de salud u avances obtenidos durante la aplicación del tratamiento de Hemodiálisis.

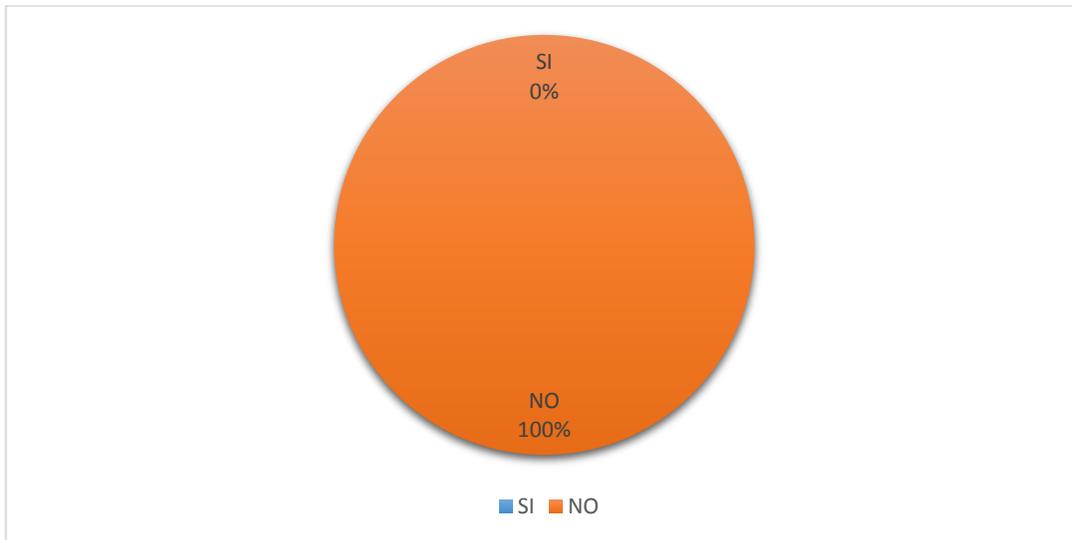
Cuadro N°11. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el paciente recibe por parte del personal de salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” las indicaciones para mantener una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
-------------	-----------------------	-------------------------

Si	0	0%
No	15	100%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°11. Cree usted que el paciente recibe por parte del personal de salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” las indicaciones para mantener una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades.



Análisis: Según los datos obtenidos a través de la Distribución absoluta y porcentual, el 100% de los pacientes indico que no recibe por parte del personal de salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” las indicaciones para mantener una dieta balanceada de acuerdo a sus necesidades, por lo ocasiona, que los pacientes queden a la deriva con relación al tipo de alimentos o líquidos que pueden consumir durante su tratamiento médico o en su defecto se ven en la necesidad de acudir a centros médicos privados para solicitar la orientación necesaria sobre una alimentación equilibrada que le será de gran importancia y utilidad, hasta que incluso podría ayudarle a prolongar o retrasar la progresión de la enfermedad durante los estadios iniciales de la ERC.

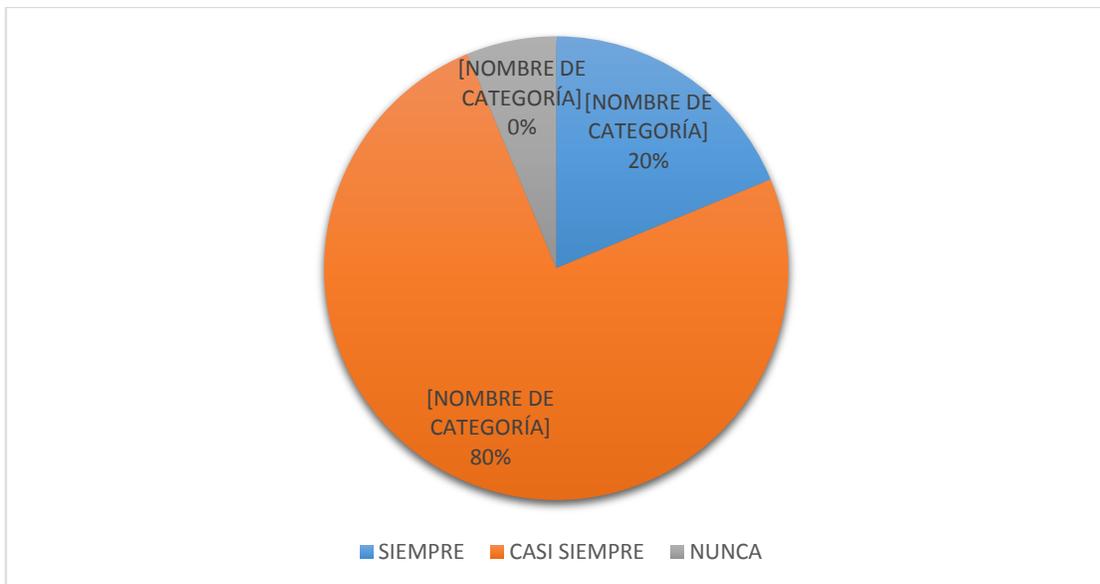
Cuadro N°12. Distribución Absoluta y Porcentual sobre si el personal de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” cumple con los estatutos establecidos para cumplir con el buen funcionamiento de dicha unidad.

ALTERNATIVA	DISTRIBUCION ABSOLUTA	DISTRIBUCION PORCENTUAL
-------------	-----------------------	-------------------------

Siempre	3	20%
Casi Siempre	12	80%
Nunca	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico N°12. El personal de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” cumple con los estatutos establecidos para cumplir con el buen funcionamiento de dicha unidad.



Análisis: Mediante la recolección de datos se pudo evidenciar, que el 73% de los pacientes tratantes manifestaron que casi siempre el personal de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” cumple con los estatutos establecidos para cumplir con el buen funcionamiento de dicha unidad. mientras que un 20% indico que siempre el personal encargado de velar y salvaguardar la vida de los pacientes tratantes cumple con los estatutos establecidos en dicha unidad.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y DEL ESTUDIO DE CASO

En este capítulo se abordarán desde el punto de vista teórico y metodológico los aspectos que sustentan el abordaje del caso clínico. Para ello se desarrollará conceptualmente las patologías que conllevaron a este paciente a la unidad de hemodiálisis Dr. “Edgar Modglia”. Se desglosan los aspectos característicos del enfoque cualitativo de investigación y del estudio de caso clínico.

3.1 Marco teórico de las patologías.

3.1.1 Marco teórico de la patología: Diabetes Mellitus

La diabetes existía antes de la era cristiana, la palabra “diabetes” es un término acuñado por primera vez en el siglo II d.C. por el medico griego Areteo de Capadocia y significa, en el griego clásico, sifón, haciendo referencia a la exagerada emisión de orina o poliuria, secundaria al efecto osmótico de la glucosa a nivel urinario. Por otro lado, la palabra “mellitus”, que significa “sabor miel”, fue descrita por primera vez por el médico inglés Thomas Willis. Sin embargo, en los primeros registros más antiguos, ubicados en el manuscrito descubiertos por Erber en Egipto en el siglo XV, el cual habla sobre los primeros síntomas que parecen corresponder a la diabetes, por lo tanto, el papiro de Eber (1550 a.C), habla de un tratamiento terapéutico de la poliuria, que a su vez se menciona el síntoma principal de la Diabetes.

Asimismo, Paracelso (1491-1541) descubrió en la orina de los pacientes con diabetes una sustancia de color blanco que quedaba como residuo al evaporar la orina, creyendo que era sal, dedujo que se trataba de una enfermedad causada en los riñones, causando poliuria y sed, sin embargo, el doctor Tomas Syderham (1624-1689),
destacó

que la diabetes era una enfermedad sistémica de la sangre que se manifestaba por una digestión defectuosa que hacía que parte del alimento tuviera que ser excretado en la orina, cabe destacar que el médico Mathew Dobson (1725- 1784) realizó por primera vez estudios en grupos de pacientes e informó que estos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina y caracterizó los síntomas de la diabetes.

Además, en 1775 identificó la presencia de glucosa en la orina. Luego en 1788 Thomas Cawley indicó que la diabetes mellitus tenía su origen en el páncreas. Posteriormente, cien años después, los científicos Josef von Mering y Oskar Minkowski descubrieron en 1889 al proceder una pancreatectomía total en los perros, estos desarrollaron todos los signos y síntomas de la diabetes y murieron poco tiempo después. Más adelante en 1910, sir Edward Albert Sharpey-Schafer teorizó que la diabetes provenía de la falta de insulina, término acuñado por él y que viene del latín *ínsula*, que significa “isla” y hace referencia a los islotes de Langerhans en el páncreas.

Actualmente en los siglos XXI, en países desarrollados la diabetes mellitus ocupa desde el cuarto al octavo con lugar de defunción, siendo así considerado una verdadera epidemia mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2023) Alrededor de 422 millones de personas en todo el mundo tienen diabetes, la mayoría vive en países de bajos y medianos ingresos, y 1,5 millones de muertes se atribuyen directamente a la diabetes cada año. En las últimas décadas el número de casos y prevalencia de diabetes mellitus va en aumento, es decir, es una enfermedad que se desarrolla y se propaga por todo el mundo.

Así se puede constatar entonces la incidencia de esta terrible enfermedad a lo largo de toda la historia; es decir, la Diabetes no es novedad del momento, sino un problema creciente que viene arrastrando la humanidad desde hace siglos.

3.1.1.1 Definición.

La diabetes Mellitus, según Leiva, (2008) señala que, es una enfermedad crónica debida a una producción inadecuada de la insulina que laboran las células beta de los

islotos de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o ambas circunstancias con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, cuyo principal indicador es la hiperglicemia. (p.289). es decir que el desarrollo de la hiperglucemia es causado por una secreción anormal de insulina y diversos grados de resistencia periférica a la insulina.

3.1.1.2 Etiología.

Según el Dr. Kudva (2023), se desconoce la causa exacta de la mayoría de los tipos de diabetes. En todos los casos, la glucosa se acumula en la sangre, esto se debe a que el páncreas no produce suficiente insulina. Por lo tanto, es causadas por una combinación de factores genéticos y ambientales. Hoy en día, actualmente en 2014 la Asociación Americana de Diabetes (ADA) presenta una clasificación basada en el aspecto etiológico y las características fisiopatologías de la enfermedad, comprendiéndose así:

Diabetes tipo 1 (DM1): Su característica es la destrucción de las células beta autoinmunes, lo que provoca una deficiencia absoluta de insulina y una tendencia a la cetoacidosis. Este alto porcentaje de destrucción lo proporciona el sistema inmunitario, como lo demuestra la identificación de anticuerpos.

Según la Dra. María Fernanda Duarte (2021) explica que:

...En la DM1 el propio sistema inmunitario del paciente produce una destrucción de las células beta del páncreas, lo que origina una deficiencia total de insulina”. Esto quiere decir que además del factor hereditario, hay un componente autoinmune en este tipo de Diabetes que es crónica y grave: “No se puede prevenir la aparición de la diabetes tipo 1, una vez que ha aparecido, la enfermedad no remite (no puede curarse) y requiere llevar un tratamiento de por vida con insulina exógena.

Diabetes tipo 2 (DM2): Es la forma más común y a menudo se asocia con obesidad o aumento de la grasa visceral. La cetoacidosis rara vez ocurre

espontáneamente. Los defectos van desde la resistencia primaria a la insulina con deficiencia relativa de la hormona hasta defectos progresivos en su secreción.

Señala así la Dra. Duarte (2021) que:

...la obesidad, el sedentarismo, la predisposición genética y estilos de vida poco saludables pueden desencadenar una producción insuficiente de insulina lo cual se traduce en elevación de los Niveles de glucosa. Esto quiere decir que la diabetes tipo 2 puede prevenirse, en casos de pacientes que pierden mucho peso, mejoran estilos de vida o son sometidos a cirugía bariátrica, pueden remitir (presentar curación) su condición.

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo.

Otros tipos específicos de Diabetes: como defectos genéticos en la función de las células beta o en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) o inducidas farmacológica o químicamente (como ocurre en el tratamiento del VIH/sida o tras trasplante de órganos)

...Explica la Dra. Duarte (2021), todas están relacionadas con el metabolismo de la glucosa en las células del cuerpo, “Es decir, son primas de una misma familia, a excepción de la Diabetes Insípida, que es una afección poco frecuente por la cual los riñones son incapaces de evitar la eliminación de agua. El cuerpo no puede regular el manejo de los líquidos, se orina mucho y por eso es una entidad relacionada con el metabolismo hidro-electrolítico en el cuerpo.

De acuerdo a lo referido anteriormente, en relación al paciente objeto de esta investigación, desarrolla Diabetes Mellitus Tipo II, debido a la predisposición genética y el inadecuado estilo de vida, malos hábitos alimenticios como las comidas altas en sal y carbohidratos, consumo alto de azúcar (refrescos, jugos), cigarrillo e inactividad entre otras, es importante mencionar que en el año 2.000 comenzó a presentar pérdida de peso, poliuria acompañado de una parestesia, motivo por el cual asiste a un centro médico, mediante análisis clínico se pudo determinar (niveles alto de glucosa), no producía suficiente insulina, por lo tanto, se diagnostica diabetes

mellitus tipo II. Según, Secretaría de Salud México (2018) “las personas con un padre diabético tienen alrededor de 40% de posibilidad de desarrollar la enfermedad. Por lo tanto, se dice predisposición”, es decir, lo que se hereda es el riesgo a presentarla, pero en este caso también existe herencia poligénica y factores ambientales que influyen en el desarrollo de la patología.

3.1.1.3 Fisiopatología.

Revista de Endocrinología y Nutrición (2013), La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina, Los islotes pancreáticos están constituidos por cuatro tipos celulares: células β , α , δ y PP o F, las cuales sintetizan y liberan hormonas como insulina, glucagón, somatostatina y el polipéptido pancreático, respectivamente.(p.99).Es decir, que los niveles de azúcar en la sangre se elevan a niveles anormales hasta alcanzar concentraciones dañinas para los sistemas fisiológicos, lo que resulta en daño del tejido nervioso (neuropatía), cambios en la retina (retinopatía), los riñones (nefropatía) y casi todo el cuerpo, si no se controla, habrá un pronóstico mortífero.

Por lo tanto, la Diabetes tipo II se desarrolla debido a tres tipos de cambios; resistencia a la insulina en tejidos como el hígado, el músculo esquelético o los riñones; disfunción de la respuesta de las células pancreáticas a la glucosa y aumento de la producción de glucosa en el hígado. Como resultado, se crean altos niveles de azúcar en la sangre, que el cuerpo trata de eliminar a través de los riñones. En el caso del paciente objeto de esta investigación, al presentar una alteración en la función endocrina del páncreas, no segregan hormonas (insulina y glucagón), al no producir suficiente insulina, la glucosa permanece en el torrente sanguíneo en lugar de adherirse a las células, causando así una Diabetes Mellitus Tipo II, y la misma avanza paulatinamente en el transcurso de los años

3.1.1.4 Manifestaciones clínicas.

Sandra Torrades (2016) plantea que la etapa inicial de la Diabetes Mellitus tipo II acostumbra a ser asintomática y puede pasar inadvertida durante varios años antes de ser diagnosticada. (p.96), es decir que la persona puede presentar niveles altos de glucosa dañando los tejidos incluso, sin manifestar ningún tipo de síntoma. Por consiguiente, Gonzales (2015) señala algunas manifestaciones que caracteriza la Diabetes Mellitus tipo II (P.10)

- Síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina.
- Síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático y que afecta todos los órganos, pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina.
- Síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y periférico.

El paciente objeto de estudio manifestó como una de las principales sintomatología clínica pérdida de peso, poliuria, polifagia motivo por el cual acudió a una consulta médica con el internista Dr. Roque Chacón, quien expreso que “*el Doctor es el internista de la familia.*” Posterior a eso, se pudo observar con exámenes clínicos el aumento de la glicemia (hiperglicemia), el cual refirió a una consulta con Endocrinología, luego de evaluación física y exámenes clínicos, se diagnosticó una Diabetes Mellitus Tipo II. No obstante, continuo con la inadecuada alimentación sin tomarle importancia a dicha enfermedad, por consiguiente, a unos años, comienza con polidipsia y parestesia.

3.1.1.5 Complicaciones.

Dr. Nerea varo (2022) señala que existen complicaciones crónicas y complicaciones agudas que pueden agravar el diagnóstico inicial de la diabetes mellitus. Sin embargo, Rizo M. & Sandoval, K. (p.19-20) destacó que la diabetes mellitus puede desencadenar varias complicaciones. Entre estas predominan:

Agudas, Cetoacidosis Diabética, se caracteriza por intensificación de la tríada clásica de la enfermedad, es decir cuando las concentraciones de insulina no son suficientes para cubrir las necesidades metabólicas básicas del cuerpo, por lo tanto, el diagnóstico se confirma con una glucemia mayor de 250 mg/dL, pH menor a 7,3, bicarbonato menor de 15 mEq/L, cuerpos cetónicos positivos en sangre y orina.

Crónicas, Microvasculares; Nefropatía, Retinopatía y Neuropatía diabética, cabe destacar que la hiperglucemia afecta los vasos sanguíneos de los ojos, riñones y nervios provocando incapacidad y muerte. A nivel ocular se puede producir retinopatía, cataratas, glaucoma y ceguera. La Microalbuminuria es la primera manifestación de la nefropatía que puede conducir a albuminuria franca, Hipertensión Arterial e insuficiencia renal y La Neuropatía periférica o autonómica es la expresión de las alteraciones a nivel del sistema nervioso con la presencia de dolor y/o gastroparesia.

En el caso del paciente objeto de estudio, la diabetes fue diagnosticada en un tiempo duradero mediante el cual no hubo controles médicos ni un plan de alimentación saludable, el cual lo conllevó a complicaciones como Retinopatía Diabética proliferativa con edema macular clínicamente significativo (EMCS) en el ojo izquierdo y hemorragia vítrea grado III en el ojo derecho.

3.1.1.6 Tratamientos

Según la Dr. Pruthi (2023) señala que según el tipo de diabetes que tengas, el control de la glucosa en la sangre será la insulina, la medicación oral, la dieta saludable, la actividad física pueden desempeñar un papel importante en su tratamiento, con regularidad estos son factores importantes en el control de la diabetes, Así mismo menciona:

Nutrición, es simplemente un plan de alimentación saludable que te ayudará a controlar tu nivel de glucosa en la sangre, se tendrá que seguir una dieta con más frutas, verduras, proteínas magras y cereales integrales, que son alimentos muy nutritivos y ricos en fibra, y con bajo contenido de grasa y calorías.

Actividad física, todos necesitamos hacer actividades aeróbicas con regularidad, incluidas las personas con diabetes, la actividad física también hace que tu cuerpo sea más sensible a la insulina, lo que significa que el organismo necesita menos insulina para transportar el azúcar a las células.

El tratamiento para la Diabetes Mellitus Tipo I y II, implica la colocación de inyecciones de insulina o el uso de una bomba de insulina, así como revisiones frecuentes del nivel de glucosa sanguínea y el conteo de hidratos de carbono, junto con la administración de medicamentos orales para la diabetes, existen muchos tipos de insulina, como insulina de acción corta (regular), de acción rápida y de acción prolongada. También se describen una escala de medicamentos más comunes en la diabetes tipo II entre ellos;

En el paciente objeto de estudio, el tratamiento que tenía recetado según orden médica (glibenclamida y Lantus absorción lenta), el paciente manifestó “*Esos medicamentos no me hacían nada*”, tomando en cuenta que los medicamentos para diabetes mellitus deben estar acompañados de una alimentación saludable y actividades física, al no poseer con ninguno de esos dos factores, no habría mejoría. Sin embargo, el paciente vivía tranquilo aun así presentando algunos signos y síntomas mencionados anteriormente, es importante aludir que después del transcurso de los meses el paciente presentaba oliguria.

...Estudios científicos consideran que la diabetes, al igual que otros males actuales se debe en algunos casos el abuso de su nutrición, los medicamentos a veces no bastan para obtener el objeto deseado. A pesar de que estos enfermos cuentan con la insulina y otros tratamientos orales, las medidas dietéticas son prioritarias (FMD, 2005)

3.1.2 Marco teórico de la patología: Nefropatía Diabética

En el próximo apartado se desarrollarán el marco teórico de la Nefropatía Diabética, su definición, etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, complicaciones, tratamiento y su relación con la enfermedad renal crónica, dado que el diagnóstico base del paciente objeto de estudio es Enfermedad Renal Crónica estadio v/v secundaria a Nefropatía Diabética.

Por consiguiente, Según La Rev. Hosp. Dr. M González (2002 p24-32) Destacó que la primera descripción de proteinuria en pacientes diabéticos se atribuye a Cotunnus en 1770, pero fue Bright en 1836 quien estableció la relación entre proteinuria y enfermedad renal, por lo tanto, el descubrimiento de la insulina en 1921 por Banting y Best, origina un cambio brusco en la historia natural de la diabetes, con una reducción importante de la mortalidad y aumento de expectativa de vida. El reconocimiento del impacto que la diabetes tiene sobre el riñón se inicia en 1936 con las descripciones de los patólogos Kimmelstiel y Wilson acerca de la formación de nodulaciones hialinas en los glomérulos, basados en el estudio de 8 necropsias, por lo cual a esta lesión se denominó glomeruloesclerosis nodular.

Asimismo, en 1942 Bell describe la glomeruloesclerosis difusa, diferenciándola claramente de la nodular, y señala la gran importancia de las lesiones arteriolares en la patogenia de la nefropatía diabética. El término de microangiopatía diabética fue propuesto por Lunbaeck en 1954, basándose en el hallazgo común de enfermedad de pequeños vasos tanto en la retinopatía como en la nefropatía diabética.

Cabe mencionar que la nefropatía diabética es una de las complicaciones más importantes de la diabetes, que afecta en cierta medida la calidad de vida de los pacientes y el pronóstico general de la enfermedad. A su vez las condiciones como la hiperglucemia no controlada y la hipertensión arterial explican la patogenia del daño estructural sobre las nefronas primeramente a nivel mesangial.

3.1.2.1 Definición.

Según Ruilova (2013) la nefropatía diabética se aplica al conjunto de lesiones que aparecen en los riñones debido al exceso de glucosa en sangre, produciendo de esta manera toxicidad a las nefronas, afectando la filtración glomerular y dando lugar a cuadros clínicos como proteinuria subnefrótica, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica (p18). Es decir que, con el transcurso de los años, la afección daña lentamente el delicado sistema de filtración de los riñones, sin embargo, el tratamiento temprano podría prevenir o retrasar la evolución de la enfermedad y reducir la posibilidad de complicaciones.

En el caso del paciente objeto de estudio, según exámenes clínicos mantenía niveles de glicemia basal de 205 mg/dl el paciente manifestó “*No siempre tomaba el medicamento para la diabetes*”.

3.1.2.2 Etiología.

Según Felez (2020) Señala que la nefropatía diabética comienza después de mantener durante años unos niveles de glucosa elevados y mal controlados, cuando los niveles de glucosa en sangre están por encima de 180 mg/dl, el riñón no es capaz de reabsorber toda la glucosa que se filtra y aparece glucosa en orina lo que se denomina glucosuria, entonces la glucosa elevada en sangre y los productos tóxicos generados de las altas concentraciones alteran la pared de las células que forman la estructura de la barrera de filtración renal (podocitos), por lo tanto esta alteración de la barrera da lugar al paso de proteínas (albúmina) en la orina, es decir esta proteinuria mantenida a lo largo del tiempo es tóxica para el riñón y va deteriorando de forma progresiva la función renal.

Sin embargo, además de tener hiperglucemia, cada individuo también debe estar predispuesto a factores genéticos individuales para eventualmente desarrollar Nefropatía diabética, Otros factores que contribuyen incluyen la hipertensión arterial mal controlada, que es un factor de riesgo importante para el desarrollo de nefropatía y obesidad en pacientes diabéticos.

En el caso del paciente objeto de estudio, posterior a unos años al acudir a la consulta con el Dr. Roque Vásquez, luego de una observación física y pruebas de laboratorios, el paciente presentaba Proteinuria.

3.1.2.3 Fisiopatología.

Según, Ruilova (2013 p19-20) son múltiples los mecanismos que se identifican como participantes en la fisiopatología del daño renal del diabético y algunos de ellos se interrelacionan claramente, deben resaltarse por su particular importancia las alteraciones del metabolismo de la glucosa, así como otras alteraciones metabólicas y factores hemodinámicos.

- ✓ Alteraciones metabólicas, los niveles elevados de glucosa favorecen la glucosilación de proteínas estructurales, lo cual puede llevar a engrosamiento de la membrana basal glomerular, pérdida de la capacidad de selección por carga de moléculas filtradas y daño celular directo. Por otra parte, la acumulación de polioles en las células renales puede conducir a alteraciones funcionales y estructurales, por lo tanto, las alteraciones metabólicas de la diabetes se acompañan de un aumento ya sea en los niveles o en la sensibilidad a una variedad de factores de crecimiento, lo que puede conducir a hipertrofia de los glomérulos.
- ✓ Alteraciones hemodinámicas, con frecuencia el paciente con Diabetes Mellitus Tipo II, presenta en la etapa temprana de su enfermedad una elevación en la tasa de filtración glomerular. Los mecanismos que conducen a este aumento son múltiples y entre ellos se cuenta la hiperglicemia, un incremento local de prostaglandinas vasodilatadoras, elevación de glucagón, hormona de crecimiento y catecolaminas.
- ✓ Alteraciones anatómicas, el engrosamiento de la membrana basal glomerular y la expansión del mesangio son las lesiones glomerulares características de la nefropatía diabética, con la progresión del daño renal esta expansión de mesangio

disminuye el área disponible para la filtración, con la consecuente disminución en el flujo sanguíneo renal.

- ✓ Proteinuria, en el riñón sano los capilares glomerulares impiden el paso de macromoléculas hacia el espacio urinario mediante una selección por tamaño de la molécula y por la carga eléctrica de la misma. En el riñón del diabético estos mecanismos están alterados desde la presencia de microalbuminuria. Al principio las alteraciones hemodinámicas son las determinantes de la proteinuria; al ser éstas reversibles, la proteinuria también lo es. En el estadio IV el defecto en los procesos de selección por tamaño y carga eléctrica de las macromoléculas tiende a progresar, lo que condiciona un aumento progresivo en la magnitud de la proteinuria.

La hiperglucemia y la falta de actividad de insulina son quizá los factores desencadenantes de una serie de alteraciones que conduce al daño renal estructurales; sin embargo, una vez que se establece, se desconoce con precisión cuál es la secuencia de hechos que conduce al daño renal progresivo.

En el caso del paciente objeto de estudio, presento edemas en ambos miembros inferiores, Hiperglicemia el paciente expresa “*en esos momentos no me colocaba insulina de absorción lenta*” por lo tanto, la nefropatía diabética condujo al paciente a producir varias complicaciones en la filtración de los riñones.

3.1.2.4 Manifestaciones clínicas.

Según el Centro Médico ABC (2018) menciona, que la nefropatía diabética es un padecimiento progresivo, por lo que en su etapa inicial no suele manifestar sintomatología, pero cuando ya se encuentra avanzada, comienzan a aparecer algunos síntomas, los cuales van empeorando paulatinamente, del mismo modo Natalia Gutiérrez (2016) Manifestó los siguientes cuadros clínicos;(p.4)

- ✓ Estadio I Y II, existe apariencia de proteinuria, singulto, malestar general, prurito, cefalea frecuente, náuseas y emesis, adinamia, oliguria, hipertensión arterial.

- ✓ Estadios III, IV y V, al cuadro clínico anterior se suma: anorexia, edema en miembros inferiores y de párpados, anuria, palidez, polidipsia.

Los hallazgos de laboratorio demostrarán la presencia de albuminuria, valores de creatinina altos en caso de lesión renal definitiva.

En el caso de la paciente objeto de estudio, en el año 2018 con una nefropatía terminal, desarrollo una Hipertensión arterial, edemas en ambos miembros inferiores y oliguria.

3.1.2.5 Complicaciones.

Según la Dr. Pruthi (2021), las complicaciones de la nefropatía diabética pueden aparecer progresivamente con el paso de los meses o los años, pueden incluir:

- Retención de líquidos, que podría provocar hinchazón en los brazos y las piernas, presión arterial alta o líquido en los pulmones (edema pulmonar).
- Aumento en los niveles de potasio en la sangre (Hipercalemia), que podría afectar la funcionalidad del corazón y puede poner en riesgo la vida.
- Retinopatía diabética.
- Enfermedad cardíaca.
- Anemia.
- Disfunción eréctil o reducción de la fertilidad.
- Trastornos óseos y de minerales debido a la incapacidad de los riñones de mantener el equilibrio correcto de calcio y fósforo en la sangre (osteodistrofia).
- Daño al sistema nervioso central, que puede ocasionar dificultad para concentrarse, cambios en la personalidad o convulsiones.
- Daño irreversible en los riñones (enfermedad renal en etapa terminal), lo que hace que con el tiempo se necesite diálisis o un trasplante de riñón para sobrevivir.

En el caso del paciente objeto de estudio, presentó edemas en ambos miembros inferior, Cardiopatía Hipertensiva AP, Hipertensión Arterial sistólica aislada estadio II, Trastorno del ritmo: bradicardia sinusal, palpitaciones y azotemia debido a la

deficiencia funcional de los riñones, desencadenando la nefropatía diabética en etapa terminal, requiriendo tratamiento dialítico para mejorar su bienestar y prolongar su vida.

3.1.2.6 Tratamientos.

Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Fundación Jiménez Díaz (2011) destacó, el tratamiento establecido de la diabetes incluye el estricto control de la glucemia, la dislipemia y la presión arterial, fundamentalmente con fármacos que controlan el sistema renina-angiotensina, esta estrategia suele ser efectiva en las fases iniciales de la nefropatía diabética, pero no impide que un número considerable de pacientes lleguen a insuficiencia renal terminal y sufran complicaciones vasculares y neurológicas, también es aconsejable reducir la cantidad de proteínas de la dieta siguiendo un plan de alimentación específico.

En caso del paciente objeto de estudio, posterior a una consulta médica con el Nefrólogo Dr. Luis Velásquez le omite los medicamentos para la diabetes, indica control de glicemia, control de hipertensión arterial, y tratamiento dialítico. Actualmente el Cardiólogo Dr. Damaso Velásquez indica medicamentos para la cardiopatía hipertensiva.

3.1.3 Marco teórico de la patología: Enfermedad Renal Crónica.

En este apartado se describirá la enfermedad renal crónica, definición, etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, complicaciones, tratamiento y su relación con el caso de estudio.

3.1.3.1 Definición.

Según Dr. Escalona (s/f), en la revista digital un artículo referente al Proyecto de Salud Renal Enmarcado en la Iniciativa Carem, Menciona que un grupo de nefrólogos asistentes a la reunión de consenso nefrológico convocada por el MSDS Ministerio de Salud y Desarrollo Social, aprobó la siguiente definición de

Enfermedad Renal Crónica, basada en los lineamientos KDIGO, que incluyen las condiciones que afectan el riñón con el potencial de causar la pérdida progresiva de la función renal o las complicaciones derivadas de la misma (p.4-5). En consecuencia, puede ocasionar que los desechos se acumulen en su cuerpo y causen otros problemas que podrían perjudicar su salud.

De acuerdo con Gómez , Arias y Jiménez (s/f), la insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida , permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, también se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses (p.637), teniendo como consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas.

3.1.3.2 Etiología.

Desde el punto de vista de Malkina 2022, la enfermedad renal crónica puede ser el resultado de cualquier causa de disfunción renal de suficiente magnitud (p.3).

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulos intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis y la enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

La tasa de filtración glomerular puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG.

Por otra parte, la UNC Kidney center (2012) considera que hay otros tipos de factores que influyen en las causas de la enfermedad renal, entre ellos:

Glomerulonefritis, es una patología que daña a las minúsculas unidades renales que se ocupan del proceso de filtrado, llamados glomérulos. Las personas que la sufren ven alterado el funcionamiento correcto de los riñones y sus glomérulos se irritan e inflaman.

Trastornos hereditarios y congénitos como la enfermedad renal poliquística (ERP), es una afección que se presenta cuando un gran número de quistes (vesículas con líquidos) se desarrollan en los riñones, es una enfermedad generalmente hereditaria, los quistes pueden adquirir gran tamaño e impedir que los riñones filtren los productos de desecho fuera de la sangre. Sin embargo, los riñones todavía pueden producir cantidades normales de orina.

Enfermedades autoinmunitarias como el lupus eritematoso sistémico (lupus), es un tipo de enfermedad autoinmunitaria que causa inflamación en todos los órganos del cuerpo, sin embargo, puede afectar los riñones y provocar enfermedad renal crónica.

Agentes nefrotóxicos, estos medicamentos o sustancias pueden ser dañinos para los riñones, por lo tanto, ciertos analgésicos denominados medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE o NSAID, por sus siglas en inglés) pueden provocar lesiones en los riñones si se utilizan regularmente por un período de tiempo prolongado. Otros ejemplos de agentes que podrían lesionar los riñones son ciertos antibióticos. Los pacientes con función renal disminuida deben evitar estos medicamentos y sustancias.

Nefropatía asociada al VIH en este caso, la causa de la lesión renal puede ser el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el tratamiento precoz del virus con medicamentos para el VIH puede reducir los posibles daños ocasionados por el virus.

Obstrucción urinaria o bloqueo urinario, el flujo urinario se puede bloquear por diversas causas tales como litiasis renal o, en los hombres, una glándula prostática dilatada, este bloqueo de la orina puede lesionar el riñón. Los cálculos renales se

pueden formar en cualquier tramo del tracto urinario, incluso en los riñones y pueden provocar el bloqueo del flujo urinario hacia la vejiga, los riñones pueden sufrir daño debido a la presión de la orina retenida dentro de los riñones.

Algunas etiologías de la IRC, en particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hiperkalemia, por lo tanto, se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardíaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardíaco. Por lo general no se observa hiperkalemia clínicamente significativa hasta que la tasa de Filtración Glomerular está por debajo de 10 ml/min/1.73 m² o el paciente recibe una carga adicional de potasio.

En el caso del paciente objeto de estudio, perduto años con la diabetes mellitus tipo II, no controlada posteriormente a desarrollar una nefropatía diabética terminal, ambas provocaron inflamación, hipertrofia y pérdida de la funcionalidad del glomérulo, disminuyendo así su filtración y provocando Enfermedad Renal Crónica.

3.1.3.3 Fisiopatología.

Según la Revista Clínica de la Escuela de Medicina (2020) considera que cuando ocurre pérdida de nefronas, la hipertensión glomerular induce un aumento en el tamaño de las nefronas (a través de la activación del sistema renina-angiotensina (RAS) y de la actividad del factor de crecimiento transformante α (TGF α) y del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) como mecanismo compensador para mantener la TFG total y para reducir la presión intraglomerular. En consecuencia, los podocitos deben someterse a hipertrofia para mantener la barrera de filtración a lo largo de la superficie de filtración ampliada. Sin embargo, la hipertrofia de los podocitos es limitada, por lo que más allá de un cierto umbral, la disfunción de la barrera primero se manifiesta como proteinuria leve al no dar abasto.

La hiperfiltración glomerular y la proteinuria implican una mayor carga de trabajo de reabsorción para los túbulos proximales. Posteriormente la albuminuria, el

complemento y las células inmunitarias infiltrantes hacen que las células tubulares segreguen mediadores proinflamatorios que promueven la inflamación intersticial, que, junto con la progresión de glomeruloesclerosis focal segmentaria a glomeruloesclerosis global se promueve la atrofia tubular y la fibrosis intersticial.

En el caso del paciente objeto de estudio, el paciente por un deterioro irreversible de la función renal, hipertrofia y pérdida de la funcionalidad del glomérulo debido a que sus riñones no pueden realizar su correcto funcionamiento, presenta una TFG < 15 mL/min/1,73 m², por lo tanto, la misma es clasificada en estadio V.

3.1.3.4 Manifestaciones clínicas.

Gómez, Arias y Jiménez (s/f) menciona que las manifestaciones clínicas de la IRC aparecen de forma progresiva, manteniendo una gran variabilidad de un paciente a otro, en función de la velocidad de progresión y de la cantidad de masa renal funcionante. (p.640).

Según Sellares y Rodríguez (2022) cuando la función renal está mínimamente alterada (FG 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no tienen síntomas urémicos, sin embargo, a medida que la destrucción de las nefronas progresa, disminuye la capacidad de concentración del riñón y aumenta la diuresis para eliminar la carga obligatoria de solutos, la poliuria y la nicturia son los primeros síntomas.

Cuando el FG cae por debajo de 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico; anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias, e insomnio, los síntomas son inespecíficos pudiendo ser causados por otra enfermedad intercurrente.

Asimismo, como plantea Venado, Moreno, Rodríguez y López (s/f p.5.6) La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m². La anemia ocasiona un aumento del gasto cardiaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardiacas,

angina, insuficiencia cardiaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico.

Hay que mencionar además que la uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica, los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos. Una vez que la TFG disminuye a menos de 20 ml/min/1.73 m², se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia.

Por otro lado, los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones.

También la neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades inferiores en las porciones distales. Su presencia es una indicación firme de iniciar TRR. Una de las manifestaciones más comunes es el síndrome de piernas inquietas. Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio peroneo, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplejia flácida, en la enfermedad renal crónica avanzada, son comunes la pericarditis y las úlceras y hemorragias digestivas. La hipertensión se presenta en > 80% de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y en general se relaciona con la hipervolemia.

En el caso del paciente objeto de esta investigación, en el año 2018 comenzó a presentar oliguria, edemas en miembros inferiores y anemia, por lo tanto, acude a consulta nefrológica.

3.1.3.5 Complicaciones.

La Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma (2017) afirma que a medida que progresa la enfermedad renal, el trastorno de las funciones de los riñones da lugar a complicaciones que afectan prácticamente a todos los órganos y sistemas, por lo tanto, las complicaciones más frecuentes asociadas a la enfermedad renal crónica (ERC) son;

- Hipertensión arterial.
- Anemia.
- Enfermedad cardiovascular.
- Desnutrición.
- Enfermedad mineral-ósea.
- Neuropatía.
- Trastornos funcionales.
- Acidosis metabólicas.

La incidencia y gravedad de las complicaciones aumentan sobre todo ante una insuficiencia renal crónica (IRC) con filtrados inferiores a 60 ml/min/1,73 m², es decir, a partir de la ERC grado 3. A medida que la IRC avanza, se instaura una cierta pérdida de apetito, pérdida de peso, náuseas, vómitos, malestar general, cansancio, debilidad, dolor de cabeza, picores (prurito), insomnio, etc. Progresivamente, se intensifica la anemia, la retención de ácidos (acidosis) y el exceso de fósforo en sangre (la hiperfosforemia), desarrollándose un aumento descontrolado de una hormona, la hormona paratiroidea (PTH), que se denomina hiperparatiroidismo secundario.

Aunque algunas complicaciones, incluyendo la hipertensión arterial y la anemia, pueden manifestarse relativamente pronto en el curso de la enfermedad renal, la mayoría de los síntomas atribuidos a la IRC corresponden a la fase más avanzada de su evolución, que corresponde a la afectación de los distintos órganos y aparatos.

Si las complicaciones no son controladas a tiempo pueden desencadenar unas series de síntomas que son secundarias a padecer IRC, en caso del paciente objeto de esta investigación presenta pérdida del apetito, pérdida de peso, azotemia, anemia y desarrolló una Cardiopatía Hipertensiva AP, Hipertensión Arterial sistólica aislada estadio II que finalmente le ocasiono una enfermedad renal en etapa terminal.

3.1.3.6 Tratamiento.

Según Yuguero (2018) refiere que el tratamiento para la enfermedad renal crónica se basa en varios pilares básicos entre ellos; el tratamiento dietético, el conservador, sustitutivo y el farmacológico, se debe agregar que el tratamiento va a depender del grado de enfermedad renal crónica, en los estadios iniciales es importante controlar la presión arterial, supervisar la glicemia, 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 un tratamiento sustitutivo como trasplante renal o diálisis, o bien, optar por un tratamiento médico conservador.

3.1.3.6.1 Tratamiento Nutricional de la Insuficiencia Renal Crónica.

Desde el punto de vista de Luis y Bustamante (2008 p. 241), los pacientes con insuficiencia renal son un grupo de alto riesgo nutricional, es por eso que los pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA) el aporte energético debe ser de 30-40 kcal/kg de peso corporal, con un aporte proteico de 0,8-1 g/kg de peso ideal, que aumenta al normalizarse el filtrado glomerular, con respecto al potasio es preciso limitar la ingesta 30-50 mEq/ día y de sodio a 20-40 mEq/ día en fase oligúrica, reemplazando las pérdidas en la fase diurética.

Con respecto a los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), se debe recomendar una dieta controlada en proteínas (0,75-1 g/kg/día) en estos pacientes. Las dietas bajas en proteínas (<0,6 g/kg/día) no están justificadas ya que la mejoría en

el filtrado glomerular es mínima y la repercusión sobre la situación nutricional lo desaconseja (evidencia A).

En los pacientes en hemodiálisis los requerimientos calóricos son de 35 Kcal/kg/día en situación basal, el objetivo proteico es alcanzar un aporte de 1,2-1,4 g/Kg día de proteínas. La necesidad de agua depende de la diuresis residual, a lo que se puede añadir 500-800 mL al día, también el aporte de sodio debe limitarse a 60-100 meq al día, debiendo reducirse al mínimo el aporte de agua y sodio en pacientes anúricos.

El aporte de potasio no suele sobrepasar 1 meq/kg/día. Los pacientes en diálisis peritoneal tienen una serie de peculiaridades en cuanto a los requerimientos, el aporte de proteínas es mayor, aproximadamente de 1,5 g/Kg/día. Las calorías procedentes de los hidratos de carbono, que son aproximadamente el 60% del total deben incluir la glucosa que aporta el líquido dializador. Otra diferencia fundamental es la mayor liberalización de la dieta de estos pacientes, al realizarse diálisis diaria, es la ingesta de potasio se puede aumentar a 2000-3000 mg/día.

El paciente objeto de estudio de esta investigación, una vez que se desarrolla la enfermedad renal crónica acude a consulta la Dra. Mónica Pita nutricionista, donde se orientó y adquirió conocimientos sobre su dieta, en cuanto a los alimentos que puede consumir y la cantidad de líquidos que debía ingerir diariamente.

3.1.3.6.2 Tratamiento Conservador de la Insuficiencia Renal Crónica.

Tomando como referencia el autor antes mencionado, define que 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.

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, 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 caso del paciente objeto de estudio, es importante mencionar que por el deterioro que tenía el paciente en cuanto a la enfermedad renal, ameritó inmediato un tratamiento sustitutivo.

3.1.3.6.3 Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica.

Según Yuguero (2018), en todo momento el paciente es quien, junto con el equipo médico, decide cómo gestionar su enfermedad, la elección de una modalidad u otra se debe tomar tras recibir información detallada de cada una de las opciones, con el objetivo de que el tratamiento se adapte lo mejor posible al estilo de vida, preferencias y estado de salud del paciente. La primera decisión consiste en elegir un tratamiento que desempeñe alguna de las funciones renales (tratamiento renal sustitutivo) como lo es en el caso del trasplante renal o diálisis,

El trasplante renal 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.

Antes de realizar el trasplante, se realiza un estudio exhaustivo del paciente con enfermedad renal crónica para descartar situaciones médicas que lo desautoricen, también hay que tener en cuenta que 45 personas de cada 100 (45%) no pueden someterse a un trasplante renal por razones médicas.

Los pacientes con enfermedad renal crónica se incluyen en una lista de espera para trasplantes, periodo durante el que tienen que decidir a qué tipo de diálisis se quieren someter: hemodiálisis o diálisis peritoneal. Aproximadamente, 33 personas de cada 100 que se someten a diálisis se encuentran en lista de espera para un trasplante. De esas 33 personas, alrededor de 15 recibirán el trasplante. Tras el trasplante renal, el paciente debe seguir, de manera estricta y para toda la vida, un tratamiento para evitar el rechazo del riñón (inmunosupresores) y realizar visitas periódicas en consultas de trasplante para asegurar el correcto funcionamiento del riñón y ajustar la medicación, según los resultados de los análisis. En algunas circunstancias el riñón trasplantado no cumple con su función. Es por eso que las personas que sufren un fallo del riñón trasplantado deben decidir entre recibir otro trasplante, someterse a diálisis o a un tratamiento conservador.

La Diálisis, 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.

Tomando como referencia del libro del nuevo manual de enfermería, López (2008 p.28), definió que la **Diálisis Peritoneal**, trabaja con el principio de que la membrana peritoneal que rodea el intestino puede actuar como una membrana semipermeable

natural, difundiéndose un líquido de diálisis alrededor de la membrana; entonces puede darse la diálisis por difusión. El líquido de la diálisis se infiltra a través de catéter de diálisis peritoneal, que se coloca en el abdomen de la persona afectada, corriendo desde el peritoneo y saliendo hacia la superficie cerca del ombligo. La diálisis peritoneal se realiza normalmente en el hogar o en el lugar de trabajo de la persona. todo lo necesario es: Un área limpia para trabajar, una manera de elevar el bolso de líquido de diálisis y un método de calentar el líquido.

La consideración principal es el potencial para la infección. La peritonitis es la complicación sería más común. Las infecciones del punto de salida del catéter o de la trayectoria peritoneo al punto de salida son menos seria, pero más frecuentes. hay tres tipos de diálisis peritoneal, Diálisis peritoneal ambulatoria continua, el tipo más común no necesita ningún maquina y se puede realizar en casa, Diálisis peritoneal clínica continua, usa una maquina y suele realizarse por la noche cuando la persona está durmiendo, Diálisis peritoneal intermitente usa el mismo tipo de máquina que la anterior. si se hace durante la noche, se llama diálisis peritoneal intermitente nocturnal.

Continuando con la referencia del autor antes mencionado la hemodiálisis se suele realizar en una instalación con un profesional de enfermería, especializado en hemodiálisis, el principio de la hemodiálisis es el mismo que otros métodos de diálisis; implica la difusión de solutos a través de una membrana semipermeable, confía en transporte convectivo y utiliza el flujo de contracorriente en donde, en el circuito extracorpóreo, la solución depurado fluye en la dirección opuesta al flujo sanguíneo. Los intercambios de contracorriente mantienen en un máximo el gradiente de concentración a través de la membrana y aumentan la eficacia de la diálisis.

Los tratamientos no tienen que ser continuos y pueden ser realizados intermitentemente, típicamente tres veces a la semana. La solución de la diálisis usada es una solución esterilizada de iones minerales. La urea y otros desechos como el potasio y el fosfato se difunden en la solución de diálisis. Sin embargo, las contracciones de la mayoría de los iones minerales por ejemplo sodio, son similares a

los del plasma normal para prevenir pérdidas. Hay tres modelos de acceso a la sangre, El catéter intravenoso, La fistula de cimino arteriovenosa, El injerto sintético.

En el caso del paciente objeto de estudio, recibe tratamiento sustitutivo de la función renal desde noviembre 2018, dado que cuando se le diagnostica la enfermedad renal crónica estadio V según la guía de KDOQI (2012), el médico nefrólogo Luis Velásquez indica como tratamiento sustitutivo la modalidad de hemodiálisis, recibió tratamiento a través de un catéter agudo en la yugular interna derecha, El paciente en septiembre del año 2019 es sometido nuevamente a cirugía para cambiar el catéter agudo debido a que el mismo dejó de funcionar adecuadamente, y de esta manera reemplazarlo por catéter Permacath, el cual fue colocado en la vena yugular interna izquierda. Finalmente, a finales del 2019 se arterializa una fistula arteriovenosa braquial izquierda, puesto que es la última que mantiene en la actualidad por medio de esta recibe tratamiento dialítico (hemofiltración) en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “ Dr. Edgar Moglia “, el tratamiento es de (3) veces por semana (martes, jueves y sábado) con duración de (3) horas interdiarias, con alto flujo y bicarbonato , microdosis de heparina, dializador 18 HX, QB 280 ml/ min, QD 500 ml/ min, y una tasa de ultrafiltración (TUF) de 800 ml/h.

Según Yuguero (2018) 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 el caso del paciente objeto de esta investigación, el tratamiento farmacológico indicado por el médico que recibe actualmente es Ácido fólico, complejo b, Calcio, Eritropoyetina, Hierro, Heparina, Vitamina C, Losartan, Nifedipina y Carvedilol.

3.1.4 Fichas farmacológicas.

Según Marín (2022) describen la ficha farmacológica o ficha técnica, como el documento oficial de un medicamento destinado al profesional sanitario, que resume las características del producto y refleja las condiciones de uso autorizadas, sintetizando la información científica esencial para los profesionales sanitarios, de acuerdo con los estudios que avalan su autorización. La ficha técnica es un documento modificable, que deberá contener la información actualizada sobre el medicamento: nuevas indicaciones, cambios de posología, nuevos datos de seguridad que identifiquen reacciones adversas anteriormente no detectadas, nuevas contraindicaciones, entre otras (p.97). A continuación, se presenta las fichas farmacológicas para cada uno de los tratamientos farmacológicos del paciente.



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

Cuadro 13. Ficha farmacológica del Ácido Fólico.

Descripción	El ácido fólico, también conocido como vitamina B9 o folato, es una vitamina hidrosoluble Pertenece al grupo de las vitaminas B y ayuda al organismo en el mantenimiento y en la creación de células nuevas.
Nombres genéricos	Ácido fólico – Vitamina B9.
Nombre comercial	Folac – Acfol – Afoklin – Folicaps
Composición	Cada comprimido contiene: Ácido Fólico 5 mg. Excipientes: lactosa, almidón de maíz
Posología	5 – 10mg / Día
Presentación	Blíster con 10 ó 20 tabletas. Solución inyectable 10mg/ml.
Vías de administración	Se administra por vía oral y parenteral (Endovenoso e Intramuscular)

Fuentes: Cuídate plus (2021)



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

Cuadro 14. Ficha farmacológica del Hierro Sacarosa.

Descripción	El complejo está diseñado para proporcionar, de forma controlada, Fe útil para el transporte de hierro y el almacenamiento de proteínas en el cuerpo.
Nombres genéricos	Complejo de hierro
Nombre comercial	Cosmofer – Yectofer- Vefofer- Surofer
Composición	Complejo de hierro elemental
Posología	IV: lenta (1 ml solución no diluida/min), perfusión IV por goteo (diluir 100 mg de Fe en máximo 100 ml NaCl 0,9% o inyección en el dializador (administrar durante una sesión de hemodiálisis directamente en la línea venosa del dializador según los mismos procedimientos indicados para la administración IV). Adultos: 100-200 mg de Fe (5-10 ml), 1-3 veces/semana.
Presentación	Ampollas
Vías de administración	Vía IV. La administración puede realizarse mediante inyección IV lenta, perfusión IV por goteo o directamente en la línea venosa del dializador.

Fuentes: vademecum (2020)



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

Cuadro 15. Ficha farmacológica del Acetato de Calcio.

Descripción	El calcio es un mineral que el cuerpo necesita para formar y mantener huesos fuertes y llevar a cabo muchas funciones importantes. El calcio es el mineral más abundante en el organismo.
Posología	1 o 2 complementos / día o de acuerdo a las necesidades del paciente.
Composición	Cada tableta contiene 475mg de acetato de calcio
Presentación	Tabletas de 475mg
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, hipercalcemia, hipercalciuria asociada a cálculos renales que contienen Ca, hipofosfatemia grave, tumores descalcificantes y metástasis esqueléticas, I.R. grave sin diálisis, estreñimiento, estenosis conocida del intestino grueso, osteoporosis debida a inmovilización.

Fuentes: Vademecum (2016)



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

Cuadro 16. Ficha farmacológica del Complejo B.

Descripción	El complejo de vitamina B incluyen todas las vitaminas B esenciales. La vitamina B-1 es vital para el crecimiento y la función saludables de los órganos, incluyendo el cerebro y el corazón. El cuerpo necesita vitamina B-2 para descomponer las grasas y los medicamentos.
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	Cada ampolla de 3 ml contiene: Tiamina hidrocloreuro (Vitamina B1)100 mg Piridoxina hidrocloreuro (Vitamina B6)100 mg Cianocobalamina (Vitamina B12) 5.000 microgramos.
Presentación	Tabletas, solución oral e inyectable. Oral e intramuscular.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los principios activos, a las cobalaminas (ej. hidroxocobalamina), al cobalto o a alguno de los excipientes
Vía de administración	Vía oral, intramuscular y endovenosa.

Fuentes: Vademecum (2022)



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

Cuadro 17. Ficha Farmacológica de la Eritropoyetina Humana Recombinante.

Descripción	La eritropoyetina, factor estimulante eritropoyético, hemopoyetina o simplemente EPO es una citocina glucoproteína que estimula la formación de eritrocitos y es el principal agente estimulador de la eritropoyesis natural
Nombres comerciales	Epopen, Eprex, Erantin
Composición	Cada bulbo de 1 ml contiene 2.000 o 4.000 U de eritropoyetina humana recombinante α ; 2,5 mg de albúmina humana; 5,8 mg de citrato de sodio; 5,8 mg de cloruro de sodio; 0,06 mg de ácido cítrico; 0,22 mg de polisorbato 20; agua para inyección
Posología	50-100 unidades/Kg vía IV o SC 3 veces a la semana inicialmente, aumentándolo o disminuyéndolo en 25 unidades/Kg para mantener un hematocrito de 30-33%. Cuando se alcanza este hematocrito, debería disminuirse la dosis hasta aproximadamente 25 unidades/Kg 3 veces a la semana.
Presentación	Jeringa 1000U, 2.000U, 3.000U, 4.000U, 10.000U
Vías de administración	Se puede administrar por vía intravenosa o por vía subcutánea; la respuesta es mayor por vía subcutánea y más rápida por vía intravenosa. Por vía subcutánea alcanza concentraciones plasmáticas máximas en 5 a 24 h en el adulto y en

	el paciente pediátrico con insuficiencia renal crónica
--	--

Fuentes: Vademecum (2018)



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

Cuadro 18. Ficha farmacológica de la Heparina

Descripción	Es un glicosaminoglicano muy sulfatado que se utiliza ampliamente como anticoagulante inyectable, y tiene la densidad de carga más alta conocida.
Nombres genéricos	Heparina sódica
Nombre comercial	Inhepar – Riveparin
Composición	Heparina sódica 1000 UI / ml.
Posología	1000 UI / 10Kg de peso.
Presentación	Ampolla de 5000UI/5ml y 1000UI/ml
Contraindicación	Hipersensibilidad; hemorragia activa o incremento del riesgo hemorrágico; trombocitopenia inducida por heparina o antecedentes; intervenciones quirúrgicas recientes en SNC, ojos u oídos; lesiones orgánicas susceptibles de sangrar (p. ej., úlcera péptica activa, aneurismas, ACV o neoplasias cerebrales). Anestesia regional, cuando la heparina se usa como tratamiento (no como profilaxis).

Fuentes: vademecum (2016)



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

Cuadro 19. Ficha farmacológica de la vitamina C

Descripción	La vitamina C es una vitamina hidrosoluble. Es necesaria para el crecimiento y desarrollo normales
Nombres genéricos	Azinc®, Becozyme C forte®, Calcio veinte complex®, Cerneit®, Cinfavitcomplex®, Dayamineral®
Nombre comercial	Cebion®, Citrovit®, RedoxC®
Composición	Cada ampolla de 5 ml de solución inyectable contiene 1000 mg de ácido ascórbico (Vitamina C). Excipientes con efecto conocido: cada ampolla contiene 130,5 mg de sodio.
Posología	Adultos y adolescentes a partir de 14 años: En estados de deficiencia grave la dosis recomendada es de 1000 mg (1 ampolla) al día. No debe excederse de esta dosis (1000 mg de vitamina C /día). Población pediátrica: No se debe utilizar en niños menores de 14 años; no se dispone de datos.
Presentación	Ácido Ascórbico Bayer 1.000 mg/5 ml solución inyectable
Vías de administración	Vía intravenosa.

Fuentes: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (2015)



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

Cuadro 20. Farmacología del Carvedilol

Descripción.	Pertenece al grupo de medicamentos conocidos como beta bloqueantes. Los beta bloqueantes hacen que los vasos sanguíneos se relajen y ensanchen y se desacelera el ritmo cardíaco, lo que provoca que el latido del corazón sea más lento y disminuya la presión sanguínea.
Nombre genérico.	Dilatrend – Carbatil – Carvedilol – Coventrol
Nombre comercial.	Carbatil – Cardivas – Carvedil
Composición.	Cada tableta córtale 6. 25 mg de carvedilol, 52 2 mg de lactosa, excipientes, cs. Cada tableta contiene 12.5 mg de carvedilol, 100.752 mg de lactosa, excipientes, cs.
Posología.	Hipertensión Adultos: La dosis de inicio normal es 12,5 mg una vez al día durante los dos primeros días, después de esto, la dosis recomendada es 25 mg una vez al día. Si es necesario, después su médico puede aumentar gradualmente la dosis. La dosis máxima tomada de una vez es 25 mg y la dosis máxima al día es 50 mg.
Presentación	Comprimidos
Vías de administración	Vía Oral.

Fuente: Vademecum (2022).



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

Cuadro 21. Ficha farmacológica del Losartan Potásico.

Descripción	Antagonista oral sintético del receptor de la angiotensina II (tipo AT1). Bloquea selectivamente el receptor AT1, lo que provoca una reducción de los efectos de la angiotensina II.
Nombre comercial	Cozaar, Fortzaar, Soluvass.
Composición	Contiene 50 mg de losartán potásico, lactosa monohidrato, almidón de maíz pregelatinizado, celulosa microcristalina, estearato de magnesio, hidroxipropilcelulosa, hidroxipropilmetilcelulosa y dióxido de titanio (E-171).
Posología	Hipertensión esencial: Adultos: Inicial y mantenimiento habitual: 50 mg/día; máx. 100 mg/día (por la mañana). Puede coadministrarse con otros antihipertensivos, diuréticos en especial. Con depleción de volumen intravascular: inicial: 25 mg/día.
Presentación	Comprimidos de 50 mg, comprimidos de 100mg.
Vías de administración	Oral

Fuentes: vademecum (2022).



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

Cuadro 22. Farmacología de la Nifedipina.

Descripción.	Pertenece a una clase de medicamentos llamados bloqueadores de los canales de calcio. Disminuye la presión arterial al relajar los vasos sanguíneos, de modo que el corazón no tenga que bombear con tanta fuerza.
Nombre genérico.	Nifedipina
Nombre comercial.	Tensomax – Tensopin
Composición.	Cada comprimido contiene: Nifedipino 10 mg Excipientes: Sacarina sódica (0,5 mg) y otros, c.s.
Posología.	Se recomienda realizar un ajuste individualizado de la dosis. Tratamiento de la hipertensión arterial: la dosis de inicio es de 10 mg, tres veces al día. En caso necesario, puede aumentarse la dosis paulatinamente hasta 20 mg, tres veces al día. En las crisis hipertensivas, se recomienda una dosis sublingual de 10 mg, que puede repetirse hasta un máximo de 30 mg en función de la respuesta clínica.
Presentación.	Comprimido oral.
Vías de administración.	Vía oral.

Fuentes: Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios (2018)

3.2 Marco Metodológico de la Investigación.

En este aspecto será presentado el enfoque de la investigación siendo este cuali-cuantitativa, donde se realizará un estudio de caso al que se le aplicará el proceso de enfermería en todas sus etapas, orientado en su desarrollo por las taxonomías NANDA, NIC y NOC, con las diversas teorías y modelos a través de una investigación acción participativa, para dar soluciones a los problemas y necesidades detectadas en el paciente objeto de estudio y siempre actuando en colaboración con él.

3.2.1 Enfoque Cuali-cuantitativo.

Durante el desarrollo de la investigación objeto de estudio al paciente masculino sexagenario con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico, y de acuerdo al desarrollo de la perspectiva teórica y profundidad del estudio, se empleará una investigación de tipo cuali-cuantitativo o mixto, en las cuales obtendremos tantos datos cualitativos como cuantitativo que sustentaran esta investigación. De acuerdo con las definiciones de Hernández, Fernández y Baptista (2014) en un estudio realizado en la Universidad de Colima, explican que tradicionalmente existen dos (2) enfoques de investigación cada uno basados en sus propios paradigmas en relación a la realidad y el conocimiento, por ende, ellos lo definen de la siguiente manera:

“la investigación cuantitativa considera que el conocimiento debe ser objetivo, y que este proceso se genera a partir de un proceso deductivo en el que, a través de la medición numérica y el análisis estadístico inferencial, se prueban hipótesis previamente formuladas; mientras que el enfoque cualitativo está basado en la recolección de datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación de la hipótesis u objeto de estudio”

Este tipo de enfoque es una investigación mixta, ya que presenta características tanto del enfoque cuantitativo como el cualitativo asociadas con las prácticas y

normas profesionales realizadas por la pasante al paciente objeto de estudio en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” ubicado en el Centro Hospitalario “Dr. Luis Ortega” de Porlamar, Estado Nueva Esparta, con la intención de obtener resultados que permitan hacer generalizaciones basadas en una hipótesis, así como también, permitir al investigador que busque y explore la complejidad de factores que rodean su caso de estudio al interpretar la realidad y emitir u obtener resultados subjetivos, basados en los resultados de datos numéricos obtenidos a través de las técnicas aplicadas durante el desarrollo de la investigación al paciente caso de estudio como lo son entrevistas, encuestas, historia clínica y la observación al paciente, familiares, personal médico especialista y asistencial (enfermería).

3.2.2. Estudio de Casos de la Investigación

En la presente investigación, se selecciona el método estudio de caso, entendiéndose como caso no solamente al paciente objeto de estudio, sino también la institución Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, donde se realiza el proceso de formación y ejercicio del profesional de enfermería. Por consiguiente, Ortega (2010) en su proceso de investigación en un artículo publicado en la Blog Digital Question Pro define que:

... Un estudio de caso es un estudio de investigación detallado de un tema específico, que habitualmente se utilizan en la investigación social, educativa, clínica y empresarial; empleando un diseño de investigación de un estudio de caso donde se suele incluir métodos cualitativos, pero a veces también se utilizan métodos cuantitativos.

En concordancia con lo expuesto, esta investigación desarrolla un estudio de caso al paciente masculino sexagenario con diagnostico medico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”; implementando el proceso de enfermería en todas sus etapas, orientado en su desarrollo por las Taxonomías de Etiquetas Diagnosticas (NANDA 2021-2023), Taxonomías de Intervenciones de

Enfermería (NIC 2018-2020) y Taxonomías de los Objetivos de Enfermería (NOC 2018-2020), con las diversas teorías y modelos en una investigación acción participativa, seleccionando un paciente y estudiándolo de manera íntegra para adquirir información importante y necesaria para complementar la investigación.

3.2.3. Investigación Acción Participante

Las actividades centrales de la investigación acción participante (IAP) no sólo incluyen la investigación sino también la educación y la acción. Los miembros de la comunidad son los actores críticos en la transformación de su propia realidad social. De acuerdo con Pinto (1986), refiere que: “la investigación acción participante es “un proceso de conocimiento de la realidad que implica una visión activa sobre la realidad cognoscible de parte del sujeto que la conoce” (p.7). Dando a entender que la investigación acción participante es aquella donde el investigador da a conocer una realidad que el mismo ha constatado; es decir, el investigador se involucra en todos los procesos, pasos que se realizan durante y al término de la investigación, mejorando la forma en que se aprende y se manejan los procesos de áreas y sectores.

Es importante señalar que uno de los métodos utilizado es la investigación acción participante debido a que permiten que la investigadora como profesional de enfermería ejerciendo prácticas pasante con el equipo de salud que interviene en la unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” y el paciente objeto de estudio, se involucren, conozcan, interpreten y transformen la realidad objeto del estudio, por medio de las acciones de enfermería orientadas en las taxonomías NANDA, NIC, NOC que se proponen como alternativas de solución a las problemáticas identificadas según las teorizantes relacionadas con la finalidad de satisfacer las necesidades del paciente.

3.2.4 Tipo de Estudio de la Investigación.

De acuerdo al estudio de caso realizado por la investigadora (enfermera pasante), se plantea que el tipo de estudio empleado es de tipo Descriptivo; ya que durante el

desarrollo de la investigación se explica detalladamente las características estructurales y administrativas de la institución de salud y la unidad clínica, la patología del paciente y los cuidados del proceso enfermero que fueron planteados o aplicados. justificando el tipo de investigación escogida bajo los criterios definidos por Bernal (2016) el cual expresa que:

...La investigación descriptiva, se muestran, narran, reseñan o identifican hechos, situaciones, rasgos, características de un objeto de estudio, o se diseñan productos, modelos prototipos, guías, etcéteras, pero no se dan explicaciones o razones del porqué de las situaciones, hechos o fenómenos. (Pp14)

3.2.5 Diseño de Estudio de la Investigación

El diseño de estudio de esta investigación, es de tipo Documental y de Campo; Según Arias (2016) la define de la siguiente manera: “la investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, críticas e interpretación de datos secundarios, es decir los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”. Por lo tanto, el trabajo de investigación realizado tiene características documentales ya que utilizaron como instrumentos investigaciones anteriores, libros, revistas digitales, documentos escritos y digitales, archivos oficiales y resoluciones, que tienen que ver con la reseña histórica, los aspectos administrativos, organizativos y la realidad actual del Centro Hospitalario “Dr. Luis Ortega de Porlamar” y de la Unidad Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” y del caso clínico objeto de estudio, permitiendo obtener parte de la información necesaria para el desarrollo del contenido de la investigación.

En la investigación también se utilizó el diseño de trabajo de campo, porque los datos suministrados fueron obtenidos por la investigadora directamente del entorno en el cual se desarrolló la investigación objeto de estudio; el cual es definido por Palella y Martins (2017), como “la investigación de campo consiste en la recolección de datos directo de la realidad, sin manipular o controlar las variables, por lo tanto,

estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural”. Por consiguiente, los datos obtenidos principalmente fueron extraídos del Centro Hospitalario “Dr. Luis Ortega”, de la Unidad Bolivariana “Dr. Edgar Moglia”, profesionales de enfermería y al paciente masculino sexagenario objeto de estudio; donde se observó, conoció y evaluó personalmente la realidad de su entorno, condición de salud del paciente y condiciones (físicas, humana asistencial, de suministros e insumos).

3.2.6 Técnicas e instrumentos de la Investigación.

La investigación se convierte en un análisis profundo y reflexivo en el cual los datos objetivos y subjetivos son recolectados por diferentes técnicas utilizadas en este trabajo de investigación, las cuales son la observación participante que según Sordo (2022) en su blog digital la define como una investigación basada en:

...Conocer el comportamiento de tu objeto de estudio de forma directa, discreta y sencilla de inspeccionar datos depender de un intermediario, este método se caracteriza por no ser intrusivo y requiere evaluar el comportamiento del objeto de estudio por un tiempo continuo, sin intervenir. (Pp.17)

La interacción social entre investigador e investigado permitiendo la recolección de información desde los sentidos, la orientación y las dinámicas del ambiente. Es decir, la observación participante es una técnica que viene dado al ser humano y que utiliza la información que captan nuestros sentidos permitiendo el aprendizaje y el conocimiento.

Otras técnicas utilizadas son la entrevista y la encuesta, que según Sánchez (2019) una entrevista es una conversación entre dos o más personas, donde una de ellas se encarga de formular preguntas, mientras que otro las responde. Esta es una técnica utilizada con diversos fines investigativos. Y de acuerdo con Sordo (2022) la encuesta “Consiste en obtener datos directamente de los sujetos de estudio a fin de conseguir sus opiniones o sugerencias. Para lograr los resultados deseados se deben tener claro los objetivos de la investigación”.

Cabe resaltar, que durante la aplicación del instrumento empleado por el investigador para la recolección de la información cualitativa y/o cuantitativa de una población encuestada con el objetivo de obtener de una aproximación diagnóstica en el Hospital tipo III “Dr. Luis Ortega” dirigida a las captaciones de las necesidades presentes, desde la perspectiva del personal de enfermería conformado que labora en la institución en el área de emergencia en el turno de 7:00 am a 1:00 pm.

Del mismo modo, se aplicó un cuestionario en la Unidad de Hemodiálisis Bolivariana “Dr. Edgar Moglia” para la captación de las necesidades presentes, desde la perspectiva del paciente que reciben tratamiento médico asistencial en la patología de ERC desde hace varios años, en el turno de 1:00 pm a 7:00 pm. los días martes, jueves y sábado, respondiendo de manera flexible y de acuerdo a sus perspectivas una serie de ítems de tipo abiertas y cerradas, cuyos datos obtenidos serán procesados con métodos estadísticos.

3.3. Antecedentes de la Investigación y Estudio de Caso

El presente apartado corresponde a los antecedentes que aportaran datos y se relacionan con la investigación y estudio de caso, permitiendo la complementación de la misma. A continuación, se desarrollan los antecedentes internacionales, regionales y locales con el objeto de contar con un marco referencial en la presente investigación.

3.3.1 Antecedentes Internacionales

Garcés (2019), realizó un estudio para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería titulado: “*Intervención educativa de enfermería para mejorar el conocimiento de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Daniel Alcides Carrión*”. Su objetivo fue: Determinar la efectividad de la intervención educativa de enfermería en el conocimiento para la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Daniel Alcides Carrión. La población estuvo conformada por treinta (30) pacientes

con enfermedad renal crónica. La técnica usada fue la encuesta, el instrumento un cuestionario llamado “conocimientos acerca de la adherencia al tratamiento en enfermedad renal”, elaborado por la investigadora y validado por cinco (5) jueces expertos especialistas en Nefrología. Dentro de sus resultados demostró que la intervención educativa fue efectiva al mejorar e incrementar los conocimientos sobre la adherencia al tratamiento en enfermedad renal crónica.

La presente investigación es tomada como referencia porque tiene relación con el proceso de aprendizaje y adquisición de conocimientos mediante la practica a pacientes con patología de Nefropatía Diabética y Enfermedad Renal Crónica a través del caso objeto de estudio, y a su vez por el tipo de técnicas empleadas para llevar a cabo dicha investigación.

Paniagua y Galván (2017) realizaron una investigación publicada en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la cual lleva por título *Enfermedad Renal Crónica*, con el objetivo de estudiar la gran relevancia de la Enfermedad Renal Crónica en los últimos años debido a su creciente frecuencia y a los altos costos que genera. La investigación fue ejecutada mediante un estudio cualicuantitativo, relatando que, en México, el IMSS es la institución que soporta a aproximadamente al 85% de la población en tratamiento con diálisis y atiende a más de sesenta y cinco mil (65.000) pacientes prevalentes, con costos calculados en más de trescientos mil (300.000) pesos anuales por paciente. Tomando en consideración que la diabetes suele proveer más del 50% de los casos atendidos en los programas de diálisis al igual que la hipertensión arterial. A pesar de este reconocimiento, no se tiene una aplicación sistemática de los programas de detección temprana, ni tampoco de la difusión de las diferentes estrategias de prevención secundaria para limitar la progresión del daño renal, tanto por la nefropatía diabética como de la nefropatía por hipertensión arterial.

El estudio anteriormente citado, guarda relación con la investigación debido a que el enfoque metodológico utilizado en el mismo es cuali-cuantitativo y describe que en

los últimos años la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las enfermedades con mayor prevalencia en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Por lo tanto, una de las patologías descritas en esta investigación tiene estrecha relación con la principal causa de la enfermedad que padece el paciente objeto de estudio como lo es la Mellitus tipo 2 y la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

3.3.2. Antecedentes Nacionales

Díaz, (2011), realizó un estudio descriptivo y de campo en la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, para optar por el título de Licenciada en Enfermería, el cual tiene como título *“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”*. Teniendo como objetivo general determinar la orientación proporcionada por el profesional de enfermería al paciente con insuficiencia renal crónica que va a ser sometido a implantación del acceso vascular. obtuvo como resultado de estudio que un porcentaje mayoritario de los pacientes que fueron sometidos a implantación del acceso vascular recibieron información sobre el acompañamiento de un familiar, el 53,85% no le orientaron que llevara los resultados de exámenes de laboratorio y la prohibición de ingesta de alimentos, mientras que un 69,23% realizaron su higiene personal y portaron con la vestimenta exigida durante la implantación del catéter.

Además, dentro de la investigación realizada se indicó, que el profesional de enfermería orientó al paciente en un 100% en la colocación de gorro, bata y bota quirúrgica en el procedimiento de la cateterización de la vía periférica e inducción de la anestesia, y después de la implantación del acceso vascular el 61,54% de los pacientes manifestaron que le cuantificaron los signos vitales, el 76,92% comunicó que le fue controlado el sangrado en el lugar del acceso vascular. De igual manera un 76,92% no le comunicaron al paciente de la posición que debería adoptar en su hogar y a un 69,23% de los pacientes no los orientaron sobre la higiene y alimentación que

debería consumir. También fue obviada la información de las indicaciones médicas y de asistir a un centro de salud más cercano si presentara signos de inflamación, dolor y enrojecimiento en el lugar del acceso vascular; situación que coloca al paciente en riesgo de perder el procedimiento quirúrgico que le realizaron y la calidad de vida. Es por esto, que se evidenció que los profesionales de enfermería que conforman el equipo de trabajo de la unidad de hemodiálisis del Hospital Domingo Guzmán Lander, según los resultados incumplen su rol educativo que debe prevalecer en el profesional de enfermería, por lo que se considera que las mismas deben tener una participación más activa en cuanto a la orientación que deben suministrarles a los pacientes portadores de acceso vascular para su cuidado.

La investigación antes descrita se relaciona con el paciente objeto de estudio ya que posee un acceso vascular para poder recibir su tratamiento dialítico (hemodiálisis), por lo tanto, es necesario que el profesional de enfermería oriente a los pacientes antes, durante y después de la colocación del mismo. Logrando así, que el paciente tenga los conocimientos básicos necesarios para el cuidado y preservación del acceso vascular, sirviendo de referencia para los planes de cuidados formulados para la atención de la paciente.

Gonzales, et al (2012), realizaron un estudio denominado “*Factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica en pacientes que acudieron a la consulta de Nefrología de la unidad de litiasis y metabolismo (unilime) del hospital universitario Doctor Ángel Larralde*”. Se trató un estudio descriptivo, correlacional, de diseño observacional, de corte transversal y de campo. Donde se trabajó con una muestra de cincuenta y un (51) pacientes que acudieron a la consulta de nefrología, a los cuales se les aplicó un cuestionario, además se recolectó información de sus respectivas historias clínicas. Dentro de los principales resultados destaca como principal factor de riesgo HTA 86,3%, otro factor: bajo nivel socioeconómico destacando Graffar V 64,7%, en el grupo etario predominan los adultos mayores de 65 años 31,4%, otro factor de relevancia fue el consumo de tóxicos como antibióticos y contrastes radiológicos 31,3% y en segundo lugar AINES 29,41%. Como factor de progresión

se encontró proteinuria de alto grado 45,1%. Se determinó que el mayor porcentaje de casos se encontraron en estadio V siendo el 21,56% del género masculino, igualmente predominó el estadio V y III 15,68% en el rango de edades entre 40-64 años. Dentro de las conclusiones se estableció como principal factor de riesgo la HTA, esto debido al mal control de la presión arterial asociándose a un mayor riesgo de nefropatía diabética y a una rápida progresión de la ERC.

3.3.3. Antecedentes Regionales

Vicent (2022), Presento un trabajo de investigación en la Universidad de Oriente Núcleo Nva. Esparta. (UDONE) titulado *“proceso enfermero aplicado a paciente femenina adulto con Enfermedad Renal Crónica Secundario a Hipertensión Arterial + Diabetes Mellitus+ Nefritis Lupica en tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia. 2022”*. que tiene como objetivo Aplicar Proceso Enfermero a paciente femenina adulta con ERC en Tratamiento sustitutivo Renal en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, utilizando como referente las teorías de Virginia Henderson para sustentar la intervención de la enfermera relacionada con la suplencia de las necesidades que el paciente no puede satisfacer y la teoría de Nola Pender con la que se fundamentan las funciones de Promoción de la Salud. Se trata de una investigación Cualicuantitativa mediante un estudio de caso e investigación acción participante que combina el trabajo de campo con la investigación documental. Se concluye con la validación de la importancia y pertinencia de la aplicación del Proceso Enfermero en la atención de los pacientes con ERC secundaria a HTA, Diabetes Mellitus y Nefritis Lúpica.

La investigación reflejada tiene estrecha y similar relación debido al tipo de teorías empleadas en el caso objeto de estudio al paciente masculino sexagenario con diagnostico medico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico. Así como también, el enfoque aplicado en la investigación objeto de estudio.

Salazar, Alba (2020), realizaron un proceso enfermero al paciente con Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V en tratamiento Hemodialítico, ubicado en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar Municipio Mariño, secundario a hipertensión arterial, esto mediante la técnica acción participante, documental, se recopilaron datos subjetivos mediante la entrevista utilizando las catorce (14) necesidades humanas básicas de Virginia Henderson, con el objetivo de desarrollar un Proceso Enfermero a paciente con enfermedad renal crónica, en tratamiento Hemodialítico, para brindar mejor calidad de cuidados a los pacientes que asisten a la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. En el contexto de esta investigación, se permitirá reconocer técnicas equipos y procedimientos, para el cumplimiento del tratamiento sustitutivo de la función renal modalidad hemodiálisis y diálisis peritoneal, con la finalidad de mejorar la integridad física de los enfermos renales basados en las normativas existente en la unidad de diálisis. Se pudo concluir la ERC tiene una gran importancia, puesto que es una enfermedad muy prevalente e importante con grandes complicaciones asociadas que provoca, no solo en el paciente sino también en la familia, grandes cambios a nivel físico, psicológico, social y afectivo.

El estudio que se describe anteriormente, guarda relación con esta investigación, debido a que fue abordado con la técnica acción participante, el paciente objeto de estudio se encuentra recibiendo tratamiento sustitutivo renal, y fue realizado en la misma Unidad de Hemodiálisis.

Noriega (2022), presento un un trabajo de investigación en la Universidad de Oriente Núcleo Nva. Esparta. (UDONE) titulado “proceso enfermero aplicado a paciente femenina adulta, con enfermedad renal crónica por atrofia renal (hipotrofia) recibiendo tratamiento dialítico unidad bolivariana de hemodiálisis “DR. EDGAR MOGLIA” 2022. Que tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a paciente femenina de cincuenta y cinco (55) años de edad que se encuentra recibiendo tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, con diagnóstico médico Enfermedad Renal Crónica secundaria a atrofia renal (hipotrofia).

Esta investigación se realizó mediante el enfoque cuali-cuantitativo que sistematiza un estudio de caso clínico abordado a través de la investigación acción participante en el que se utilizaron técnicas de recolección de información como la observación y la entrevista. El proceso enfermero parte de la valoración objetiva mediante una evaluación física por sistemas y la valoración subjetiva se realizó a través de una triangulación de teorías entre Virginia Henderson, Margaret Newman y Jean Watson, utilizando además la guía estandarizada NANDA (2018-2020), NIC y NOC (2018-2020) para identificar los diagnósticos de enfermería y formular planes de cuidados que permitan brindarle una mejor atención integral a la paciente. Concluyendo con la validación de la importancia de aplicar el proceso enfermero, en pro de mantener la salud de la paciente y como oportunidad de formación y crecimiento profesional.

3.4. Marco Legal de la Investigación y Estudio de Caso

El marco legal proporcionara unas series de normas, leyes y estatutos por los cuales se deben regir en Venezuela el personal que presta sus servicios en el área de la salud; las cuales sustentan, constituyen y determinan el alcance y naturaleza de la investigación realizada como objeto de estudio del proceso enfermero aplicado a paciente masculino sexagenario con diagnostico medico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico. Este proceso de investigación se rige bajo los deberes y derechos que tienen los profesionales de enfermería, médicos especialistas y pacientes que son atendidos en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”.

A continuación, se describen las leyes, reglamentos, estatutos y normas como lo son: la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica de Salud (1998), el Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008), la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005), la Ley Sobre Donación y Trasplante de Órganos, tejidos y células en Seres Humanos (2011) y las Normas de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” (2009).

3.4.1 La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Gaceta Oficial 36.860 año 1999)

Hace referencia a la salud en el Capítulo V “De los Derechos Sociales y de las Familias” como lo son:

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.

Estos artículos reflejados expresan que el Estado tiene como obligación crear y financiar todos los centros de salud del país para proporcionar una atención integral y tratamiento necesario para las diferentes patologías presentes en la población, así como también salvaguardar la vida de cada uno de sus habitantes velando por su salud, fomentando su bienestar y respetando su derecho, basado fundamentalmente en la promoción y prevención, además de asegurar una atención adecuada en los establecimientos de salud pública.

Cabe destacar, que el paciente objeto de estudio tiene derecho a recibir una atención a la salud gratuita y de calidad como lo consagra la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; además la institución hospitalaria y la unidad de hemodiálisis donde la investigadora realizó este proceso profesional, pertenece al Sistema Público Nacional de Salud y por ende el paciente objeto de estudio recibe su tratamiento dialítico gratuito ya que es una institución pública la cual le brinda atención médica, cuidados de enfermería y tratamiento necesario al paciente .

3.4.2. Ley Orgánica de Salud (LOS, 1998)

Establece la legislación que regula todo lo relacionado con la salud en Venezuela en los siguientes artículos:

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 26. El Ministerio de la Salud por medio del Reglamento de esta Ley establecerá la obligación de los gobernadores y alcaldes de desarrollar el sistema de información del Registro Nacional de Salud, a fin de conocer las condiciones de salud de la población, propiciar la participación ciudadana y orientar los programas de promoción y conservación de la salud.

Artículo 27. Los servicios de saneamiento ambiental realizarán las acciones destinadas al logro, conservación y recuperación de las condiciones saludables del ambiente. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud a los fines de garantizar: La aplicación de medidas de control y eliminación de los vectores, reservorios y demás factores epidemiológicos, así como también los agentes patógenos de origen biológico, químico, radiactivo, las enfermedades metaxénicas y otras enfermedades endémicas del medio urbano y rural. El manejo de desechos y residuos sólidos y líquidos, desechos orgánicos de los hospitales y clínicas, rellenos sanitarios, materiales radiactivos y cementerios. La vigilancia y control de la contaminación atmosférica. El tratamiento de las aguas para el consumo humano, de las aguas servidas y de las aguas de playas, balnearios y piscinas. El control de endemias y epidemias. El control sanitario de inmuebles en relación a su construcción, reparación, uso y habitabilidad.

Artículo 28. La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes. A tal efecto y de acuerdo con el grado de complejidad de las enfermedades y de los medios de diagnóstico y tratamiento, estos servicios se clasifican en tres niveles de atención.

Estos artículos sustentan la investigación, ya que tienen como objetivo promover la salud mediante el desarrollo de una educación sanitaria dirigida a la población. En este sentido se puede inferir que en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” se aborda al paciente objeto de estudio de una manera integral, no solamente como una unidad biológica, sino que el profesional de enfermería y el

equipo de salud en conjunto evalúan diferentes aspectos, específicamente al ser humano como un ser biopsicosocial.

Artículo 29. El primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de ciencias de la salud, y se prestará con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta.

Artículo 30. El segundo nivel de atención médica cumple acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria de afecciones, discriminadas por edad, sexo y motivos de consulta, que requieren médicos especialistas y equipos operados por personal técnico en diferentes disciplinas.

Artículo 31. El tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos casos referidos por los servicios de atención del primero y segundo nivel.

En estos artículos se refleja que esta ley tiene como objetivo velar por los deberes y derechos de los beneficiarios, sin distinción de edad, sexo o posición económica o motivo de consulta que tenga el paciente. Además, de cuidar 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.

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

Se establece en sus artículos ubicados en el Capítulo VI (Deberes del Profesional de Enfermería hacia los Usuarios) Lo siguiente:

Artículo 28. Las relaciones interpersonales del personal de enfermería con el usuario, deben ser estrictamente profesional, efectuándose dentro de un clima humano de confianza y respeto mutuo.

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.

Los artículos establecidos en este Código tienen una estrecha relación con la investigación objeto de estudio, ya que explican los deberes y derechos que tiene el profesional de enfermería como el paciente, por consiguiente, la investigadora como parte del equipo de enfermería que ejerce sus funciones en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” debe crear un ambiente de confianza para establecer la relación socio afectiva enfermero - paciente, de manera profesional donde ambas partes se sientan segura y tranquila.

Artículo 31. El profesional de enfermería reconocerá que sus deberes profesionales que extiendan a la familia del usuario, cuyos derechos siempre subordinados a los del enfermo han de ser rigurosamente respetados y protegidos.

Artículo 32. El profesional de enfermería tendrá en cuenta que el enfermo forma parte de una familia y comunidad, procurará en la medida de lo posible, integrar los miembros más cercanos al enfermo en el plan de cuidados con el previo consentimiento del mismo.

Artículo 33. El profesional de enfermería debe recordar que tiene la obligación de informar, adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deberes del enfermo.

Artículo 34. El enfermo tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad; el ambiente de su ubicación debe reunir higiene y confort. Atender la solicitud del enfermo de acuerdo a su religión. Recibir una atención de elevada calidad por el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud. Ser informado sobre cualquier procedimiento que deba realizarse para confirmar su diagnóstico. Dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y respetar su decisión. Que sea respetada las confidencias acerca de su estado de salud. Solicitar explicación sobre los honorarios a pagar y exigir montos adecuados ante la Ley.

Durante el estudio de caso del paciente masculino sexagenario con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico. La investigadora aplicó todas las normas posibles al momento de relacionarse con el paciente y familiares durante toda su permanencia en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”, logrando así un vínculo afectivo entre ambos.

3.4.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005)

Esta Ley establece una serie de artículos que reflejan en los Capítulos I (Disposiciones Generales), Capítulo IV (De los Deberes y Derechos de los o las Profesionales de la Enfermería) y en el Capítulo V (Secreto Profesional) los siguientes:

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.

Este artículo hace referencia a la capacidad profesional adquirida por el personal de enfermería durante sus años de preparación y estudio académico práctico, lo que evidencia que estos son capaces de prestar sus servicios en el área asignada de acuerdo a sus conocimientos y especialidades desarrolladas

Artículo 16. Los o las profesionales de la enfermería deberán ser notificados por el organismo empleador de todas aquellas circunstancias que puedan ser peligrosas para su salud e incluso su vida, cuando estén expuestas a riesgos mediante el contacto directo con enfermos o enfermas que padezcan enfermedades contagiosas, mortales o incurables o estén expuestas directa o indirectamente a sustancias nocivas, riesgos físicos, químicos, radioactivos, biológicos o ergonómicos que puedan afectar su salud. En ningún caso, estas condiciones deberán significar la negativa del personal a atenderlo, sino por el contrario debe utilizarse la información para adecuar las condiciones de protección y por sobre todo en beneficio del paciente o la paciente y su familia.

Este artículo hace referencia y tiene estrecha relación con el caso de estudio ya que el personal tiene el derecho de estar plenamente informado sobre las condiciones reales de los pacientes y si estos presentan algún tipo de riesgo al personal por presentar alguna patología infecciosa o en su defecto si las instalaciones de la unidad se encuentran aptas para ejercer sus servicios sin ningún tipo de riesgos físicos por la exposición de sustancias nocivas.

Artículo 17. Todo aquello que llegare a conocimiento del profesional de la enfermería con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto profesional. El secreto profesional es inherente al ejercicio de la enfermería y se impone para la protección del enfermo o enferma y la familia, el amparo y salvaguarda del honor de la profesión de la enfermería y de la dignidad humana.

Artículo 18. El secreto profesional es inviolable, y él o la profesional de la enfermería están obligados a guardarlo. Igual obligación y en las mismas condiciones se impone a los estudiantes de enfermería.

Artículo 20. El o la profesional de la enfermería debe guardar los secretos que se le confíen o de los que tenga conocimiento en el ejercicio profesional, aún después de la muerte del enfermo, a menos que éste antes de morir haya autorizado por escrito al mismo para que los revele.

El profesional de enfermería, así como también el estudiante debe guardar toda información confidencial del paciente aun después de fallecer a menos que el mismo le haya autorizado en vida. Estos artículos se relacionan con la investigación debido a que la misma es realizada como requisito para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, por lo tanto, la investigadora debe considerar cada uno de estos aspectos y colocarlos en práctica con el paciente objeto de estudio, en el contexto donde realiza sus prácticas profesionales de enfermería y de esta manera brindarle la atención que se merece.

3.4.5. Ley sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos (2011)

Esta ley tiene relación con el caso de estudio, ya que describe en sus artículos los procedimientos médicos; ubicados en el Capítulo I (Disposiciones Generales) y en el Capítulo III (De los Trasplantes entre Personas Vivas).

Artículo 9. 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 17. Está prohibido el trasplante total de órganos únicos o vitales, tejidos y células entre personas vivas, cuya separación pueda causar la muerte o la discapacidad total o parcial del o de la donante.

El Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud es el único órgano público encargado de autorizar los recursos (humanos y materiales) para la realización de tratamientos u trasplantes o en su defecto determinar si los órganos, tejidos y células susceptibles de ser objeto de trasplantes entre seres vivos.

Artículo 20. El consentimiento de un donante vivo o una donante viva para el retiro de órganos, tejidos y células, será comunicado por éste o ésta a la comisión de profesionales encargada de dirigir el programa de trasplante de órganos, tejidos y células en la institución, establecimiento o centro de salud donde se practicará la operación de trasplante, y dejará constancia escrita del acto en su propia historia clínica con la firma de dos testigos idóneos.

Los artículos descritos anteriormente de la Ley sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos. Indica que es ilegal en personas vivas el trasplante total de órganos vitales. El individuo que desee ser donante vivo debe canalizar el procedimiento en la institución donde será la intervención directamente con los encargados del Programa de Trasplante de Órgano, Tejidos y Células, realizando una autorización escrita de la decisión tomada con dos testigos en su propia historia clínica.

3.4.6. Normas de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” (2009)

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis es un establecimiento de salud destinado a la aplicación de tratamiento sustitutivo de la función renal a los pacientes que lo requieran. A continuación, se desarrollarán algunas de las normas establecidas en esta institución para su funcionamiento.

Norma 14. El inicio del tratamiento dialítico de los pacientes en cada turno, debe hacerse con la presencia física del médico nefrólogo en el área de diálisis, si no está presente no debe darse inicio al tratamiento de diálisis a los pacientes.

Norma 17. No debe abandonar el médico nefrólogo la unidad de diálisis o irse de ella, hasta que no salga el último paciente de recibir su tratamiento dialítico en su respectivo turno y estar hemodinámicamente estable.

Norma 21. El personal médico y de enfermería al ingresar a las áreas de diálisis, debe tener en el caso del médico su bata y el de enfermería su respectivo uniforme.

Norma 22. Distribuir equitativamente el personal de enfermería técnica en diálisis, por parte de la coordinadora de enfermería en cada turno de trabajo.

Norma 29. Cada paciente al ingresar al área donde va a recibir su tratamiento dialítico debe cambiarse la ropa con que viene de la calle por otra que debe tener en la Unidad, en el sitio destinado a cambiársela o traerla de su hogar.

Norma 39. Los pacientes deben ser tratados con respeto y educación por parte del personal que labora en la Unidad de diálisis.

Norma 42. Los pacientes no deben consumir alimentos dentro de la Unidad durante el tiempo que dure su tratamiento de diálisis.

Norma 53. La unidad de diálisis deberá realizar a los pacientes exámenes de laboratorio, de acuerdo con el esquema siguiente:

- Al ingreso: hematología completa, urea, creatinina, electrolitos, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, glicemia, bilirrubina, TGO, TGP, proteínas totales y fraccionadas, antígeno de superficie para hepatitis B, Ig G para hepatitis B, Ig G antihepatitis C y VIH.
- Mensual: Urea pre y post hemodiálisis para la determinación de la urea, creatinina, electrolitos, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, glicemia, bilirrubina, TGO, TGP, proteínas totales y fraccionadas, hematología completa, colesterol y triglicéridos.

- Trimestral: Transferina y/o ferritina, hierro sérico, antígeno de superficie para hepatitis B, anticuerpo para hepatitis C, Anticore, VIH, Hormona paratiroidea intacta.

Norma 58. El personal que labora dentro de la Unidad de diálisis debe cumplir con las medidas universales de bioseguridad.

Norma 78. Todo el personal que labora en la Unidad de diálisis debe conocer sus funciones y las normas por las que se rige la Unidad.

Las normas anteriormente descritas, están relacionadas con la investigación del caso clínico del paciente masculino sexagenario con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico; el cual recibe tratamiento y asistencia médica en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia.” en la modalidad de hemodiálisis tres (3) veces a la semana, los días martes, jueves y sábado en un horario correspondiente a tres (3) horas diarias según indicaciones del médico nefrólogo. Cabe resaltar, que la investigadora cumple sus pasantías correspondientes al Curso Especial de Grado, para optar al título de Licenciada en Enfermería en la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta, y en la misma recibe tratamiento dialítico el paciente objeto de estudio.

3.5 Teoría y/o Modelo de Enfermería para el Proceso Enfermero.

En el siguiente apartado se desarrolla las teorías o modelos de enfermería con las que se emplearán el proceso enfermero al paciente de esta investigación, donde veremos aspectos importantes de sus biográficas para comprender quienes fueron, que hicieron y porque lo hicieron, también se describirá los aspectos teóricos de sus teorías, las teorías que la investigadora consideró apropiadas para abordar el caso clínico del paciente, son: la teoría de Dorothea Orem, Callista Roy, y Nola Pender.

3.5.1 Dorothea Orem

3.5.1.1 Aspectos bibliográficos.

De acuerdo a la asociación española de enfermería (2019), Dorothea E. Orem (Baltimore 1914 – Savannah 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. En 1930, a los 16 años, se graduó en Enfermería en el Providence Hospital de Washington dirigido por las Hijas de la Caridad. En 1936, obtuvo el título de Ciencias en la Educación de Enfermería, y en 1946 realizó un máster en la misma área, ambos en la Universidad Católica de América, desempeñó su trabajo como profesional de enfermería en distintos ámbitos tanto públicos como privados en la atención de adultos y niños, realizando asistencia hospitalaria y domiciliaria de manera que a partir de 1940 se incorpora a la docencia como directora de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años.

Así mismo fue profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América, y Decana en 1966, también asesora y consultora del Consejo de Salud del estado de Indiana, la Oficina de Educación de Estados Unidos, y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social y trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic, luego desarrolló “Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado”. Es autora de varios libros, entre las obras publicadas destacan Modelo Orem y Normas prácticas de enfermería. Fue distinguida con gran cantidad de premios, la Universidad de Georgetown le adjudicó el doctorado honorario en Ciencias en 1976. Y en 1980 obtuvo el Premio de la Asociación de Alumnos por la teoría desarrollada.

Posteriormente, Fue nombrada socia de honor de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental y homenajeada el día 31 de mayo de 1989 en un acto celebrado en el Hospital de San Rafael de Madrid. En aquellos días de su estancia en España visitó el Hospital General y Docente de Guadalajara, el Hospital Psiquiátrico de San José de Ciempozuelos y participó como ponente en una Jornada de Enfermería

de Salud Mental que tuvo lugar en Palencia. En todos los centros que visitó estuvo muy atenta a las necesidades de las enfermeras en general y de las enfermeras de salud mental, animando a todos y todas a seguir en la brecha de los cuidados enfermeros dando gran valor al método, al compromiso y al humanismo. Igualmente visitó el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como otras instituciones oficiales.

3.5.1.2 Fundamentos teóricos.

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería. Dorothea Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

- ✓ La teoría del autocuidado muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.
- ✓ La teoría del déficit de autocuidado postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.
- ✓ La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico del déficit de autocuidado.

Según Naranjo (2019), el metaparadigma de enfermería según Dorothea Elizabeth Orem, es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros, por lo que representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera(o). Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería. Por otro lado, Fernández et al (2019) plantea que Dorotea Elizabeth Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos:

- Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo, la importancia de que los enfermeros conozcan

estos conceptos, estriba en que les permite definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

3.5.2 Callista Roy

3.5.2.1 Aspectos Bibliográficos.

De acuerdo con Blogger (2012) Sor Callista Roy estudio enfermería en 1963 en Mount Saint Mary's College en Los Ángeles y después en 1966 un realizo master en enfermería en la Universidad de California. Más tarde inicio un master en sociología en el año 1973 y un doctorado en lo mismo en el año 1977 en la Universidad de California, cuando realizaba su master le pidió a Dorothy E. Johnson que desarrollaran un modelo conceptual de enfermería, posterior a eso ccomenzó a trabajar como enfermera en pediatría y ahí se dio cuenta de la gran capacidad que tenían los niños en adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, esto la impacto de tal manera que lo considero como un marco conceptual para la enfermería.

Sor Callista Ruy puso en marcha su modelo en el año 1968, este se presentó por primera vez en el año 1970 en un artículo publicado en la Nursin Outlook fot Nursing. También fue profesora en diversas Universidades, desde 1983 a 1985 trabajo como enfermera clínica especialista en neurología en la Universidad de California, San Francisco. Realizo un gran número de libros, capítulos y artículos, los cuales los publico periódicamente, también impartió numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría de la adaptación.

En el 2007 fue reconocida por la American Academy of Nursy como una Living Leyend. Es una teórica muy respetada. Enfermera, escritora, profesora, investigadora y docente que actualmente ocupa el cargo de profesora y teórica de la enfermería en

la Escuela de Enfermería de Boston College en Chestnut Hill, Massachusetts y realiza conferencias constantemente.

3.5.2.2 Fundamentos teóricos

Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963. Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. Las bases teóricas que utilizó fueron:

- **Filosofía:** La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.
- **Teoría:** Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que, de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.
- **Meta teoría:** Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada teoría de las teorías. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una metateoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una metateoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías.

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

- Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- ✓ Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- ✓ Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- ✓ Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno:

- Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.
- Cuidado de enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.
 - Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
 - Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
 - Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
 - Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.
- Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.
- Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está

cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Relaciones de aplicación de la teoría:

- ❖ Enfermero – paciente: Roy subraya que, en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.
- ❖ Paciente – enfermero: Paciente que recibe los cuidados enfermeros. Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:
- ❖ Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).
- ❖ Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).
- ❖ Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.
- ❖ Familia – enfermero: Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

3.5.3 Nola pender

3.5.3.1 Aspectos Bibliográficos.

Según Blogger (2017) Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, EE. UU y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer. A los 7 años vivió la experiencia de ver como su tía recibía cuidados de enfermería, lo que creó en ella “una gran fascinación por el trabajo de enfermería” su idea de enfermería era cuidar de ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas, su familia la animó en su objetivo de llegar a ser enfermera diplomada, merced a lo cual se matriculó en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. Recibió su diploma de enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica en un hospital de Michigan.

En 1964, Pender obtuvo un bachillerato de ciencias de enfermería (BSN) de la universidad de Michigan. Obtuvo el MA en crecimiento y desarrollo humano por la Universidad del Estado de Michigan en 1965, el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois, cuando obtuvo su PhD, Pender experimentó una desviación en su pensamiento que la llevó a definir el objetivo de la enfermería como la salud óptima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades, también en 1981 es admitida como miembro de la American Academy of Nursing, fue presidenta en los años 1991 y 1993 y en 1982 presentó la 1ra edición del modelo de promoción de la salud y en 1996 la 2da edición de este.

3.5.3.2 Fundamentos teóricos

Según Zolano (2018), Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje social de Albert Bandura, que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta es de gran importancia para el MPS.

Modelo De Promoción De La Salud

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción, por lo tanto el modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria, este modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Metaparadigmas

- Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

- Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

3.5.4 Relación del Caso Clínico con las Teorías.

Se empleará la valoración subjetiva del paciente objeto de estudio, mediante los 8 requisitos universales del cuidado de Dorothea Orem, que permitirán identificar los aspectos más relevantes que posee el paciente ante su enfermedad, para así ofrecerle una atención adaptada a las necesidades de autocuidados, de esta manera conservar un bienestar físico y psicológico en el mismo.

En el cual se tomará como referencia el modelo de déficit de autocuidado, dado que el paciente objeto de estudio, incluye una deficiencia en su autocuidado por los hábitos de vida no saludables y la falta de conocimientos ante su enfermedad. Sin embargo, este modelo de Orem tiene como finalidad establecer acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida del paciente. Asimismo, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias. Además, se puede utilizar ciertos métodos de ayuda como guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para su desarrollo.

Se aplicará la teoría de adaptación de Callista Roy, es un modelo basado en la adaptación de los niños, sin embargo dispone de varios modelos que son de provecho para la adaptación del paciente en cuanto a su enfermedad, se encuentra que el paciente tiene un nivel adaptativo comprometido derivado de sus respuestas fisiológicas, por lo tanto, los diagnósticos de enfermería y sus intervenciones de

cuidado son dirigidas a fortalecer la educación brindada al paciente, por lo tanto, se buscara adaptación con actividades de autocuidado, concientización y formas de adaptarse a este nuevo estilo de vida.

Esto se logrará, por el abordaje de la “la promoción de la salud” de Nola Pender, esto con el fin de elevar el nivel de bienestar del paciente, ofreciéndole las herramientas necesarias para enfrentar y responder ante las situaciones que se puedan presentar en relación con su enfermedad, mientras transcurre el proceso adaptativo.

3.6 Glosario de términos

- **Adinamia:** Según Hernández (2020), la adinamia es una sintomatología que puede sufrir el ser humano por la cual los músculos del cuerpo pierden prácticamente la totalidad de su fuerza, lo que provoca que la persona que la padece tenga muchas dificultades para realizar cualquier tipo de movimiento.
- **Albumina:** La asociación española de pediatría (2020) define que la albúmina es un agente oncótico derivado del plasma que se emplea para uso a corto plazo en el mantenimiento del volumen intravascular en situaciones clínicas limitadas actuando como un expansor de volumen. Produce un incremento en la presión oncótica intravascular y produce movilización de fluidos desde el intersticio hacia el espacio intravascular.
- **Anemia:** Según Martínez (2021) la anemia es una afección por la cual la cifra de hemoglobina está disminuida en los glóbulos rojos.
- **Anorexia:** es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una restricción de la ingesta de alimentos y la pérdida significativa de peso. Sánchez (2021)
- **Cefalea:** Según la Organización Mundial de la salud (2016), define las cefaleas (caracterizadas por dolores de cabeza recurrentes) son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso.

- **Cetoacidosis:** (DKA, por sus siglas en inglés) es una complicación grave de la diabetes, que puede ser mortal, la cetoacidosis diabética es más frecuente en las personas que tienen diabetes tipo 1 y 2. centros para el control y la prevención de enfermedades crónicas, (2021)
- **Edema:** Según García (2022), Los edemas son un signo que aparece en muchas enfermedades y se manifiesta como una hinchazón de los tejidos blandos debida a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial.
- **Glucagón:** el glucagón es una hormona que, igual que la insulina, también se produce en el páncreas. La principal diferencia la encontramos en el efecto que produce, siendo contrario precisamente al de la insulina: aumentar los niveles de glucosa en sangre. Si nuestro organismo funciona de forma normal, el glucagón y la insulina trabajan de forma coordinada para regularse. Asociación de diabetes (2020)
- **Glucosa:** Según Angulo (2022), suele llamársele azúcar en la sangre. Se trata del más simple de los carbohidratos, lo que lo hace un monosacárido, es decir, que tiene un azúcar.
- **Hiperglicemia:** La hiperglucemia aparece cuando los niveles de glucosa en sangre están elevados, superando ampliamente los objetivos de control establecidos, comienzan a producirse en el organismo los cuerpos cetónicos, producidos en el hígado por la degradación de las grasas liberadas al torrente sanguíneo en situaciones de gran deficiencia insulínica. Escalada, (2022).
- **Insulina:** Según la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2019), La insulina es una hormona liberada por el páncreas como respuesta a la presencia de glucosa en la sangre. La insulina permite que la glucosa penetre en las células para ser utilizada como fuente de energía.
- **Macroangiopatía:** Afectación de arterias de mediano y gran calibre como consecuencia de la diabetes mellitus. Puede afectar al territorio coronario, dando

lugar a cardiopatía isquémica; a la circulación cerebral, produciendo accidentes isquémicos o hemorrágicos o a la circulación periférica.

- **Microalbuminuria:** es la pérdida de pequeñas cantidades de albúmina a través de la orina. Dr. Bezerra (2023).
- **Microangiopatía:** es una enfermedad vascular que afecta a las arteriolas y los capilares en el marco de la diabetes mellitus.
- **Nefropatía:** Según el Dr. Angoso G. (2023) la nefropatía hace referencia a aquellas enfermedades y patologías que afectan al riñón.
- **Neuropatía:** es un daño en los nervios causado por la diabetes. Con el tiempo, las concentraciones altas de glucosa en la sangre, o azúcar en la sangre, y de grasas en la sangre, como los triglicéridos, causadas por la diabetes, pueden dañar los nervios.
- **Oliguria:** la oliguria se define como la disminución de la producción de orina por debajo de la cantidad normal.
- **Parestesia:** La parestesia es un trastorno de la sensibilidad de tipo irritativo que se manifiesta con sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo. Dr. J. Maset (2020).
- **Podocitos:** son células epiteliales muy diferenciadas que forman la capa visceral de la cápsula glomerular en el riñón.
- **Polifagia:** es el excesivo deseo de comer que se presenta en algunos estados patológicos. Real academia española (2022).
- **Polidipsia:** Sed excesiva que se acompaña de la ingestión exagerada de líquidos, preferentemente agua.
- **Poliuria:** La poliuria es el aumento de la producción de orina en el organismo. Biolatto (2023).
- **Proteinuria:** Las proteínas en la orina (lo que también se denomina proteinuria) es el exceso de proteínas sanguíneas en la orina.

- **Retinopatía:** La retinopatía diabética es una afección del ojo que puede causar pérdida de visión y ceguera en personas con diabetes. Afecta los vasos sanguíneos de la retina (la capa de tejido sensible a la luz en la parte de atrás del ojo).

CAPITULO IV

ESTUDIO DE CASO CLINICO ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO V/V SECUNDARIA A NEFROPATÍA DIABÉTICA EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO

En el siguiente capítulo se describirá todo lo referente al Proceso Enfermero aplicado a la paciente objeto de estudio. El mismo abarca título, resumen del caso, los objetivos, los antecedentes personales, familiares y quirúrgicos del paciente, la valoración objetiva que será realizada a través de un examen físico céfalo-caudal y valoración subjetiva mediante 8 requisitos universales del autocuidado de Dorothea Orem, el modo de adaptación de Callista Roy y el modelo de promoción de salud de

Nola Pender, de este modo establecer los cuadros analíticos y planes de cuidados de enfermería utilizando como referencia la taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018).

4.1 Título del caso clínico

Proceso enfermero a masculino sexagenario con Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento Hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” 2023.

4.2 Resumen del caso clínico

Se trata de paciente masculino sexagenario de 64 años de edad, venezolano, natural y procedente del Estado Sucre, domiciliado actualmente en el Espinal, Municipio Diaz, Estado Nueva Esparta, con antecedentes de Diabetes mellitus tipo II de larga data (41 años). Quien refiere inicio de la enfermedad renal crónica en octubre el año 2018 a sus 60 años de edad, cuando presentó astenia, disnea, oliguria y edema en ambos miembros inferiores, en ese momento el paciente se encontraba de viaje de visita a sus familiares, en la ciudad de Cariaco, estado sucre, al presentar los síntomas antes mencionado decide viajar a Margarita para acudir a la consulta con el internista Dr. Roque Chacón, quien realiza valoración física, evalúa resultados de pruebas de funcionalismo renal (ácido úrico, urea y creatinina) los cuales estaban elevados y, por lo tanto, refiere a consulta con Nefrología, e indica antidiurético. El paciente Acude a consulta con el Nefrólogo Dr. Luis Velásquez realiza valoración física, ecografías y evalúa paraclínicos nuevamente, donde se evidencia una nefropatía diabética terminal, acompañada de una Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V.

Posterior a eso, el paciente presenta angina de pecho y acude al Dr. Roque Chacón nuevamente, por ende, después de la valoración física lo refiere a Cardiología, el

paciente acude a una consulta con cardiología de manera que, luego de una valoración física, de ecos Doppler y exámenes clínicos se evidencio Cardiopatía Hipertensiva AP, Hipertensión Arterial sistólica aislada estadio II, Trastorno del ritmo: bradicardia sinusal y palpitaciones.

Por consiguiente, el paciente en noviembre de 2018 es sometido a cirugía para la colocación de un catéter agudo en la yugular interna derecha y de esta manera iniciar con el tratamiento de reemplazo renal, indicado por el médico tratante, en la modalidad de hemodiálisis. El paciente en septiembre del año 2019 es sometido nuevamente a cirugía para cambiar el catéter agudo debido a que el mismo dejo de funcionar adecuadamente, y de esta manera reemplazarlo por catéter Permacath YIIzq, el cual fue colocado en la vena yugular interna izquierda. A finales del 2019 se arterializa una vena por medio de una fistula arteriovenosa braquial izquierda, puesto que es la última que mantiene en la actualidad por medio de esta recibe tratamiento dialítico (hemofiltración) en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia “, el tratamiento es de (3) veces por semana (martes, jueves y sábado) con duración de (3) horas interdiarias, con alto flujo y bicarbonato como buffer , microdosis de heparina, dializador 18 HX, con una velocidad de la bomba de sangre (QB) 280 ml/ min, una velocidad del líquido de Diálisis (QD) 500 ml/ min, y una tasa de ultrafiltración (TUF) de 800 ml/h, con una ganancia interdialítica promedio de 1.5 a 2kg, recibiendo tratamiento farmacológico con Ácido fólico, Complejo B, Calcio, Eritropoyetina, Hierro, Heparina, vitamina C, Losartan, Nifedipina y Carvedilol. Evaluó paciente hemodinámicamente estable y consciente, sin embargo, el paciente presenta un inadecuado estilo de vida saludable en cuanto a su alimentación y la falta de conocimiento sobre los riesgos que pueda presentar en cuanto a su enfermedad.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Aplicar proceso enfermero a masculino sexagenario con Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento hemodialítico que acude a la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, utilizando la taxonomía NANDA- NIC-NOC y una conjugación entre los 8 requisitos universales de Dorothea Orem, modelo de adaptación de Callista Roy y el modelo de la promoción de la salud de Nola Pender.

4.3.2 Objetivos específicos

- Valorar el estado de salud del paciente objetivamente a través del examen físico céfalo-caudal y subjetivamente por medio de los 8 requisitos de Dorothea Orem, 4 modos de adaptación de Callista Roy y los 11 conceptos de Nola Pender, para la identificación de los problemas de enfermería.
- Enunciar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los requisitos, modos adaptativos y conceptos básicos incumplidos utilizando la taxonomía NANDA (2021-2023) para la atención del paciente.
- Identificar los objetivos de acuerdo a los problemas de enfermería y colaborativos utilizando como referencia la taxonomía de objetivos NOC (2018) para la evolución del paciente
- Planificar los cuidados de enfermería de acuerdo a los objetivos de la taxonomía NOC (2018) que permitan una atención integral del paciente.
- Ejecutar intervenciones de enfermería de acuerdo a la taxonomía NIC (2018) para la resolución de problemas presentes.
- Evaluar la evolución del paciente de acuerdo a la clasificación de resultado de enfermería (CRE), a través de los indicadores de medición y definición utilizando una escala de Likert

4.4 Historia de enfermería.

4.4.1 Anamnesis

Datos personales

Nombre: A.R

Fecha de nacimiento: 01-06-1959

Edad: 64 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Dirección: El Espinal, Municipio Diaz, Estado Nueva Esparta.

Nacionalidad: venezolano

Ocupación: Comerciante (no ejerce)

Nro. De Historia Clínica: 33.01.36

Fecha de Ingreso: noviembre 2018

Diagnóstico Médico: Enfermedad Renal Crónica estadio V/V Secundaria a una Nefropatía Diabética

Antecedentes personales

Diabetes Mellitus 41 años

Retinopatía Diabética 57 años

Nefropatía diabética 58 años

Enfermedad Renal Crónica 59 años

Hipertensión arterial 59 años

Cardiopatía Hipertensiva 59 años

Fractura de cadena y fémur 62 años

Covid-2019 63 años

Antecedentes familiares

Madre Fallecida (Cáncer de útero).

Padre vivo con Diabetes mellitus.

Hermanos (6) Aparentemente sanos, (1) fallecido (Síndrome de Down).

Hijos (6) aparentemente sanos.

Esposa cáncer en el esternón.

Antecedentes quirúrgicos

2018- colocación de catéter agudo en la vena yugular derecha

2019- Retiro de catéter agudo.

2019- Colocación de catéter Permacath en la vena yugular izquierda.

2019- Arterialización venosa por medio de una fistula arteriovenosa braquial izquierda.

2020. Intervención quirúrgica por fractura de cadera y fémur

Hábitos de vida

Tipo de Alimentación: No cumple una dieta adaptada a sus necesidades.

Defecación: Una (1) vez al día aproximadamente, a veces pasa 3 días sin evacuar.

Descanso: Ocasionalmente en las tardes.

Relajación y sueño: No esta relajado, duerme pocas horas en las noches.

Habitas psicosociales

Cigarrillo: Niega

Café: Niega

Alcohol: Niega

Nivel de Estrés: Se siente estresado por no poder hacer el mismo sus cosas.

Sufrimiento y confort: Incómoda debido a la enfermedad.

Nivel Comunicativo: Poco comunicativa.

Adaptación: Baja

4.4.2 Valoración del paciente.

4.4.2.1 Valoración objetiva: Examen Físico céfalo-caudal

- **Cuero cabelludo:** limpio sin presencia de descamaciones, costras, ni lesiones, no doloroso a la palpación.
- **Pelo negro:** brillante, normoimplantado, grasoso, no quebradizo, grueso, resistente, sin presencia de alopecia.
- **Cejas:** presentes, simétricas, negras, extensión normal, sin presencia de descamación, normoimplantadas.
- **Ojos:** alineados, simétricos, centrados, sin movimientos anormales, con presencia de cataratas, retinopatía proliferativa con edema macular clínicamente significativo (EMCS) en el ojo izquierdo y hemorragia vítrea grado III en el ojo derecho.
- **Oídos:** pabellón auricular en forma de C, simétricos, normoimplantados, tamaño mediano, sin presencia de lesiones, no doloroso a la palpación.
- **Nariz:** simétrica, centrada no dolorosa a la palpación, sin secreciones, permeable, lisa sin tumoraciones.
- **Boca:** labios simétricos, húmedos, consistencia blanda, sin presencia de lesiones, encías húmedas, sin presencia de sangrado, sin lesiones, con presencia de prótesis dental.
- **Cuello:** central, simétrico, con cicatriz en la vena yugular por intervención quirúrgica, glándulas tiroideas no palpable, ni visible, ganglios linfáticos no visibles, no palpables.
- **Extremidades superiores:** Ambos brazos, simétricos, con presencia de una arterialización venosa en el brazo izquierdo, sin edemas, piel morena, húmeda, hidratada, uñas presentes, ovaladas, gruesas, simétricas, higiénicas, sin presencia de lesiones.
- **Tórax:** simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios normales, respiraciones normales, rítmicas, sin esfuerzo, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minutos, saturación de 98% y frecuencia cardíaca 65 por minutos.

- **Abdomen:** blando, depresible no doloroso, sin edema ni pulsaciones visibles. Ombligo centrado, isocromico, sin, lesiones, ni secreciones. Abdomen sin presencia de inflamación, de líquidos, tumores o masas.
- **Miembros inferiores:** Sin edemas, con presencia de cicatriz por una intervención quirúrgica de fractura de fémur, piel hidratada uñas limpias.

Signos Vitales

Tensión Arterial: 175/74 mm/hg

Frecuencia Cardiaca: 65 ppm.

Frecuencia Respiratoria: 18 rpm

Temperatura: 37 °C.

Medidas Antropométricas

Talla: 1,70 cm.

Índice de Masa Corporal: 25,50

Peso seco: 80 kg.

Peso húmedo: 82 kg.

Ganancia interdialítica: 1.5 a 2 kg.

4.4.2.2 Valoración Subjetiva: 8 Requisitos Universales del autocuidado de Dorothea Orem.

1-Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire: La persona es capaz de respirar sin presentar dificultad alguna.

Datos subjetivos: Respiro adecuadamente sin ningún problema.

Análisis: Este requisito se cumple, dado que el paciente no presenta dificultad para respirar.

2-Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua: La persona debe conocer la cantidad de líquido que debe ingerir.

Datos subjetivos: Diario ingiero una botella de medio litro de agua, aunque si por mi fuera tomara más agua.

Análisis: Este requisito se cumple, debido a que el paciente mantiene una restricción con la cantidad de líquido que debe ingerir.

3-Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos: Conocimientos sobre la cantidad de alimentos y la dieta adecuada que debe llevar.

Datos subjetivos: No llevo un control en la dieta, consumo todo lo que me antoja y no tengo horario para la ingesta de alimentos.

Análisis: Este requisito no se cumple, dado que el paciente no cumple con una dieta adecuada.

4-Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal: Eliminar aquello que no necesita el cuerpo.

Datos Subjetivos: No orino desde hace 4 años y a veces paso 3 días sin evacuar, pero no siempre pasa.

Análisis: Este requisito no se cumple, puesto que el paciente no tiene una función excretora por la enfermedad renal crónica y los días de estreñimiento sin evacuar es por la inadecuada ingesta de alimentos que le proporciona al cuerpo.

5-Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso: El reposo es una necesidad imprescindible del ser humano para un mejor autocuidado.

Datos Subjetivos: El paciente refiere, en las noches me cuesta dormir tengo que tomar a veces alprazolam, para que me ayude a poder descansar un poco, en cambio en el día a veces puedo descansar.

Análisis: Este requisito no se cumple, debido que el paciente sufre de insomnio, por lo tanto, no mantiene un descanso adecuado.

6-Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social: La persona es capaz de comunicar sentimientos y pensamientos sin necesidad de ayuda.

Datos subjetivos: Soy poco expresivo, me cuesta expresar mis sentimientos con mis familiares, sin embargo, mantengo una comunicación con las personas a mi alrededor.

Análisis: Este requisito se cumple. El paciente mantiene una comunicación con las personas a su alrededor, aunque se le dificulta expresar sus emociones con sus familiares.

7-Prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano: Alejarse de situaciones peligrosas que pueda afectar el estado del paciente.

Datos Subjetivos: “Muy poco salgo de casa, aunque a veces me hecho mis escapaditas, me voy de paseo en la camioneta cerca de la misma comunidad, mi familia se enoja porque es un peligro para mi andar solo que puedo tener un accidente, debido a que, por la diabetes, tengo perdida en un ojo y el otro con visión borrosa”

Análisis: Este requisito no se cumple, puesto a que el paciente, se enfrenta en situaciones peligrosas al salir solo, sin ninguna compañía.

8-Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano: Capacidad de cumplir con acciones que pueden ayudar al individuo a alcanzar su potencial y a desenvolverse de la mejor manera posible en el mundo que le rodea

Datos subjetivos: El paciente refiere, “trato de no me limitarme en nada, a pesar que tengo la vista borrosa, y dependo de mi andadera, salgo a veces solo, si se me daña el carro lo llevo arreglar, trato siempre de solucionar mis cosas porque me siento capaz a pesar de mi enfermedad y a pesar que no siempre me siento muy bien de salud”

Análisis: Este requisito se cumple, dado que el paciente a pesar de su enfermedad, no se limita para enfrentar su día a día.

4.4.2.3 Valoración Subjetiva: (4) modos de adaptación de Callista Roy.

1-Modo adaptación fisiológica: Este modo tiene relación con las respuestas del organismo y se encuentra contemplado en cinco (5) necesidades básicas:

- **Función de Nutrición:** Serie de procesos integrados asociados a la digestión, como asimilación y metabolismo de alimentos, provisión de energía, construcción de tejidos y regulación de procesos metabólicos.

Datos Subjetivos: El paciente refiere, tiene una ingesta de alimentos no controlado, y se alimenta tres veces al día.

Análisis: Función Afectada, dado que el paciente no cumple con la restricción de alimentos que debería llevar por su enfermedad renal crónica.

- **Función de Eliminación:** Incluye el proceso fisiológico de excreción de desechos metabólicos a través de los intestinos y los riñones.

Datos Subjetivos: “Tengo varios años que no orino, por mi enfermedad renal crónica y a veces paso días sin evacuar”

Análisis: Esta función está afectada, debido a que el paciente tiene perdida en la función excretora por la enfermedad renal y pasa días sin evacuar por factores dietético, como bajo consumo de fibras y también influye la restricción en el consumo de líquidos.

- **Función de Oxígeno:** Involucra los requerimientos de oxígeno del organismo y los procesos básicos de ventilación, intercambio y transporte de gases.

Datos Subjetivos: “Respiro bien sin ninguna dificultad”

Análisis: Función se cumple, ya que el paciente mantiene una saturación y frecuencia respiratoria, de acuerdo a los parámetros normales.

- **Función de Actividad y descanso:** Son los procesos básicos de movilidad y sueño, así como el funcionamiento fisiológico óptimo y los periodos de restauración y reparación.

Datos Subjetivos: “No descanso por las noches”, duermo pocas horas, en el día es que logro medio descansar o si no hago algunas actividades en el hogar para distraer mi mente”

Análisis: Esta función está afectada, por lo que el paciente sufre de insomnio, y no mantiene las horas correspondientes para mantener un descanso optimo.

- **Función de protección:** Esta es una función vital por cuanto contempla los procesos de defensa del organismo contra agentes que pueden ser nocivos y alterar la integridad corporal como sustancias, bacterias, virus o células anormales.

Datos Subjetivos: Mantengo mi higiene corporal, me baño una o dos veces al día, uso crema corporal, mi esposa me ayuda a cortarme las uñas, ya que por la diabetes debo tener mucha precaución de no lesionarme la piel.

Análisis: Se cumple esta función, dado que el paciente mantiene su integridad corporal.

2-Modo de adaptación de autoconcepto: Se refiere a la imagen que el paciente tiene de sí mismo.

Datos Subjetivos: El paciente refiere, un día amanezco bien o a veces estoy triste, hay días en que me siento insuficiente por mi estado de salud, pero luego me levanto con ganas de hacer de todo un poco, quisiera sentirme mejor y cambiar mi estilo de vida, pero yo mismo no pongo de mi parte, siempre le pido a Dios y a mi mamá que cuiden de mí.

Análisis: Este modo de adaptación está afectado, ya que el paciente evidencia un desnivel en sus emociones por la situación que padece en cuanto a su salud.

3-Modo de adaptación de rol: Relacionado con las responsabilidades y tareas que el paciente tiene en su vida.

Datos Subjetivos: El paciente refiere, antes tenía la responsabilidad de sustentar el hogar, pero ya no puedo por mi estado de salud y mi condición física se me dificulta, ahora dependo de mi hija se encarga del negocio familiar a la cual la deje a cargo, pero continuo cumpliendo con el rol de esposo y padre.

Análisis: Esta adaptación está afectada, dado que el paciente se desprende del rol del trabajo y no puede cumplir con el papel de ser el sustento de su familia.

4-Modo de adaptación de interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto).

Datos Subjetivos: El paciente refiere, necesito ayuda para poder movilizarme a la unidad de hemodiálisis, ya que no puedo manejar solo, por la pérdida de la visión de un ojo y visión borrosa del otro, pero a veces me hecho mis escapaditas solo para lugares cercanos.

Análisis: Este modo de adaptación está afectado, el paciente objeto de estudio, no tiene independencia, por lo tanto, depende de un familiar para traslado a la unidad.

4.4.3.4 Valoración subjetiva: Modelos de la promoción de la salud de Nola Pender.

1-Conducta previa relacionada: La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

Datos Subjetivos: el paciente refiere, a veces intento comer sano y cuidarme, pero después me da ansiedad y empiezo a comer todo lo que me provoca y eso no es desde hace poco, siempre ha sido así.

Análisis: el paciente objeto de esta investigación no acepta que debe mantener una alimentación adecuada.

2-Factores personales biológicos: Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

Datos subjetivos: paciente refiere, tengo 64 años de edad, del sexo masculino, soy el único que de la familia padece de enfermedad renal, desconozco de mi índice de masa corporal, no realizado ningún tipo de ejercicio.

Análisis: Este factor no está alterado, el paciente objeto de esta investigación, está consciente de algunas variables, pero desconoce de su índice de masa corporal.

3-Factores personales psicológicos: Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

Datos subjetivos: A veces me siento motivado, pero hay días en los que no, por lo mal que me siento de salud y por depender de una andadera para poder caminar se me bajan los ánimos.

Análisis: Según lo descrito mencionado anteriormente se encuentra afectado, dado que el paciente está desmotivado por cómo se siente en cuanto a su enfermedad y con la autoestima baja, por ver que depende de un objeto para poder caminar.

4-Factores personales socioculturales: Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

Datos subjetivos: el paciente refiere, conozco mis orígenes y de dónde vengo, mi estado económico no es como antes que yo me valía por sí mismo o de mis capacidades, actualmente dependo de la economía que genera mi hija, quien es la que trae el sustento a la casa.

Análisis: Este factor no está alterado.

5-Beneficios percibidos de acción: Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Datos subjetivos: el paciente refiere, cuando salgo de diálisis salgo muy bien, con mucha hambre, y empiezo a comer de todo, pero cuando paso dos días que no me he dializado, ando con esa tensión alta, y es donde me empiezo asustar.

Análisis: el aspecto mencionado anteriormente se encuentra afectado ya que el paciente refiere sentirse bien de salud cuando recibe su tratamiento dialítico, pero al pasar los días sin recibir tratamiento su conducta de salud cambia.

6-Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

Datos subjetivos: el paciente refiere, yo se las consecuencias de no cuidarme, pero cuando salgo de la diálisis a los sábados, me doy mis gusticos, en vez de comer algo sano.

Análisis: El paciente sabe las complicaciones que puede tener al no cuidarse y aun así no lleva un estilo de vida adecuado.

7-Autoeficacia percibida: El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, la autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

Datos subjetivos: Mi familia siempre me dice que tengo que evitar comer algunas comidas, y sé que debo mantener una alimentación saludable, pero no puedo, a veces digo voy a darme un gustico, más tarde la diálisis me ayudara a eliminarlo.

Análisis: El paciente no ejerce conductas promotoras desconoce de los riesgos y las funciones que ejerce la Diálisis.

8-Influencias interpersonales: Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás, Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular).

Datos Subjetivos: el paciente refiere, en la unidad de hemodiálisis cada quien tiene sus propias conductas, yo no imito ninguna conducta, yo soy yo con mis defectos y humores, allí cada quien está en lo suyo.

Análisis: según lo mencionado anteriormente este aspecto se cumple, el paciente mantiene una conducta particular.

9-Compromiso con un plan de acción: El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

Datos Subjetivos: El paciente refiere, quisiera poder aceptar la orientación para mejorar mi salud.

Análisis: El paciente quisiera aceptar el compromiso de intentar mejorar para tener un estilo de vida saludable.

10-Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia y las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para «picar» algo.

Datos Subjetivos: El paciente refiere, sé que tengo que mejorar mi dieta alimenticia, porque quiero estar mejor de salud, aparte quiero durar unos añitos más y estar acompañando de mi esposa no quisiera dejarla sola.

Análisis: El paciente recibirá por parte del personal de enfermería orientación de cómo debe llevar una alimentación adecuada de acuerdo a sus necesidades.

11-Conducta promotora de salud: El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Datos Subjetivos: El paciente refiere, me gustaría empezar a tener una alimentación sana, y de conocer sobre la patología, estoy dispuesto a aceptar algunas recomendaciones de como debo mejorar mi estilo de vida, porque la verdad quiero sentirme mejor de salud.

Análisis: el paciente debe comprometerse con las indicaciones que se les brindaran para lograr las acciones que promuevan su salud, a través de la concientización, para así poder mejorar su calidad de vida.

4.5 Cuadros analíticos y planes de cuidados.

Los cuadros Analíticos son herramientas utilizadas para expresar de forma resumida y simplificada las informaciones y referencias necesarias para comprender el plan de cuidado, simplemente organizando y brindando los cuidados necesarios

para facilitar, mantener y sostener los resultados, metas y objetivos. Brindando la atención para cada paciente individual de las actividades que están determinadas.

En relación a Tapias (2019 p.2.2) define el plan de cuidados de enfermería como un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Tiene como objetivo alinear a todos los involucrados en el cuidado de una persona dependiente para enfocar todos los esfuerzos hacia un objetivo común. A continuación, se presentan los cuadros analíticos y planes de cuidados ejecutados a el paciente objeto de esta investigación donde se establecen los resultados e intervenciones a ejecutar.



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

Cuadro 23. Cuadro analítico de los factores compromiso con un plan de acción, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y las conductas promotoras de salud

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Factores afectados de Nola	Diagnóstico de bienestar
Paciente refiere: “Quisiera poder aceptar la orientación para mejorar mi salud” “me gustaría empezar a tener una alimentación sana y de conocer sobre la patología, estoy dispuesto a aceptar algunas recomendaciones de como debo mejorar mi estilo de vida, porque la verdad quiero sentirme mejor de salud”	-Desconocimiento sobre lo concerniente a la patología, terapéutica, complicaciones en la terapéutica y la dieta prescrita.	-Deseo de aprender.	9)Compromiso con un plan de acción	(00264) Preparación para mejorar la alfabetización en salud.
		Necesidad	10)Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas	Evidenciado por: Deseo de mejorar la comprensión de la información de salud para realizar elecciones de cuidados de salud
		Programas de aprendizajes	11)Conducta promotora de salud	

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 24. Plan de cuidado de los factores compromiso con un plan de acción, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y las conductas promotoras de salud

Diagnóstico de Bienestar: (00264) Preparación para mejorar la alfabetización en salud. Evidenciado por: Deseo de mejorar la comprensión de la información de salud para realizar elecciones de cuidados de salud								
Dominio: (9) Afrontamiento/Tolerancia al estrés				Clase: (2) Respuesta de afrontamiento				
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)				
<p>Pender: 9) Compromiso con un plan de acción: El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.</p> <p>Pender: 10) Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno</p> <p>Pender: 11) Conducta promotora de salud: El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo.</p>	<p>(2015) Comportamiento de Alfabetización en Salud. Dominio: V. Salud Percibida Clases: U. Salud y calidad de vida</p>	<p>-Establecer relación educativa Enfermera/paciente. - Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente y familiares relacionado con el proceso de la enfermedad. -Describir el proceso de la enfermedad según corresponda. -Comentar cambios de estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar complicaciones futuras.</p>	<p>(5618) Enseñanza: Procedimiento y Tratamiento Dominio: 3. Conductual Clases: S. Educación para los pacientes.</p> <p>(5602) Enseñanza: Proceso de Enfermedad Dominio: 3. Conductual Clases: S. Educación para los pacientes.</p>	13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta.				
				1 ND	2 RD	3 AVD	4 FRD	5 SD
					AI		DI	
				Indicadores			A	D
				(201504) Verbaliza que comprende la información verbal relevante para la salud.	2 RD 4 FRD			
				(201507) Verbaliza que comprende el tratamiento recomendado.	2 RD 4 FRD			

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 25. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.*

Indicadores	Puntuación
Nunca demostrado	1
Raramente demostrado	2
A veces demostrado	3
Frecuentemente demostrado	4
Siempre demostrado	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 26. *Indicadores de los factores compromiso con un plan de acción, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y las conductas promotoras de salud.*

Indicadores del NOC	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
(201504) Verbaliza que comprende la información verbal relevante para la salud.		2(A)		4(D)	
(201507) Verbaliza que comprende el tratamiento recomendado.		2(A)		4(D)	
NOC: (2015) Comportamiento de Alfabetización en Salud. Dominio: V. Salud percibida. Clases: U. Salud y calidad de vida. A (Antes) D (Después).					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 27. Cuadro analítico del requisito del mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, modo de adaptación fisiológica y conducta previa relacionada.

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Requisito incumplido de Orem	Diagnóstico de Enfermería (Riego)	
	-No lleva una dieta adecuada. -No tiene un horario para la ingesta de alimentos. -Índice de Masa Corporal 25.50 -Kcal/día:3000	No toma las medidas que prevengan el problema de salud.	3) Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos	(00188) Comportamiento de salud propenso a riesgos r/c actitud negativa hacia los cuidados de salud. m/p No lleva una dieta adecuada. (Índice de Masa Corporal 25,50, Kcal/día: 3000)	
		Necesidad	Modo de adaptación afectada de Callista		
		Mejorar los hábitos de vida saludable en cuanto a la alimentación.	1)Fisiológica/Nutrición		
			Modelos afectados de Nola		
			1)Conducta previa relacionada		
	Modelos afectados de Nola				
			5)Beneficios percibidos de acción.		

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 28. Plan de cuidado del requisito del mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, modo de adaptación fisiológica, conducta previa relacionada y beneficios percibidos de acción.

Diagnóstico de enfermería (Real): (00188) Comportamiento de salud propenso a riesgos r/c actitud negativa hacia los cuidados de salud. m/p No lleva una dieta adecuada. (Índice de Masa Corporal 27.70-Kcal/día:1600)																													
Dominio: (1) Promoción de salud		Clase: (2) Gestión de la salud																											
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)																									
<p>Orem: Requisito N° 3 Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos: Conocimientos sobre la cantidad de alimentos y la dieta adecuada que debe llevar.</p> <p>Callista: 1- Modo adaptación fisiológica: Este modo tiene relación con las respuestas del organismo</p> <p>Función de Nutrición: Serie de procesos integrados asociados a la digestión, como asimilación y metabolismo de alimentos, provisión de energía, construcción de tejidos y regulación de procesos metabólicos.</p> <p>Nola: 1- Conducta prueba relacionada: La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.</p> <p>Nola 5-Beneficios percibidos de acción: Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.</p>	<p>(1902) Control de riesgo.</p> <p>Dominio: IV. Conocimiento o conducta de la salud</p> <p>Clase: T. Control de Riesgos.</p>	<p>- Establecer relación educativa enfermera/paciente</p> <p>- Brindar sesiones educativas a el paciente, sobre las complicaciones que trae consigo sus acciones.</p> <p>- Acompañamiento a el paciente, para lograr la adaptación con su nuevo estilo de vida.</p> <p>- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta prescrita.</p>	<p>(6610) Identificación de Riesgos.</p> <p>Dominio</p> <p>4. Seguridad</p> <p>Clase:</p> <p>V. Control de riesgo</p>	<p>13. Frecuencia de Aclaramiento de una Situación por Conducta.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ND</td> <td>RD</td> <td>AD</td> <td>FD</td> <td>SD</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AI</td> <td></td> <td></td> <td>DI</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Indicadores</td> <td>A</td> <td>D</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	ND	RD	AD	FD	SD	1			4		AI			DI		Indicadores			A	D
				1	2	3	4	5																					
				ND	RD	AD	FD	SD																					
				1			4																						
				AI			DI																						
Indicadores			A	D																									
				<p>(190802) Identifica los posibles riesgos para la salud.</p> <p style="text-align: center;">1 ND 4 FD</p>																									
				<p>(190208) Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p> <p style="text-align: center;">1 ND 4 FD</p>																									
				<p>(190221) Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.</p> <p style="text-align: center;">1 ND 4 FD</p>																									

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 29. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.*

Indicadores	Puntuación
Nunca demostrado	1
Raramente demostrado	2
A veces demostrado	3
Frecuentemente demostrado	4
Siempre demostrado	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 30. *Indicadores del requisito del mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos, modo de adaptación fisiológica, conducta previa relacionada y beneficios percibidos de acción.*

Indicadores del NOC	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
(190802) Identifica los posibles riesgos para la salud.	1 (A)			4 (D)	
(190208) Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	1(A)			4(D)	
(190221) Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.	1(A)			4(D)	
NOC: (1902) Control de riesgo. Dominio: IV. Conocimiento y conducta de la salud Clase: T. Control de riesgos. A (Antes) D (Después)					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018).



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

Cuadro 31. Cuadro analítico de los factores conducta previa y barreras percibidas de acción.

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Modelo afectado de Nola Pender	Diagnóstico de enfermería (Real)
<p>El paciente refiere: “a veces intento comer sano y cuidarme, pero después me da ansiedad y empiezo a comer todo lo que me provoca y eso no es desde hace poco, siempre ha sido así”.</p> <p>“yo se las consecuencias de no cuidarme, pero cuando salgo de la diálisis a los sábados, me doy mis gusticos, en vez de comer algo sano”</p>	<p>-Fallas al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria</p> <p>-Ansiedad</p>	<p>Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.</p>	<p>1) Conducta previa relacionada</p>	<p>(00276) Autogestión ineficaz de salud. r/c - Baja autoeficacia m/p Verbalmente. El paciente refiere: “a veces intento comer sano y cuidarme, pero después me da ansiedad y empiezo a comer todo lo que me provoca”</p>
		Necesidad	<p>6) Barreras percibidas de acción</p>	
		<p>Aceptar de manera eficaz la situación</p>		

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 32. Plan de cuidado de los factores conducta previa y barreras percibidas de acción.

Diagnóstico de enfermería (Real): (00276) Autogestión ineficaz de salud. r/c -Baja autoeficacia m/p Verbalmente. El paciente refiere: “a veces intento comer sano y cuidarme, pero después me da ansiedad y empiezo a comer todo lo que me provoca”.									
Dominio: (1) Promoción de la salud			Clase: (2) Gestión de la salud						
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)					
<p>Pender: 1- Conducta previa relacionada: La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.</p> <p>Pender: 6- Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.</p>	<p>(1619) Autocontrol de la diabetes Dominio: IV. Conocimiento y conducta de salud Clases: FF. Gestión de la salud</p>	<p>- Establecer relación educativa Enfermera/paciente. - Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. -Explicar al paciente el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general. -Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.</p>	<p>(5614) Enseñanza: dieta prescrita Dominio: 3. Conductual Clases: S. Educación de los pacientes.</p>	13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta.					
				1 ND	2 RD	3 AVD	4 FRD	5 SD	
				AI		DI			
				Indicadores			A	D	
				(161902) Busca información sobre métodos para prevenir complicaciones.			1 ND	3 AVD	
(161920) Sigue la dieta recomendada.			1 ND	3 AVD					
(161909) Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito			1 ND	3 AVD					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 33. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.*

Indicadores	Puntuación
Nunca demostrado	1
Raramente demostrado	2
A veces demostrado	3
Frecuentemente demostrado	4
Siempre demostrado	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 34. *Indicadores de los factores conducta previa y barreras percibidas de acción.*

Indicadores del NOC	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
(161902) Busca información sobre métodos para prevenir complicaciones.	1(A)		3(D)		
(161920) Sigue la dieta recomendada.	1(A)		3(D)		
(161909) Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito.	1(A)		3(D)		

NOC: (1619) Autocontrol de la diabetes **Dominio:** IV. Conocimiento y conducta de salud **Clases:** FF. Gestión de la salud.
A (Antes) **D** (Después).

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 35. Cuadro analítico del requisito de prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo adaptación fisiológico eliminación.

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Requisito incumplido de Orem	Diagnóstico en colaboración
Paciente Refiere: “No orino desde hace 4 años y a veces paso 3 días sin evacuar, pero no siempre pasa”	-Anuria -Ganancia interdialitica de 1.5 a 2 lts.	Sin producción de orina	4) Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal	(00016) Eliminación urinaria alterada r/c disminución de la tasa de filtración glomerular m/p Anuria y ganancia interdialitica de 1.5 a 2 lts.
		Necesidad	Modo de adaptación afectada de Callista	
		-Eliminación/ Excreción	1) Fisiológica/ Eliminación	

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Diagnóstico en colaboración: (00016) Eliminación urinaria alterada r/c disminución de la tasa de filtración glomerular m/p Anuria y ganancia interdialítica de 1.5 a 2 lts.

Cuadro 36. *Plan de cuidado del requisito de prestación asociados al cuidado del proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo adaptación fisiológico eliminación.*

Dominio: (3) Eliminación e intercambio		Clase: (1) Función Urinaria						
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)				
Orem: Requisito N° 4 Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal: Eliminar aquello que no necesita el cuerpo. Callista: 1- Modo adaptación fisiológica: Este modo tiene relación con las respuestas del organismo Función de Eliminación: Incluye el proceso fisiológico de excreción de desechos metabólicos a través de los intestinos y los riñones.	(0600) Equilibrio Hídrico Dominio: II. Salud Fisiológica Clase: G. Líquidos y electrolitos	-Establecer relación terapéutica enfermera/paciente. -Pesar al paciente antes y después de la diálisis. -Valorar y registrar la presión arterial antes, durante y después de la diálisis. - Preparar al paciente para la diálisis. -Comprobar los monitores del sistema (flujo, presión, temperatura, pH, conductividad, coágulos, detector de aire, presión negativa para la ultrafiltración y sensor sanguíneo) para garantizar la seguridad del paciente. -Proporcionar los cuidados de la fístula arteriovenosa.	(2100) Terapia de hemodiálisis. Dominio: 2.Fisiológico complejo Clases: G. Control de electrolítico y acidobásico.	01.Grado de deterioro de la salud o bienestar.				
				1 GC	2 SC	3 MC	4 LC	5 NC
				2 AI		4 DI		
						(2110) Terapia de Hemofiltración Dominio: 2. Fisiológico complejo Clase: G. Control de electrolítico y ácido básico.	Indicadores	
			(060101) Presión arterial.	2 SC	4 LC			
				(060109) Peso corporal estable.	2 SC	4 NC		

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 37. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar.*

Indicadores	Puntuación
-------------	------------

Gravemente comprometido	1
Sustancialmente comprometido	2
Moderadamente comprometido	3
Levemente comprometido	4
No comprometido	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 38. *Indicadores del requisito de prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo adaptación fisiológico eliminación.*

Indicadores del NOC	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
(060101) Presión arterial.			3(A)	4(D)	
(060109) Peso corporal estable.			3(A)	4(D)	
NOC: (0600) Equilibrio hídrico Dominio: II. Salud Fisiológica. Clases: G. Líquidos y electrolíticos A (Antes) D (Después)					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 39. *Cuadro analítico del requisito de Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo de adaptación fisiológica eliminación.*

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Requisito incumplido de	Diagnóstico de
------------------	-----------------	----------	-------------------------	----------------

			Orem	enfermería (real)
Paciente Refiere: “No orino desde hace 4 años y a veces paso 3 días sin evacuar, pero no siempre pasa”	-Disminución de la frecuencia normal de defecación -Alimentación inadecuada.	Incapacidad para defecar	4) Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal	(00011) Estreñimiento r/c Malos hábitos alimentarios m/p Ausencia de heces.
		Necesidad	Modo de adaptación afectada de Callista	
		Eliminación/ Excreción	1)Fisiológica/Eliminación	

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 40. *Plan de cuidado del requisito de Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo de adaptación fisiológica eliminación.*

Diagnóstico de enfermería (Real): (00011) Estreñimiento r/c Malos hábitos alimentarios m/p Ausencia de heces.	
Dominio: (3) Eliminación e intercambio	Clase: (2) Función gastrointestinal

Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)				
Orem: Requisito N° 4 Prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal: Eliminar aquello que no necesita el cuerpo. Callista: 1-Modo adaptación fisiológica: Este modo tiene relación con las respuestas del organismo Función de Eliminación: Incluye el proceso fisiológico de excreción de desechos metabólicos a través de los intestinos y los riñones.	(1015) Función Gastrointestinal Dominio: Salud Fisiológica Clases: K. Digestión y Nutrición	-Establecer relación educativa enfermera/paciente. -Instruir al paciente/familiares sobre el registro, para control y valoración, de las defecaciones incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. - Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado, así como los alimentos de alto contenido en fibra.	(0430) Control intestinal Dominio: 1.Fisiológico: Básico Clase: B. Control de eliminación	01.Grado de deterioro de la salud o bienestar.				
			1 GC	2 SC	3 MC	4 LC	5 NC	
				2 AI		4 AD		
			Indicadores			A	B	
			(101501) Tolerancia Alimentos/ alimentación.			2 SC	4 LC	
(101503) Frecuencia de deposiciones.			2 SC	2 LC				
(101504) Color de deposiciones.			2 SC	2 LC				
(101506) Volumen de deposiciones.			2 SC	2 LC				

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 41. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar.*

Indicadores	Puntuación
Gravemente comprometido	1
Sustancialmente comprometido	2

Moderadamente comprometido	3
Levemente comprometido	4
No comprometido	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 42. *Indicadores del requisito de prestación de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria e intestinal y modo de adaptación fisiológica eliminación.*

Indicadores del NOC	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
(101501) Tolerancia alimentos/ Alimentación.		2(A)		4(D)	
(101503) Frecuencia de deposiciones.		2(A)		4(D)	
(101504) Color de deposiciones.		2(A)		4(D)	
(101506) Volumen de deposiciones.		2(A)		4(D)	
NOC: (1015) Función gastrointestinal Dominio: II. Salud Fisiológica. Clases: K. Digestión y Nutrición A (Antes) D (Después)					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 43. *Cuadro analítico del requisito de Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso y modo de adaptación fisiológica actividad y descanso.*

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Requisito incumplido de Orem	Diagnóstico de enfermería (real)
------------------	-----------------	----------	------------------------------	----------------------------------

Paciente Refiere: “En las noches me cuesta dormir tengo que tomar a veces alprazolam, para que me ayude a poder descansar un poco, en cambio en el día a veces puedo descansar”	-Estrés - Cansancio	Dificultad para conciliar el sueño.	5) Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso.	(00095) Insomnio r/c ansiedad m/p Verbalmente. El Paciente refiere: “En las noches me cuesta dormir tengo que tomar a veces alprazolam, para que me ayude a poder descansar un poco”
		Necesidad	Modo de adaptación afectada de Callista	
		Dormir y descansar	1)Fisiológica/Actividad y descanso	

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 44. *Plan del cuidado del requisito de Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso y modo de adaptación fisiológica actividad y descanso.*

Diagnóstico de enfermería (Real: (00095) Insomnio r/c ansiedad m/p Verbalmente. El paciente refiere: “En las noches me cuesta dormir tengo que tomar a veces alprazolam, para que me ayude a poder descansar un poco”
--

Dominio: (4) Actividad/ descanso			Clase: (1) Sueño/Descanso					
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)				
Orem: Requisito N° 5- Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso: El reposo es una necesidad imprescindible del ser humano para un mejor autocuidado. Callista: 1- Modo de Adaptación Fisiológica: Este modo tiene relación con las respuestas del organismo. Actividad y descanso: Son los procesos básicos de movilidad y sueño, así como el funcionamiento fisiológico óptimo y los periodos de restauración y reparación.	(0004) Sueño Dominio: I.Salud Funcional Clase: A. Mantenimiento de energía.	- Establecer relación terapéutica Enfermera/paciente. - Ayudar al paciente a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. - Aplicar al paciente un ajuste a su ambiente (luz, ruido, temperatura, cama) para mejorar el sueño.	(1850) Mejorar el sueño Dominio: 1.Fisiológico Básico Clase: F. Facilitación del autocuidado.	01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar.				
				1 GC	2 SC	3 MC	4 LC	5 NC
				1 AI			4 DI	
				Indicadores			A	D
				(000418) Duerme toda la noche.			1 GC	4 LD
(000420) Temperatura de la habitación confortable.			1 GC	5 NC				

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 45. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 01. Definición: grado de deterioro de la salud o el bienestar.*

Indicadores	Puntuación
-------------	------------

Gravemente comprometido	1
Sustancialmente comprometido	2
Moderadamente comprometido	3
Levemente comprometido	4
No comprometido	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 46. *Indicadores del requisito del Mantenimiento de un equilibrio entre actividades y descanso y modo de adaptación fisiológica actividad y descanso.*

Indicadores del NOC	Gravemente Comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
(000418) Duerme toda la noche.	1 (A)			4 (D)	
(000420) Temperatura de la habitación confortable.	1 (A)				5 (D)
NOC: (0004) Sueño Dominio: I. Salud Funcional Clase: A. Mantenimiento de energía. A (Antes) D (Después)					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 47. *Cuadro analítico de los factores beneficios percibidos de acción y autoeficacia percibida.*

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Factor afectado de Nola Pender	Diagnóstico de enfermería (Real)
------------------	-----------------	----------	--------------------------------	----------------------------------

<p>Paciente Refiere: “cuando salgo de diálisis salgo muy bien, con mucha hambre, y empiezo a comer de todo, pero cuando paso dos días que no me he dializado, ando con esa tensión alta y es donde me empiezo asustar”</p> <p>“Mi familia siempre me dice que tengo que evitar comer algunas comidas, y sé que debo mantener una alimentación saludable, pero no puedo, a veces digo voy a darme un gustico, más tarde la diálisis me ayudara a eliminarlo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos insuficiente. - Alimentación inadecuada. -Conducta inapropiada. 	Falta de conocimiento acerca del tratamiento Dialítico.	5) Beneficios percibidos de acción. 7) Autoeficacia percibida.	(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente M/p conducta inapropiada, no sigue completamente las instrucciones.
		Necesidad		
		Conocer acerca de cómo funciona el tratamiento dialítico		

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 48. *Planes de cuidados de los factores beneficios percibidos de acción y autoeficacia percibida.*

Diagnóstico de enfermería (Real): (00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente M/p conducta inapropiada, no sigue completamente las
--

instrucciones.					
Dominio: (5) percepción/ Cognición			Clase: (5) Autocuidado		
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)	
<p>Pender: 5) Beneficios percibidos de acción: Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.</p> <p>Pender:7) Autoeficacia percibida: El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, la autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.</p>	<p>(1857) Conocimientos: manejo de la enfermedad renal</p> <p>Dominio: IV. Conducta y conocimiento de salud.</p> <p>Clases: GG. Conocimiento sobre su condición de salud</p>	<p>-Establecer relación terapéutica Enfermera/paciente.</p> <p>-Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con la enfermedad renal.</p> <p>-Orientar al paciente y familiar sobre qué es y riesgos de la enfermedad renal crónica.</p>	<p>(5602) enseñanza del proceso de la enfermedad</p> <p>Dominio: 3. Conductual</p> <p>Clases: S. Educación de los pacientes.</p>	<p>20. Grado de información cognitiva que se comprende.</p>	
	<p>(1813) Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>Dominio: IV. Conducta y conocimiento de salud.</p> <p>Clases: GG. Conocimiento sobre su condición de salud</p>	<p>- Orientar al paciente y familiar sobre cómo funciona el tratamiento dialfítico.</p> <p>-Ofrecer al paciente orientación de como adaptarse a este nuevo estilo de vida.</p>	<p>(5618) Enseñanza: procedimiento/ tratamiento</p> <p>Dominio: 3. Conductual</p> <p>Clases: S. Educación de los pacientes.</p>	<p>Indicadores</p> <p>(185709) Relación de la enfermedad renal con la hipertensión.</p> <p>(184702) beneficios de control de la enfermedad.</p> <p>(181301) beneficios del tratamiento.</p>	<p>1 NC</p> <p>2 AI</p> <p>3 CMO</p> <p>4 CSC</p> <p>5 CEX</p> <p>DI</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>2 CES</p> <p>4 CSC</p> <p>2 CES</p> <p>4 CSC</p> <p>1 NC</p> <p>4 CSC</p>

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 49. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 20. Grado de información cognitiva que se comprende.*

Indicadores	Puntuación
Ningún conocimiento	1
Conocimiento escaso	2
Conocimiento moderado	3
Conocimiento sustancial	4
Conocimiento extenso	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 50. Planes de cuidados de los beneficios percibidos de acción y autoeficacia percibida.

Indicadores del NOC	Ningún conocimiento	Conocimiento Escaso	Conocimiento Moderado	Conocimiento Sustancial	Conocimiento extenso
(185709) Relación de la enfermedad renal con la hipertensión.		2(A)		4(D)	
(184702) beneficios de control de la enfermedad.		2(A)		4(D)	
(181301) beneficios del tratamiento.	1(A)			4(D)	
NOC: (1857) Conocimientos: manejo de la enfermedad renal (1813) Conocimiento: Régimen Terapéutico Dominio: IV. Conducta y conocimiento de salud Clases: GG. Conocimiento sobre su condición de salud. A (Antes) D (Después).					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 51. Cuadro analítico del modo de adaptación de autoconcepto

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Modo de adaptación afectada de Callista	Diagnóstico de enfermería (Real)
Paciente refiere: “un día amezco bien o a veces estoy triste, hay días en que me siento insuficiente por mi estado de salud, pero luego me levanto con ganas de hacer de todo un poco, quisiera sentirme mejor y cambiar mi estilo de vida, pero yo mismo no pongo de mi parte, siempre le pido a Dios y a mi mama que cuiden de mí.”	-Deseo de reforzar su autoconcepto.	Autoconcepto negativo	2) Modo de adaptación de autoconcepto	(00167) Disponibilidad para mejorar el autoconcepto r/c Expresa el deseo de mejorar la aceptación de las limitaciones. m/p Verbalmente. El paciente refiere: “hay días en que me siento insuficiente por mi estado de salud”
		Necesidad		
		Mejorar la aceptación de limitaciones.		

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 52. *Plan de cuidado del modo de adaptación de autoconcepto*

Diagnóstico de enfermería (Real): (00167) Disponibilidad para mejorar el autoconcepto r/c Expresa el deseo de mejorar la aceptación de las limitaciones. m/p Verbalmente. El paciente refiere: "hay días en que me siento insuficiente por mi estado de salud"							
Dominio: (6) Auto percepción			Clase: (1) Autoconcepto				
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)			
Callista: Modo de adaptación: 2- Autoconcepto: Se refiere a la imagen que el paciente tiene de sí mismo.	(1305) Modificación psicosocial: cambio de vida Dominio: III Salud psicosocial Clases: N. Adaptación psicosocial.	-Establecer relación terapéutica Enfermera/paciente. -Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre su autoconcepto -Apoyar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto -Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente. - Ayudar al paciente a explorar y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas. -Apoyar al paciente a que incremente su juicio personal de la propia Valia.	(5390) Potenciación de la autoconciencia. Dominio: 3. Conductual Clases: R. Ayuda para el afrontamiento.	13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta.			
				1 ND	2 RD	3 AVD	4 FRD
				2 AI		4 DI	
			Indicadores		A	D	
		(5400) Potenciación de la autoestima. Dominio: 3. Conductual Clases: R. Ayuda para el afrontamiento.	(130502) Mantiene la autoestima.	2 RD	5 FRD		
			(130518) Controla los cambios en el estado de ánimo.	2 RD	4 FRD		

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 53. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.*

Indicadores	Puntuación
Nunca demostrado	1
Raramente demostrado	2
A veces demostrado	3
Frecuentemente demostrado	4
Siempre demostrado	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 54. *Indicadores del modo de adaptación del autoconcepto.*

Indicadores del NOC	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
(130502) Mantiene la autoestima.		(2) A		4(D)	
(130518) Controla los cambios en el estado de ánimo.		(2) A		4(D)	
NOC: (1305) Modificación psicosocial: Cambio de vida Dominio: III. Salud psicosocial Clases: N. Adaptación psicosocial. A (Antes) D (Después).					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 55 Cuadro analítico del modo de adaptación de autoconcepto y factores personales psicológicos

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Modo de adaptación afectada de Callista	Diagnóstico de enfermería (Real)
El paciente refiere: “Un día amanezco bien o a veces estoy triste, hay días en que me siento insuficiente por mi estado de salud, pero luego me levanto con ganas de hacer de todo un poco, quisiera sentirme mejor y cambiar mi estilo de vida, pero yo mismo no pongo de mi parte, siempre le pido a Dios y a mi mama que cuiden de mí.”	-Alteración emocional. -Deprimido -Baja autoestima.	Alteraciones emocionales	2) Modo de adaptación de autoconcepto	(00120) Baja autoestima situacional r/c cambios del aspecto personal m/p verbalmente. El paciente refiere: “un día amanezco bien o a veces estoy triste, hay días en que me siento insuficiente por mi estado de salud”
		Necesidad	Modelos afectados de Nola	
		Mejorar su estado emocional.	3) Factores personales psicológicos	

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 56. Plan de cuidado del modo de adaptación de autoconcepto y factores personales psicológicos

Diagnóstico de enfermería (Riego): (00120) Baja autoestima situacional r/c cambios del aspecto personal m/p verbalmente. El paciente refiere: “un día amanezco bien o a veces estoy triste, hay días en que me siento insuficiente por mi estado de salud”								
Dominio: (6) Autopercepción			Clase: (2) Autoestima					
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)				
Callista: Modo de adaptación: 2- Autoconcepto: Se refiere a la imagen que el paciente tiene de sí mismo. Callista: 3- Factores personales psicológicos: Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.	(1205) Autoestima Dominio: III Salud Psicosocial Clase: M.Apoyo psicológico	- Establecer relación educativa Enfermera/paciente. - Ayudar al paciente a aceptar nuevos retos e identificar sus virtudes. -Ayudar al paciente establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. -Observar los niveles de autoestima si procede en el paciente. -Animar al paciente a expresar sus sentimientos, especialmente acerca de cómo piensa o se ve a sí misma.	(5400) Potenciación de la autoestima. Dominio: 3.Conductual Clase: R. Ayuda para el afrontamiento	11. Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación.				
				1	2	3	4	5
				NP	RP	AVP	FMP	SP
					2		4	
					AI		DI	
Indicadores				A	D			
(120519) Sentimientos sobre su propia persona.				2	4			
				RP	FMP			
(120501) Verbalizaciones de autoaceptación.				2	4			
				RP	FMP			
(120501) Aceptación de las propias limitaciones.				2	4			
				RP	FMP			

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 57. *Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación.*

Indicadores	Puntuación
Nunca positivo	1
Raramente positivo	2
A veces positivo	3
Frecuentemente positivo	4
Siempre positivo	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 58. *Indicadores del modo de adaptación de autoconcepto y factores personales psicológicos.*

Indicadores del NOC	Nunca Positivo	Raramente Positivo	A veces Positivo	Frecuentemente Positivo	Siempre Positivo
(120519) Sentimientos sobre su propia persona.		2(A)		4(D)	
(120501) Verbalizaciones de autoaceptación.		2(A)		4(D)	
(120501) Aceptación de las propias limitaciones.		2(A)		4(D)	
NOC: (1205) Autoestima. Dominio: III. Salud psicosocial Clase: M. Apoyo psicosocial A (Antes) D (Después)					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 59. *Cuadro analítico del modo de adaptación del rol*

Datos subjetivos	Datos	Problema	Modo de	Diagnóstico de enfermería
------------------	-------	----------	---------	---------------------------

	objetivos		adaptación afectada de Callista	(Real)
El paciente refiere: “Antes tenía la responsabilidad de sustentar el hogar, pero ya no puedo por mi estado de salud y mi condición física se me dificulta, ahora dependo de mi hija se encarga del negocio familiar a la cual la deje a cargo, pero continúo cumpliendo con el rol de esposo y padre”	-Estrés por la discapacidad física.	Factores estresantes	3) Modo de adaptación de rol	(00158) disponibilidad para afrontar mejor la situación r/c Expresa el deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes m/p Verbalmente. El paciente refiere: “Antes tenía la responsabilidad de sustentar el hogar, pero ya no puedo por mi estado de salud y mi condición física se me dificulta”
		Necesidad		
		Afrontar la situación		

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 60. *Plan de cuidado del modo de adaptación del rol*

Diagnóstico de enfermería (Real): (00158) disponibilidad para afrontar mejor la situación r/c Expresa el deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes m/p Verbalmente. El paciente refiere: “Antes tenía la responsabilidad de sustentar el hogar, pero ya no puedo por mi estado de salud y mi condición física se

me dificulta”																																		
Dominio: (9) Afrontamiento/Tolerancia al estrés			Clase: (2) Respuesta de afrontamiento																															
Enunciado teórico	Criterios de Resultados NOC	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)																														
Callista: Modo de adaptación: 2 rol: Relacionado con las responsabilidades y tareas que el paciente tiene en su vida.	(1300) Aceptación del estado de salud. Dominio: III.Salud psicosocial Clases: N. Adaptación psicosocial	- Establecer relación educativa Enfermera/paciente. - Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo. - Proporcionar al paciente un ambiente de aceptación. - Establecer actividades recreativas al paciente encaminadas a la reducción de tensiones. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Enseñar al paciente técnicas de relajación, si es necesario.	(5390) Potenciación de la autoconciencia Dominio: 3. Conductual Clases: R. Ayuda para el afrontamiento	13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta.																														
	(1308) Adaptación a la discapacidad física Dominio: III.Salud psicosocial Clases: N. Adaptación psicosocial		(5230) Mejorar el afrontamiento Dominio: 3. Conductual Clases: R. Ayuda para el afrontamiento	<table border="1"> <tr> <td>1 ND</td> <td>2 RD</td> <td>3 AVD</td> <td>4 FRD</td> <td>5 SD</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 AI</td> <td></td> <td>4 DI</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Indicadores</td> <td>A</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(130017) se adapta al cambio en el estado de salud.</td> <td>2 RD</td> <td>4 FRS</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(130810) identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria.</td> <td>2 RD</td> <td>4 FRD</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(130806) Utiliza estrategias para disminuir el estrés por la discapacidad.</td> <td>2 RD</td> <td>4 FRD</td> </tr> </table>	1 ND	2 RD	3 AVD	4 FRD	5 SD		2 AI		4 DI		Indicadores			A	D	(130017) se adapta al cambio en el estado de salud.			2 RD	4 FRS	(130810) identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria.			2 RD	4 FRD	(130806) Utiliza estrategias para disminuir el estrés por la discapacidad.			2 RD	4 FRD
	1 ND		2 RD	3 AVD	4 FRD	5 SD																												
	2 AI		4 DI																															
Indicadores			A	D																														
(130017) se adapta al cambio en el estado de salud.			2 RD	4 FRS																														
(130810) identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria.			2 RD	4 FRD																														
(130806) Utiliza estrategias para disminuir el estrés por la discapacidad.			2 RD	4 FRD																														
(1212) Nivel de estrés Dominio: III.Salud psicosocial Clases: M. Bienestar psicológico.	(5820) Disminución de ansiedad Dominio: 3. Conductual Clases: T. Fomento de la comodidad psicológica.																																	

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 61. Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 13. Frecuencia de aclaramiento de una situación por conducta.

Indicadores	Puntuación
Nunca demostrado	1
Raramente demostrado	2
A veces demostrado	3
Frecuentemente demostrado	4
Siempre demostrado	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 62. *Indicadores del modo de adaptación del rol.*

Indicadores del NOC	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
(130017) se adapta al cambio en el estado de salud.		2(A)		4 (D)	
(130810) identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria.		2(A)		4(D)	
(130806) Utiliza estrategias para disminuir el estrés por la discapacidad.		2(A)		4(D)	
NOC: (1300) Aceptación del estado de salud. (1308) Adaptación a la discapacidad física. Dominio: III Salud psicosocial. Clases: N. Adaptación psicosocial. (1212) Nivel de estrés Dominio: III. Salud psicosocial Clases: M. Bienestar Psicológico A (Antes) D (Después).					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)



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

Cuadro 63. *Cuadro analítico del requisito de prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.*

Datos subjetivos	Datos objetivos	Problema	Requisito incumplido	Diagnóstico de
------------------	-----------------	----------	----------------------	----------------

			de Orem	enfermería (Riesgo)
	-Conducir sin la corrección visual adecuada. -Salir sin acompañante.	Riesgo de accidente	7) Prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.	(00038) Riesgo de traumatismo r/c Conducir sin la corrección visual adecuada.
		Necesidad		
		Prevenir los riesgos de salud.		

Fuente: Datos obtenidos mediante la observación de la investigadora a la paciente objeto de estudio.



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

Cuadro 64 *Plan de cuidado del requisito de prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.*

Diagnóstico de enfermería (Riego): (00038) Riesgo de traumatismo r/c Conducir sin la corrección visual adecuada.				
Dominio: (11) Seguridad y protección			Clase: (2) lesión física	
Enunciado teórico	Criterios de	Plan	Intervenciones NIC	Criterio de evaluación (CRE)

Orem: Requisito N° 7: Prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano: Alejarse de situaciones peligrosas que pueda afectar el estado del paciente.	Resultados NOC (1902) Control de riesgo. <u>Dominio:</u> IV. Conocimiento y conducta de la salud <u>Clase:</u> T. Control de Riesgos.	- Establecer relación educativa Enfermera/paciente. - Ayudar al paciente/ familiar a identificar los posibles factores de riesgo que pueden ocurrir en el entorno al conducir solo. - Valorar cuáles son los conocimientos del paciente sobre cómo prevenir las lesiones y los traumatismos e instruir sobre medidas de seguridad.	(6610) Identificación de Riesgos. <u>Dominio</u> 4. Seguridad <u>Clase:</u> V. Control de riesgo	17. Grado de Proximidad a un Estado Deseado				
				1 ES	2 J	3 B	4 MB	5 EX
				1 AI			4 DI	
				Indicadores			A	D
(190802) Identifica los posibles riesgos para la salud			1 ND	4 FD				
(190209) Evita exponerse a las amenazas para la salud			1 ND	4 FD				

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018).



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

Cuadro 65. Escala de Medición y Definición de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Resultado de Enfermería: 17. Grado de Proximidad a un Estado Deseado

Indicadores	Puntuación
Escasa	1

Justa	2
Buena	3
Muy buena	4
Excelente	5

Fuente: Datos obtenidos por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC 2018-2020).

Cuadro 66. *Indicadores del requisito de prevención de peligro para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.*

Indicadores del NOC	Nunca Demostrado	Raramente Demostrado	A veces Demostrado	Frecuentemente Demostrado	Siempre Demostrado
(190802) Identifica los posibles riesgos para la salud	1(A)			4(D)	
(190209) Evita exponerse a las amenazas para la salud.	1(A)			4(D)	
NOC: (1902) Control de Riesgo. Dominio: IV. Conocimiento y conducta de la salud Clase: T. Control de Riesgos. A (Antes) D (Después)					

Fuente: Datos obtenidos por medio de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018)

CAPITULO V

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

En este capítulo se describe el proceso enfermero desde un punto teórico, donde se presentan los objetivos, principios, etapas y funciones del Proceso Enfermero, el cronograma de actividades efectuadas durante el cumplimiento del Curso Especial de Grado de Enfermería, también se expresa la opinión de una profesional de enfermería sobre aquellos retos y desafíos del trabajo profesional, de las perspectivas, limitaciones, fortalezas y debilidades que ella percibe, y de la investigadora durante el mismo en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” del Hospital Dr. Luis Ortega.

5.1 Proceso enfermero

5.1.1 Definición

De acuerdo al blog Salusplay (2019) El proceso enfermero, es un método científico utilizado por las diferentes disciplinas, significa un abordaje sistemático para la resolución de problemas, es aplicado en la práctica asistencial que permite a las enfermeras/os prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, abandonando la intuición, la rutina y la comunicación verbal, disponiendo de un marco conceptual para prestar los cuidados de calidad. Es decir que el proceso enfermero representa un modelo teórico sobre cómo cuidar a los pacientes, basado en sus necesidades e historia clínica, para ser atendidos de forma integral.

5.1.2 Objetivos

Según Costa (2013) entre los objetivos del Proceso Enfermero se encuentran:

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.
- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del paciente, de la familia y de la comunidad.
- El profesional de enfermería valida las observaciones con el paciente y de forma conjunta.
- Ayuda al paciente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

Es importante mencionar, que con el proceso de enfermero se puede lograr estos objetivos, especialmente en la unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, con el fin de emplear este abordaje sistemático en los pacientes y familiares, con la finalidad mejorar su bienestar.

5.1.3 Principios

Para Gutiérrez (2013), los 4 principios fundamentales de enfermería son:

5.1.3.1 Respetar la individualidad de las personas

Todo paciente es un miembro individual de la sociedad que tiene derechos, privilegios y libertades que deben respetarse sin distinción de raza, credo, posición social o económica. Entre las recomendaciones para la aplicación de este principio tenemos las siguientes:

- Demostrar con su actitud como con sus hechos el que reconoce el estado de ánimo de las personas que solicitan atención médica para recibir un tratamiento por enfermedad (temores e inquietudes).
- Esforzarse por entender los problemas comunes a cada grupo de edades, para tomarlos en consideración al establecer las relaciones con los pacientes.
- Explicar al paciente en términos comprensibles lo que se hace y por qué antes de realizarle cualquier procedimiento.
- No intentar imponer sus criterios o algún tipo de religión evitando discusiones que perturben al paciente, respetando sus creencias y decisiones.
- Identificar al paciente por su nombre y no considerarlo sólo como el cardíaco, el diabético, el de la cama No. 30, ya que es el mismo individuo antes de enfermarse.
- Consultar con la jefe del servicio o supervisora cualquier situación cultural o de tipo religioso que pudiera interferir con el tratamiento del paciente.
- Recordar que un enfermo no es un individuo aislado, forma parte de una familia, es un miembro de una comunidad y su dolencia puede causar reacciones angustiosas en la vida de otras personas.
- Escuchar al enfermo y los miembros de su familia para comprenderlo mejor.
- Cualquier persona es merecedora de cortesía y respeto, sin importar, raza, religión, posición económica o social.
- Tomar en cuenta las sugerencias hechas por el paciente, sus gustos, preferencias, respetándolos e integrándolos de acuerdo a la terapéutica que tiene indicada.

5.1.3.2 Satisfacer las necesidades fisiológicas

Son todas las acciones que realiza la enfermera a través de la observación, aplicación de conocimientos y la ejecución de un plan de cuidados que garantiza una atención de enfermería libre de riesgo, con el objetivo de que el cuerpo humano mantenga las funciones fisiológicas necesarias del organismo del paciente y pueda

funcionar dentro de sus capacidades. Para la aplicación adecuada de este principio deben tomarse muy en cuenta la clasificación de las necesidades según el psicólogo Abraham Maslow.

Jerarquía de las Necesidades

Necesidades Fisiológicas según prioridad.

- Necesidad de Respiración.
- Necesidad de Eliminación: Vesical e Intestinal.
- Necesidad de Reposo y Sueño.
- Necesidad de Alimentación.
- Necesidad de Higiene y Comodidad.
- Necesidad de Actividad y Ejercicio

Necesidades de Protección y Seguridad.

Necesidades de Amor y pertenencia.

Necesidades de Autoestima.

Necesidad de Autorrealización.

5.1.3.4 Proteger al paciente de agentes externos que causen enfermedades

Son todas aquellas medidas que se ponen a funcionar para disminuir o eliminar del medio ambiente, los agentes físicos, químicos o microbiológicos que causan enfermedad al hombre. Las Recomendaciones para la aplicación de este principio son las siguientes:

- La enfermera que administra medicamentos debe poseer el conocimiento necesario sobre ellos, así como de los tratamientos que se le aplican al paciente, ya que la dosificación, vía de administración y horario equivocados en la administración de un medicamento, así como la mala aplicación de la técnica al realizar un procedimiento ocasionarán lesiones temporales o permanentes en el paciente.

- Administrar medicamentos y aplicar tratamientos sin entender los principios sobre los que operan, es descuidar de manera irresponsable el principio fundamental de seguridad del paciente.
- Considerar que la prevención de enfermedades es responsabilidad de todos los que nos dedicamos al campo de la salud.
- Al levantar por primera vez a un enfermo después de una enfermedad prolongada, se deberá prever un posible desmayo y lo protegerá sosteniéndolo cuando se ponga de pie acercándosele la silla ya que puede caerse.

5.1.3.5 Contribuir a la restitución pronta de la salud del paciente de manera que pueda incorporarse a la sociedad

Son todas las acciones que realiza la enfermera con el objeto de lograr una pronta recuperación del equilibrio físico y psicosocial del paciente en forma óptima. Las recomendaciones para la aplicación de este principio son las siguientes:

- La labor principal de la enfermera durante esta etapa es aumentar la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
- Debe ayudar al paciente a que obtenga nuevos conocimientos y habilidades a través de la enseñanza oportuna de los cuidados que se realizará en su hogar de acuerdo a la patología que adolece.
- Un papel de especial importancia para el restablecimiento del paciente es la participación de sus familiares u otras personas importantes en su vida, como participes activos de su recuperación.
- La enfermera deberá trabajar con los familiares del paciente y apoyarlos en el esfuerzo para ayudarlo.
- Se le brindará al paciente la orientación sobre las instituciones extrahospitalarias que pueden brindarle un adecuado control ambulatorio de su enfermedad.
- Se realizará una supervisión continua por parte del personal de salud para comprobar que el paciente se conserva sano después de su recuperación, esta

actividad se puede realizar a través de controles periódicos y de visitas domiciliarias.

- Un paciente con una enfermedad crónica necesitará vigilancia el resto de su vida, para valorar las respuestas individuales a su régimen terapéutica, hacer los cambios necesarios y descubrir los primeros signos de cualquier desequilibrio en desarrollo antes de que alcance proporciones críticas.
- También se le pueden dar sugerencias que le ayuden a adaptarse a una vida de actividad restringida si fuera necesario, tratando de que su regreso al trabajo sea gradual, que tenga períodos de reposo, cambios de algunas actividades recreativas que se adapten a su estado físico y desarrollo de nuevos intereses que compensen la restricción de la actividad.
- Parte fundamental para que la enfermera logre una recuperación óptima del paciente es la enseñanza que le brindará acerca de los cuidados que se realizará en el hogar y el apoyo psicológico oportuno.

Según lo mencionado anteriormente, cabe recalcar que algunos de estos principios se cumplen en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, por lo que los pacientes reciben una atención óptima para mejorar su bienestar tanto físico como psicológico, brindando orientación y concientizando no solo al paciente si no a los familiares sobre los hábitos saludables que debe llevar el usuario, con el fin de lograr una efectiva evolución.

5.1.4 Etapas

Reina (2010 p.p 19), manifiesta que el Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la

observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente enfermera-paciente conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

La investigadora durante las pasantías selecciono a un paciente con enfermedad renal crónica que acude a la unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, el cual se le aplico el proceso de enfermero con sus 5 etapas, a través de entrevistas obtuvo la información necesaria para conocer acerca de la salud y necesidades del paciente, permitiendo planificar y ejecutar actividades que logren mejorar la evolución del paciente, donde se logró cumplir con los objetivos planteado.

5.1.5 Funciones:

Según lo expresado en el blog de yo amo a enfermería (2023), describió que las funciones o roles de enfermería son aquellas acciones que se pueden desempeñar en el área laboral gracias al método científico, la formación de enfermeros y enfermeras se basa en 4 funciones, estas funciones en conjunto logran un desempeño óptimo de los servicios de salud en el área de enfermería, además de que permiten al personal desenvolverse en el área que más les convenga. Sin embargo, en cualquier medio donde se desempeñe el trabajo de una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones:

- ✓ Asistenciales, encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyar en la recuperación de los procesos patológicos.
- ✓ Docentes, la enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla.
- ✓ Administrativas, la administración comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente. Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados.

- ✓ Investigadoras, en enfermería como en todas las demás profesiones la investigación es una actividad que se lleva a cabo con la finalidad de generar conocimiento.

El conocimiento es la información que hemos adquirido sobre las cosas (la naturaleza) y sobre nosotros mismos. Dependiendo de cómo se realiza la investigación, el conocimiento puede ser científico, intuitivo, de sentido común entre otros estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar.

Durante las practicas que se llevaron a cabo en la unidad, la investigadora aplicó el proceso de enfermero a paciente masculino de 54 años de edad, con enfermedad renal crónica estadio v, donde en la misma se abordaron diferentes funciones, como asistenciales, docentes, administrativas e investigativas para facilitar un cuidado integral en el proceso de la enfermedad del paciente. En el siguiente apartado se expresa la planificación de estas funciones o actividades de enfermería que fueron ejecutadas durante las pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” por medio de un Diagrama de Gantt.

Según Pérez (2021), define el diagrama de Gantt como una herramienta de gestión que sirve para planificar y programar tareas a lo largo de un período determinado. Gracias a una fácil y cómoda visualización de las acciones previstas, permite realizar el seguimiento y control del progreso de cada una de las etapas de un proyecto y, además, reproduce gráficamente las tareas, su duración y secuencia, además del calendario general del proyecto. A continuación, se presenta el Diagrama de Gantt basado en las actividades y funciones de enfermería ejecutadas y cumplidas durante las pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.



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

Cuadro 67. Diagrama de Gantt de las actividades ejecutadas durante el periodo de pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

Actividades	Meses	Mayo				Junio				Julio			
	Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Asistenciales													
Docentes													
Administrativas													

Nota: En el presente cuadro se describen las actividades realizadas por la investigadora en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

- Configuración de los parámetros del monitor de diálisis.
- Preparar el monitor de diálisis, con los datos necesarios y parámetros que serán usados en esa sesión dialítica.
- Efectuar la asepsia del catéter, para posteriormente dar comienzo a la conexión e inicio de la hemodiálisis.
- Cuidados del acceso vascular.
- Cuantificación y registro de signos vitales: específicamente cada media hora. Este procedimiento se logra realizar a través de dispositivos electrónicos.
- Supervisión del paciente durante el tratamiento dialítico.
- Cumplir tratamiento médico indicado mediante las diferentes vías de administración bajo observación de un profesional de enfermería.
- Al término de sus horas de sesión dialítica, dar inicio al retorno sanguíneo y desconexión del paciente, siempre vigilando sus signos vitales.
- Control y registro de peso post-dialítico.

5.2.2 Funciones Asistenciales Ejecutadas para la atención del Paciente Objeto de Estudio.

Entre las funciones asistenciales dicha anteriormente, la investigadora ejecuto al paciente objeto de estudio las siguientes actividades:

- Desinfección interna y externa de la máquina de diálisis donde la paciente recibe su sesión.
- Vestir la máquina de diálisis y cebar el sistema extracorpóreo.
- Ayudar a la paciente a vestir el sillón para su comodidad, y desvestir al momento de irse.
- Medir y monitorear signos vitales.
- Evaluar la integridad del acceso vascular.
- Cumplimiento de tratamiento según ordenes médicas (hierro).

- Al culminar la diálisis, medir signos vitales, realizar el retorno sanguíneo y desconectar a la paciente).
- Pesar al paciente después de la diálisis

5.3 Función Docente para la Atención del Caso Clínico.

Según Torres (2019), define la función docente como una ciencia que tiene un cúmulo de conocimientos que le es propia, específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por otra parte, como profesional sanitario formará parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud.

5.3.1 Funciones Docentes Identificadas en la Unidad Clínica donde se Selecció el Paciente Objeto de Estudio.

En la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia los profesionales de enfermería realizan una serie de funciones docentes durante el horario laboral, algunas de las actividades son:

- Explicarles a los pacientes la importancia de cumplir con la dieta indicada.
- Orientar a los pacientes a mantener un control de líquidos ingeridos
- Educar a los pacientes sobre el autocuidado, estilos de vida saludables y realizar actividades físicas.
- Fomentar prácticas de actividades recreativas adaptadas a sus posibilidades.

5.3.2 Funciones Docentes Realizadas en el Paciente Objeto de Estudio

Entre las funciones docentes que ejecutó la investigadora del paciente objeto de estudio y a los pacientes en la unidad de hemodiálisis son las siguientes:

- Realización de carteleras informativas.

- Orientación nutricional (entrega de coctel de frutas) con la finalidad de dar a conocer las frutas que pueden comer para mantener un estado saludable.
- Se educo al paciente referente a la importancia de dietas adaptadas a su enfermedad, control de líquidos ingeridos, y complicaciones que pudiera desarrollar en la evolución de la Enfermedad Renal Crónica.

5.4 Función Administrativa del Caso Clínico.

Torres (2005) define la función administrativa como una actividad realizada por más una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente. Por definición administrar, es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados; es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes.

5.4.1 Funciones Administrativas Identificadas en la Unidad Clínica donde se Seleccionó el Caso

En la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia los profesionales de enfermería realizan una serie de funciones administrativas entre ellas:

- Reportar los signos vitales, intervenciones y cuidados brindados al paciente.
- Registrar el peso del paciente.
- Verificar el funcionamiento de las máquinas de diálisis.
- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Llevar una asistencia de cada paciente dializado durante cada turno de diálisis.
- Mantener actualizada la plantilla del personal de enfermería de la unidad.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.

5.4.2. Funciones Administrativas realizadas en el Paciente Objeto de Estudio.

Entre las funciones administrativas que ejecutó la investigadora en el paciente objeto de estudio se mencionan:

- Verificar que cada estación de hemodiálisis cuente con los siguientes insumos: líquidos de diálisis, sistema extracorpóreo y el kit del paciente.
- Registrar el peso del paciente.
- Planificar cuidados de enfermería.
- Registro y control de los signos vitales.
- Llevar una asistencia de cada paciente dializado durante cada turno de diálisis.

5.5 Función Investigadora para el Caso Clínico.

Orellana Y, Alda, & Sanhueza A, (2011) determinan que la definición de la función investigadora, es la investigación en enfermería como principal objetivo “mejorar los resultados de los cuidados haciendo avanzar los conocimientos y la práctica de enfermería, e informar la política de salud”

5.5.1 Funciones Investigadoras Identificadas en la Unidad Clínica donde se Seleccionó el Caso.

En la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” las funciones investigativas que realiza el personal de enfermería son las siguientes:

- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.

5.5.2. Funciones Investigativas realizadas en el Paciente Objeto de Estudio.

En la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” La Investigadora ejecuto funciones investigativas en el paciente objeto de estudio y en la unidad, entre ellas:

- Investigar y recolectar información sobre la historia, organigramas, visión, misión y las funciones que deben desempeñar cada uno de sus trabajadores para el buen funcionamiento de la unidad.
- Conocer a cada paciente e indagar con el fin de elegir uno de ellos para el trabajo de investigación.
- Revisión de la historia clínica del paciente para obtener información más detallada en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y evolución.
- Investigaciones para conocer sobre la patología del paciente objeto de investigación.
- Entrevista a la paciente para obtener información necesaria para el trabajo de investigación.
- Entrevista a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad para obtener su opinión sobre diversas situaciones.

5.6. Retos, Desafíos y Perspectivas del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual.

Sáenz (2022) refiere que enfermería en el siglo XX enfrente retos y desafíos desde el punto de vista práctico y ético, donde hubieron sucesos históricos, políticos, demográficos, económicos y tecnológicos, por lo tanto las enfermeras en las guerras mundiales fueron quienes dedicaron sus cuidados a millones de vida, estos fueron uno de los desafíos más fuerte que asumió enfermería, cabe mencionar que las enfermeras son un recurso humano muy importante para la salud y que cubre el 80% de las necesidades de la atención y el 60% de la fuerza laboral.

Por lo tanto, Las enfermeras son un factor importante para la mejoría de la calidad de vida de sociedad unas de las problemáticas que se enfrentan son las largas jornadas

para laborar con salarios que no corresponden con todas las actividades que realizan, gracias a esto provocan desgastes físicos y contribuyen al abandono de la profesión.

Torres, (2020) define La enfermería, como una profesión multidisciplinar que tiene por finalidad la atención y el cuidado humano, que implica una estrecha relación con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en sus diferentes unidades de cuidado. Por lo tanto, el compromiso y ser el contacto más cercano con el paciente, se convierte en un componente de suma importancia en el aspecto psicológico y social de su entorno laboral.

Actualmente, enfermería ha manifestado unos de los retos más relevante especialmente por la situación actual vivida por la pandemia, Cabe destacar, que el desafío más fuerte que enfrento los profesionales de enfermería en el contexto actual es la atención y cuidados a los pacientes de COVID-19 y, más aún, en este nuevo proceso de vacunación. Los trabajadores sociosanitarios, es decir, los/as enfermeros/as que están en contacto directo con los pacientes requieren con suma urgencia los protocolos dispuestos por los gobiernos y los recursos necesarios para afrontar esta crisis sanitaria, que no solo se enfoca en la atención al paciente, sino en la atención de las familias de ellos, sin contemplar, en algunos casos, que son los canales de comunicación adecuados, lo que genera un desgaste en la salud mental del profesional

Así mismo, la falta de barreras de protección causa que los trabajadores de la salud pública estén expuestos a distintas enfermedades que pueden contraer al momento de ejercer su profesión. Por lo tanto, al no disponer de barreras de protección de microorganismos patógenos, estos pueden ser trasportados a sus casas existiendo la posibilidad de infección a sus seres queridos.

5.6.1 Opinión de un Profesional de Enfermería de la Unidad Clínica.

“Soy L.C, Técnico superior en enfermería, tengo 5 años de experiencias en la unidad de hemodiálisis, mi experiencia laboral fue muy dura al comienzo porque no tenía idea de lo que era el cuidado a pacientes en tratamiento sustitutivo de

hemodiálisis, muchas personas no sentían la plena confianza de que si iba a poder adaptarme a este nuevo reto, que no fue nada fácil, sin embargo mis compañeras siempre me daban aliento “tu si puedes”, Yo misma me dije yo sí puedo, fui adquiriendo conocimientos de mis demás compañeros profesionales que tenían mucho más tiempo ejerciendo esta bonita labor en la unidad. Actualmente, me esfuerzo mucho en este ámbito laboral, trato siempre de dar lo mejor de mí, soy muy responsable con mi trabajo, me considero una persona muy honesta, y brindo amor y respeto a todas las personas que laboran en la unidad, ahora bien, hasta el momento mi experiencia ha sido buena, siempre trato de aprender algo nuevo, siempre mantengo mi disposición para atender a cada paciente con empatía y vocación. Para mi uno de los desafíos más fuerte fue adaptarme a esta bonita labor, no es fácil, pero jamás imposible. Por eso siempre mantengo esa frase, todo lo que uno se proponga lo logra, siempre le digo a los estudiantes, mucha dedicación y vocación, porque estamos trabajando con pacientes que nos dan su total confianza, y somos nosotros los que le brindamos a ellos un cálido tratamiento y bienestar, hay que siempre tratar de ser muy buenos en lo que hace”.

5.7 Opinión del Participante de los Cursos Especiales de Grado de Enfermería sobre la Experiencia Profesional Desarrollada en el Hospital Dr. Luis Ortega, en la Unidad Clínica

“Mi experiencia profesional en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, fue muy satisfactoria y emotiva poder acercarme a cada paciente y escucharlos por lo que pasan cada uno y poder conocerlos... Una de las limitaciones que observe en la unidad de hemodiálisis, es el daño de las maquinas por lo tanto reducen el horario que requiere cada paciente, por la cantidad de personas que se dializan, el cual no les proporciona tener una buena diálisis. Desde mi punto de vista como pasante mi debilidad es querer ayudarlos a todo, el corazón se me pone pequeñito cuando escucho cada una de sus situaciones, mi reto personal durante estas pasantías fueron el tener más confianza en mí misma al realizar cada intervención

durante la terapéutica y darle seguridad al paciente para que se sienta cuidado y atendido, siendo este reto mi mayor aprendizaje durante este proceso. Desde mi punto de vista personal, Fue una experiencia muy bonita e inolvidable ¡que gratificante fue brindarle estos cuidados a todos los pacientes y en especial a mi abuelo! se me hacía complicado, porque había que poner un poco mano dura, pero aun así era emocionante para mí, al principio no se me hizo nada fácil convivir con esa persona tan especial para mí en esta situación, donde todos están guerreando, porque todos son unos guerreros de Dios, los admiro, a cada uno de estos pacientes que se encuentran en la unidad, Quisiera continuar brindándole humanidad y calidad a cada uno de ellos. ¡¡Que Dios los Bendiga, los llevo en mi corazón!

CONCLUSIÓN

Siendo la insuficiencia renal crónica una enfermedad terminal con varios tratamientos paliativos, que no logran una recuperación integral de la salud del paciente, el profesional de enfermería, con la identificación de los diagnósticos enfermeros, puede aumentar la calidad de vida y el potencial humano del paciente, consiguiendo que los cuidados sean dirigidos hacia unos objetivos comunes.

Gracias a la creación de los métodos, teorías y taxonomías aplicadas a la enfermería se pudo definir el cuidado para establecer parámetros de partida para intervenir a un paciente; como lo fue el caso objeto de estudio del paciente masculino sexagenario con diagnostico medico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico. Más allá de la ejecución de

las tareas o la realización de procedimientos, el objetivo principal fue contribuir al acervo de conocimientos que se requiere para la práctica clínica en una gran variedad de situaciones, comprender las necesidades de las personas y aprender a cómo cuidar mejor de ellas.

Para la realización de los planes de cuidados utilizando se emplearon las Taxonomías de Etiquetas Diagnosticas (NANDA 2021-2023), Taxonomías de Intervenciones de Enfermería (NIC 2018-2020) y Taxonomías de los Objetivos de Enfermería (NOC 2018-2020), los cuales guiaron el proceso general para elaborar de forma sistemática un método de trabajo o proceso de enfermería. Algunos de los modelos y teorías aplicadas a la atención del paciente en hemodiálisis descrito en el estudio realizado, fueron el Modelo de 8 Requisitos Universales de Dorothea Orem, el Modelo de Adaptación de Callista Roy y teoría de la Promoción de la Salud de Nola Pender. Sin embargo, a pesar de la importancia que tienen para el desarrollo de la profesión la aplicación de modelos y teorías a la práctica clínica de enfermería, y de la evidencia en la mejora de cuidados de los pacientes en hemodiálisis, su uso es limitado y casi nulo al momento del cuidado del paciente.

Las necesidades detectadas en el paciente conllevaron al fomento de una educación basada en la promoción de la salud para lograr un estilo de vida saludable, recalando, la importancia de mantener una dieta adecuada a sus necesidades metabólicas, controlando la ingesta de líquidos para evitar la ganancia excesiva de peso interdialítico, los edemas en miembros inferiores y pulmonares, además, acudir de manera correcta a sus sesiones dialíticas. Por otro lado, los problemas y necesidades detectados en el paciente, llevaron a la realización de los diagnósticos NANDA e intervenciones de enfermería, los cuales fueron ejecutados de forma satisfactoria, logrando encaminar a mejorar su calidad de vida en pro de evitar mayores complicaciones.

Por otra parte, se encuentran dentro de los elementos claves del cuidado del paciente en hemodiálisis, la educación del paciente, la participación del paciente en la planificación de sus cuidados, el autocuidado, la participación de la familia y las

redes de apoyo, la satisfacción del paciente como objetivo de calidad y la importancia de las relaciones del enfermero en cada una de las etapas de cuidado con el paciente y su familia. Estos elementos como pilares en la planificación de cuidados enfermeros, tienen que estar organizados dentro de una estructura de conocimientos, bases prácticas dentro de un lenguaje estandarizado, con flexibilidad de aplicación de acuerdo a los diferentes contextos y momentos.

RECOMENDACIONES

Terminado el presente trabajo sobre el caso clínico a paciente masculino sexagenario con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica Estadio V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento dialítico, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” ubicado en el Centro Hospitalario “Dr. Luis Ortega” de Porlamar, Estado Nueva Esparta se puede recomendar lo siguiente en base a la práctica y los resultados obtenidos que:

Al paciente:

- Mejorar Hábito alimenticios cumpliendo con la dieta indicada.

- Evitar excesivos acúmulos de agua y sales.
- Controlar la ingesta de proteínas para evitar el aumento de fosforo.
- Mantener el cuidado en el área donde se encuentra colocada la fistula arteriovenosa para evitar posibles infecciones.

A la Familia:

- Apoyar al paciente en el proceso de su enfermedad, así como también instruirse sobre las complicaciones que puede presentar el paciente.
- Elevar la autoestima de paciente siendo empático y paciente.
- Estimular al paciente a mantener su rutina y hábitos para obtener una dieta y peso adecuado

Al personal de Enfermería:

- Cumplir con las medidas de bioseguridad dentro de la unidad clínica al momento de la atención al paciente.
- Seguir los lineamientos establecido en cuanto a la aplicación de tratamientos y cuidados de los pacientes en hemodiálisis.
- Promover en el paciente un cambio positivo significativo en el autocuidado.
- El personal de enfermería debe apoyarse en la familia para la planificación de cuidados con el fin de generar beneficios al paciente.

Unidad Clínica:

- Realizar el mantenimiento del equipo médico de manera periódica para otorgar un servicio de calidad a los pacientes.
- Reforzar o capacitar al personal de enfermería que brinda atención primaria, y al personal de enfermería en formación acerca de las ERC y la importancia que tiene una completa anamnesis e historia clínica en estos pacientes.

- Apoyar al personal de enfermería, paciente tratante y familiares con una unidad de transporte público para el traslado hacia sus lugares de residencia o sectores cercanos

Universidad de Oriente:

- Seguir ofreciendo la opción de Cursos Especiales de Grado para la formación de nuevos profesionales de enfermería.
- Crear en la escuela de enfermería profesionales integrales para atender los casos clínicos que se presenten.
- Realizar actividades de labor social orientadas a educar y concientizar a la población, sobre ERC y realizar despistajes de hipertensión arterial y Diabetes mellitus ya que estos factores están asociados a desarrollar Enfermedad renal.
- Anexar al pensum académico como materia el proceso de atención de enfermería y teorizantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez, M. (2010). Hospital Historia MA. Extraído el 19 de mayo, desde <https://es.scribd.com/document/215717782/Hospital-Historia-MA-1>. (pp.2-6).

Pérez J. Merino, M. (4 de enero de 2011). Reseña histórica - Qué es, definición y concepto. Definiciones. Última actualización el 2 de agosto de 2021. de <https://definicion.de/resena-historica/>.

Verdad y Vida Comunicaciones. (noviembre de 2012). Inauguran Unidad Terapéutica Oncológica en Nueva Esparta. Obtenido de

<https://www.verdadyvida.org/inauguran-unidad-terapeutica-oncologica-en-nueva-esparta/>.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). (2015). Servicio De Imagenología Y Hemodinamia Para El Hospital Luis Ortega. Obtenido de <http://autorizadordcobropension.ivss.gob.ve/noticia/servicio+de+imagenologia+y+hemodinamia+para+el+hospital+luis+ortega>.

Etecé (2021). Argentina. Concepto. Propósito. Última edición: 5 de agosto de 2021. <https://concepto.de/proposito/>..

Rodríguez, L. (2007). Hospital "Dr. Luis Ortega" 50 años. Primera edición. Venezuela: Editorial Colegio de Médicos del estado Nueva Esparta.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (2023). Antecedentes históricos y aspectos administrativos del centro Hospitalario Dr. Luis Ortega. Extraído el 20 de mayo desde <http://www.ivss.gov.ve/contenido/Postgrados-Hospital-Dr.-Luis-Ortega>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Sistemas de salud [Internet] [acceso: 6 de mayo del 2015]. http://www.who.int/topics/health_systems/es/.

Significado (junio de 2023). "Qué es Ubicación geográfica". Recuperado el 02 de junio de 2023, de Significados.com: <https://www.significados.com/ubicacion-geografica/>

Google Maps (2023). Ubicación del hospital Dr. Luis Ortega. Extraído 18 de mayo desde <https://www.google.com/maps/place/hospital+dr.+Luis+Ortega/@10.9597992> .

Brume, G. (2019): Estructura organizacional,
<https://www.unibarranquilla.edu.co/docs/ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.pdf>

Rinaudo, Buffa y Carreras (2017).la Aproximación Diagnostica: una Herramienta para el Acercamiento a las Comunidades y Producción de Conocimiento. Revista de Investigación, Anuario de Investigaciones, Vol. 3. Extraído el 25 de mayo desde: <https://www.revista.edu.ar/index.php/aifp>.

Google Maps (2022). Unidad De Diálisis IVSS, *PORLAMAR*.
Extraído el 18 de mayo desde:
<https://www.google.com/maps/place/UNIDAD+DE+DIALISIS+I.V.S.S,+ORLAMAR/@10.9600257,->

Arias, F. (2006). El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. Caracas, Editorial Episteme.

INFOMED Red de Salud Cuba (2021) Diabetes mellitus: enfermedad del siglo XXI
<https://temas.sld.cu/diabetes/la-diabetes/diabetes-mellitus-enfermedad-del-siglo-xxi/>

MasSaludFecMed (23 de 11 de 2020). Historia de la Diabetes Mellitus. Obtenido de MasSaludFecMeD.com:
<http://www.massaludfacmed.unam.mx/index.php/historia-de-la-diabetes-mellitus/>

Yogish C. Kudva (2023), conceptos básicos de la diabetes tipo 1. ¿Qué es? ¿Quién puede tenerlo? Los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetes/symptoms-causes/syc-20371444>

Médicos Venezolanos Online (agosto de 2021). Un Poco más sobre la DIABETES.
Obtenido de [medicosvenezolanosonline.com:
https://medicosvenezolanosonline.com/un-poco-mas-sobre-la-diabetes/](https://medicosvenezolanosonline.com/un-poco-mas-sobre-la-diabetes/)

Organización mundial de la salud (2023) Diabetes https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

Kristel, Q. H. (2018). Conocimiento Y Actitud Preventiva Diabetes Mellitus.
Obtenido de Repositorio.uss.pe:
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5369/Quispe%20Holguin%20Angie%20Kristel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2023), Diabetes. Obtenido de Whon int. <https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab-tab>

Quispe Kristel A. (2018) Conocimiento Y Actitud Preventiva Sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 En Usuarios Adultos Atendidos En El Hospital Referencial De Ferreñafe.<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5369/Quispe%20Holguin%20Angie%20Kristel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sánchez M. Rojas K. (2016) Comportamiento Clínico-Epidemiológico De La Diabetes Mellitus, En Niños Y Adolescentes Atendidos En Consulta Externa, Hospital Manuel De Jesús Rivera “La Mascota”
<https://repositorio.unan.edu.ni/3311/1/76355.pdf>

Guillermo Pérez R. (2021) Un Poco más sobre la DIABETES
Medicosvenezolanosonline.com <https://medicosvenezolanosonline.com/un-poco-mas-sobre-la-diabetes/>

Cervantes R. Presno M. (2013) Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. Revista de Endocrinología y Nutrición, medigraphic.com <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>

Federación Española de Diabetes (2023) Diabetes Tipo 2 <https://fedesp.es/diabetes/tipos/diabetestipo2/#:~:text=La%20fisiopatolog%C3%A9ica%20de%20la%20diabetes,glucosa%20por%20parte%20del%20h%C3%A9gado.>

Gobierno de México (13 de diciembre de 2018). Qué hay de la genética y su relación con la diabetes. Obtenido de secretaria de Salud: [xt=Las%20personas%20con%20un%20padre,si%20ambos%20padres%20son%20diab%C3%A9ticosE](https://www.gob.mx/secretaria-de-salud/documentos/que-hay-de-la-genetica-y-su-relacion-con-la-diabetes)

Villagrana, R. D. (2013). Revista de Endocrinología y Nutrición. (R. d. Nutrición, Ed.) Obtenido de Medigraphic, literatura biomédica: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>

Torrade S. (2016) Diabetes mellitus tipo 2, elsevier.es [shttps://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-tipo-2-13088620](https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-tipo-2-13088620)

González C. Marantea, S. (2015), Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud, elsevier.es <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-general-familia-edicion-digital--231-articulo-conocimientos-del-diabetico-tipo-2-S1889543315000043>

Cenarruzabeitia N. (2022), Análisis en las complicaciones de la diabetes mellitus, Obtenido de cun.es <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/complicaciones-diabetes-mellitus>

Rizo Sánchez, M., & Sandoval Rojas, K. (2016). Comportamiento Clínico-Epidemiológico De La Diabetes Mellitus, En Niños Y Adolescentes. Obtenido De Repositorio.Unan. Edu.Ni: <https://Repositorio.Unan.Edu.Ni/3311/1/76355.Pdf>

Sandhya Pruthi, M.D. (2023), Diabetes, mayoclinic.org <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetes/diagnosis-treatment/drc-20371451>

Torres Viloría A. Rev. Hosp. Gral. Dr. M. Gea González (marzo 2002), Nefropatía diabética. medigraphic.com, <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2002/gg021-2c.pdf>

Lisbeth C. Ruilova (2013), “Nefropatía Diabética En Los Integrantes Del Club De Diabéticos Del Hospital Universitario De Motupe De La Ciudad De Loja En El Periodo Enero – Diciembre Del 2012”, dspace.unl.edu.ec <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17776/1/TESIS%20Lisbeth%20Carolina%20Ruilova.pdf>

Felez I. Navarro P. (diciembre 2022) Nefropatía diabética: la afectación renal en la diabetes mellitus, zonahospitalaria.com <https://zonahospitalaria.com/nefropatia-diabetica-la-afectacion-renal-en-la-diabetes-mellitus/>

Centro médico ABC (2018), Nefropatía diabética, centromedicoabc.com <https://centromedicoabc.com/padecimientos/nefropatia-diabetica/>

Sandhya Pruthi, M.D. (19 octubre 2021), Nefropatía diabética (enfermedad renal), mayoclinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetic-nephropathy/symptoms-causes/syc-20354556>

Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Fundación Jiménez Díaz (octubre 2011), Tratamiento de la nefropatía diabética: más allá del bloqueo del sistema renina-

angiotensina, [revistanefrologia.com. https://revistanefrologia.com/es-tratamiento-nefropatia-diabetica-mas-alla-articulo-X201375751100034X](https://revistanefrologia.com/es-tratamiento-nefropatia-diabetica-mas-alla-articulo-X201375751100034X)

Dr. Escalona (s/f), revista digital un artículo referente al Proyecto de Salud Renal Enmarcado en la Iniciativa Carem. <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/MANUALCAREM.DocumentoDeConsenso.PDF>

Gómez A., Estefanía Arias M., Concepción Jiménez R. (s.f), INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, [segg.es. https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2062_iii.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2062_iii.pdf)

Malkina A. (octubre 2022), Enfermedad renal crónica, [msmanuals.com. https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica](https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica)

UNC Kidney center (2012), Enfermedad renal crónica (ERC): ¿cuál es la causa?, [unckidneycenter.org. https://unckidneycenter.org/wp-content/uploads/sites/413/2017/10/ckd_causes_esp.pdf](https://unckidneycenter.org/wp-content/uploads/sites/413/2017/10/ckd_causes_esp.pdf)

Revista Clínica de la Escuela de Medicina (2020), Enfermedad renal crónica, [medigraphic.com. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2020/ucr204i.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2020/ucr204i.pdf)

Lorenzo Sellarés V, Desireé Luis Rodríguez (17 de mayo 2022) Enfermedad Renal Crónica, [nefrologiaaldia.org. https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136](https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136)

Dra. Aida Venado Estrada, Dr. José Andrés Moreno López, MPSS Marian Rodríguez Alvarado, Dr. Malaquias López Cervantes, Insuficiencia Renal Crónica, [facmed.unam. http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf)

La Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma (2017) Nefrología, viforpharma.com.
<https://www.viforpharma.com/lat/areas-de-tratamiento/nefrologia>.

Yuguero A. (2018), Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica, clinicbarcelona.org.
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/insuficiencia-renal-cronica/tratamiento>

Daniel de Luis Román, J. Bustamante (Julio 2008), Aspectos nutricionales en la insuficiencia renal, revistanefrologia.com.
<https://www.revistanefrologia.com/es-aspectos-nutricionales-insuficiencia-renal-articulo-X0211699508005896>

Marín V. (2022), Proceso Enfermero A Adulto De Sexo Femenino, Con Diagnóstico Médico De Autólisis Por Opioides, Ingresada En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Dr. Luis Ortega (Trabajo De Grado, Modalidad Cursos Especiales De Grado, Presentado Como Requisito Parcial Para Optar Por El Título De Licenciada En Enfermería.) (Universidad De Oriente).

Cuídate plus (14 mayo, 2021), Ácido fólico, cuidateplus.marca.com.
<https://cuidateplus.marca.com/alimentacion/diccionario/acido-folico.html>

Vademecum, (24 de septiembre 2020), Hierro sacarosa, vademecum.es.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-hierro+sacarosa-b03ac+m3-us>

Vademecum, (14 de Julio 2016), Acetato de calcio, vademecum.es.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-acetato+de+calcio-v03ae07-us>

Vademecum, (26 de septiembre 2022) Complejo B, vademecum.es.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-complejo+b+solos+inyectable-a11ea+p2>

Vademecum, (22 de noviembre 2018), Eritropoyetina humana recombinante, vademecum.es.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-eritropoyetina+humana+recombinante-b03xa01+m6>

Vademecum, (14 de Julio 2016), Heparina sódica, vademecum.es.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-heparina+sodica-b01ab01+m2>

Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (noviembre 2015)
Prospecto Acido Ascórbico Bayer 1000 Mg/5 MI Solución Inyectable, cima.aemps.es.
https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/17536/P_17536.html

Vademecum, 07 de abril 2022), Carvedilol, vademecum.es.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-carvedilol-c07ag02>

Vademecum, (13 de mayo 2022), Losartán potásico, vademecum.es.
<https://www.vademecum.es/principios-activos-losartan-c09ca01>

Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios, (abril 2018), Ficha Técnica Nifedipina Retard Stada 20 Mg Comprimidos, cima.aemps.es.
<https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/61772>

Hernández, Fernández y Baptista (2014), Investigación cuantitativa, cualitativa y mixta, recursos.uco.mx.
<https://recursos.uco.mx/tesis/investigacion.php>

Ortega C. (2010), ¿Qué es un estudio de caso y cómo realizarlo?, questionpro.com.
<https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-un-estudio-de-caso/>

- Pinto Contreras (1986:7), La Investigacion-Accion Participativa Y La Producción Del Conocimiento, [servicio.bc.uc.edu.ve. http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/a2n6/2-6-11.pdf](http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/a2n6/2-6-11.pdf).
- César A. Bernal, (2016), Metodología de la investigación, [abacoenred.com. https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf](https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf)
- Arias, F. (2006). Metodología de la investigación. <https://virtual.urbe.edu/tesispub/0092660/cap03.pdf>
- Garces S. (2019), Intervención educativa de enfermería para mejorar el conocimiento de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Daniel Alcides Carrión ,2019. [repositorio.ucv.edu.pe. https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39945](https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39945)
- José R. Paniagua, María E. Galván, (2017), Enfermedad renal crónica, [redalyc.org. https://www.redalyc.org/journal/4577/457755436001/](https://www.redalyc.org/journal/4577/457755436001/)
- Diaz T. (2011), 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, [saber.ucv.ve. http://saber.ucv.ve/handle/10872/13706](http://saber.ucv.ve/handle/10872/13706)
- González G., Rey G. (2012), Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica en pacientes que acudieron a la consulta de nefrología de la unidad de litiasis y metabolismo (UNILIME) del Hospital Universitario “Doctor Ángel Larralde”, [mriuc.bc.uc.edu.ve. http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/2803](http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/2803)
- Vicent A. (2022), “proceso enfermero aplicado a paciente femenina adulto con Enfermedad Renal Crónica Secundario a Hipertensión Arterial + Diabetes

Mellitus+ Nefritis Lúpica en tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia. 2022” (universidad de oriente)

Salazar, Alba (2020), “proceso enfermero al paciente con Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V en tratamiento Hemodialítico, ubicado en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia”, (Universidad de oriente)

Noriega E. (2022), “proceso enfermero aplicado a paciente femenina adulta, con enfermedad renal crónica por atrofia renal (hipotrofia) recibiendo tratamiento dialítico unidad bolivariana de hemodiálisis “DR. EDGAR MOGLIA” 2022. (Universidad de Oriente)

Unidad Bolivariana de Diálisis Dr. Edgar Moglia (2009). Organización, Funciones y Normas. Porlamar Estado Nueva Esparta

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). *Insuficiencia Renal Crónica como Problema de Salud Pública. Extraído el 22 de julio*
<http://caelum.ucv.ve/bitstream/10872/21064/1/ENFERMEDAD%20RENAL.pdf>

Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería. (2005, 01 de septiembre). Gaceta Oficial
Número: N° 38.263.
<https://docs.venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-delejercicio-profesional-de-la-enfermeria.pdf>

Ley Orgánica de Salud. (1998). Ley N° 36.579. extraído desde:
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ve_0457.pdf

Ley sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos (2011) Gaceta N° 39.808.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (20 de diciembre 1999)
extraído 2 de junio desde: <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2011/04/CONSTITUCION.pdf>

Asociación española de Enfermería de salud mental, (25 de enero 2019),
DOROTHEA ELIZABETH OREM, [aeesme.org](http://www.aeesme.org).
<https://www.aeesme.org/aeesme/dorothea-elizabeth-orem/>

Naranjo Y. (2019), Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem,
revistaamc.sld.cu.
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6525/3460>

Blogger El Cuidado, (14 De junio 2012), CALLISTA ROY,
Teoriasdeenfermeriauns.Blogs.
[Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Com/2012/06/Callista-Roy.Html](http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Com/2012/06/Callista-Roy.Html)

Blog teorías de enfermería, (30 de Julio 2019), Nola Pender,
enfermeria86.blogspot.com. <http://enfermeria86.blogspot.com/2017/07/nola-pender.html>

Zolano M. (2018), NOLA Pender, Studocu.Com/Es. [Https://Www.Studocu.Com/Es-Mx/Document/Universidad-De-Guanajuato/Introduccion-A-La-Enfermeria/Nola-Pender-Resumen-Introduccion-A-La-Enfermeria/3136411](https://Www.Studocu.Com/Es-Mx/Document/Universidad-De-Guanajuato/Introduccion-A-La-Enfermeria/Nola-Pender-Resumen-Introduccion-A-La-Enfermeria/3136411)

Hernández L. (6 de agosto 2020), Adinamia: Características Y Causas De Este
Trastorno Del Movimiento, [Psicologiaymente](http://Psicologiaymente.Com).
[Https://Psicologiaymente.Com/Salud/Adinamia](https://Psicologiaymente.Com/Salud/Adinamia)

Asociación Española de Pediatría, (1 de agosto 2020), Albúmina, [aeped.es](http://www.aeped.es).
<https://www.aeped.es/comite->

medicamentos/pediamecum/albumina#:~:text=Descripci%C3%B3n%3A,como%20un%20expansor%20de%20volumen.

Martínez M. (8 de marzo 2021), Anemia, [cuidateplus.marca.com](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/anemia.html).
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/anemia.html>.

Sánchez M. (11 de noviembre 2021), Anorexia, [cuidateplus.marca.com](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia.html#:~:text=La%20anorexia%20nerviosa%20es%20un,la%20p%C3%A9rdida%20significativa%20de%20peso).
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia.html#:~:text=La%20anorexia%20nerviosa%20es%20un,la%20p%C3%A9rdida%20significativa%20de%20peso>.

Organización Mundial de La Salud, (8 de abril 2016), Cefaleas, [who.int/es](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders).
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>

Centros para el control y la prevención de enfermedades crónicas, (2021), Cetoacidosis diabética, [cdc.gov](https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetic-ketoacidosis.html).
<https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetic-ketoacidosis.html>

García N, (2022), Edemas, [cun.es](https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/edemas#:~:text=Los%20edemas%20son%20un%20signo,l%C3%ADquido%20en%20el%20compartimento%20intersticial). <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/edemas#:~:text=Los%20edemas%20son%20un%20signo,l%C3%ADquido%20en%20el%20compartimento%20intersticial>.

Asociación de diabetes (2020), Qué es el glucagón y por qué es importante para las personas con diabetes, [solucionesparaladiabetes.com](https://www.solucionesparaladiabetes.com/magazine-diabetes/que-es-el-glucagon-y-por-que-es-importante-para-las-personas-con-diabetes/).
<https://www.solucionesparaladiabetes.com/magazine-diabetes/que-es-el-glucagon-y-por-que-es-importante-para-las-personas-con-diabetes/>

Angulo A. (27 de enero 2022), ¿Qué es la Glucosa y cuál es su función?, [nutricionyfarmacia.com](https://nutricionyfarmacia.com/blog/nutricion/glucosa-funcion/). <https://nutricionyfarmacia.com/blog/nutricion/glucosa-funcion/>.

Escalada J. (2022). Hiperglucemia, cun.es. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hiperglucemia#:~:text=La%20hiperglucemia%20aparece%20cuando%20los,sangu%C3%ADneo%20en%20situaciones%20de%20gran>

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2019), ¿Qué es la insulina?, saludcastillayleon.es. <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-diabetes/respuestas-preguntas-frecuentes/insulina>

Bezerra C. (Abril 2023), Microalbuminuria: qué es, causas y cómo tratarla, .tuasaude.com. <https://www.tuasaude.com/es/microalbuminuria/>

Angoso M. (12 de abril 2023), ¿Qué es la nefropatía?, topdoctors.es. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/nefropatia>.

Maset J. (23 de marzo 2020), Parestesia, cinfasalud.cinfa.com. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/parestesia/#:~:text=La%20parestesia%20es%20un%20trastorno,en%20cualquier%20parte%20del%20cuerpo>.

Real academia española, (2022), polifagia, dle.rae.es. <https://dle.rae.es/polifagia>.

Biolatto L. (9 de julio 2023), ¿Qué es la poliuria?, mejorconsalud.as.com. <https://mejorconsalud.as.com/que-es-la-poliuria/>

Salusplay, (19 de diciembre 2019), El proceso enfermero como proceso de gestión de los cuidados en la asistencia, salusplay.com/blog. <https://www.salusplay.com/blog/proceso-enfermero-gestion-cuidados-asistencia/>

- Costa J. (2013), PAE, enfermeriablog. <https://enfermeriablog.com/pae/>
- Gutiérrez G. (8 de febrero 2013), Principios fundamentales de enfermería, es.slideshare.net. <https://es.slideshare.net/gcarmenpromo/principios-fundamentales-de-enfermera>
- Reina N, (17 de diciembre 2010), El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado, redalyc.org. <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Blog yo amo enfermería, (2019), Funciones O Roles De Enfermería, yoamoenfermeriablog.com. <https://yoamoenfermeriablog.com/2019/05/21/funciones-o-roles-de-enfermeria/>
- Pérez A. (25 de abril 2021), ¿Qué es un diagrama de Gantt y para qué sirve?, obsbusiness.school/blog. <https://www.obsbusiness.school/blog/que-es-un-diagrama-de-gantt-y-para-que-sirve>
- Torres E. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21(3-4) Recuperado en 28 de julio de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=es&tlng=es.
- Orellana Y. Sanhueza A. (2011). Competencia En Investigación En Enfermería. Ciencia y enfermería, <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>
- Lahite-Savón, Yaritza, Céspedes-Pereña, Vivian, & Maslen-Bonnane, Marely. (2020). El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. Revista Información Científica, 99(5), 494-502. Epub 27 de octubre de 2020. Recuperado en 28 de julio de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000500494&lng=es&tlng=es.

ANEXO

1

Consentimiento firmado por el paciente objeto de esta investigación.

Porlamar, 01 de Mayo- del 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Antonio Rafael Rincones Mendoza de 64 años de edad, titular de la C.I: 8.638.160, autorizo a la Bachiller Luisber del Valle Mauquer Rodríguez de 24 años de edad titular de la C.I: 27.000.474 quien realiza su informe de grado para optar al título de Licenciada en Enfermería en la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta en la Modalidad Curso Especial de Grado (Nefrología-Cohorte VI) donde me selecciona como caso de estudio y por lo tanto, permito que utilice fotos de mi persona sin cubrirme el rostro. Sin más nada que agregar, me despido.



Antonio Rafael Rincones Mendoza



3

Orientación nutricional, con la finalidad de dar a conocer las frutas que pueden ingerir los pacientes de diálisis.

4



Entrega de Coctel de frutas a los pacientes de la Unidad Bolivariana de Hemodialisis
“Dr. Edglar Modglia”



Elaboración de cartelera sobre el cuidado del acceso vascular



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Proceso enfermero a masculino sexagenario con enfermedad renal crónica estadio v/v secundaria a nefropatía diabética en tratamiento hemodialítico en la unidad bolivariana de hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” 2023
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e- mail
Mauquer Rodríguez, Luisber Del Valle	ORCID:
	e-mail Delvalleluisber@gmail.com

PALABRAS O FRASES CLAVES:

Hospital Dr. Luis Ortega
Unidad Bolivariana de Hemodialisis Dr. Edgar Moglia
enfermedad renal cronica
nefropatia diabetica
nanda, nic y noc

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
CIENCIAS DE LA SALUD	ENFERMERÍA

RESUMEN (ABSTRACT):

En el presente trabajo de investigación se desarrolló un caso clínico que tuvo como objetivo aplicar proceso enfermero a paciente masculino sexagenario con Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V secundaria a Nefropatía Diabética en tratamiento hemodialítico, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”; la investigación presentó un enfoque metodológico cuali-cuantitativo, descriptivo, de tipo documental y de campo; utilizando los métodos de estudios de caso e investigación acción participante, haciendo uso de técnicas como la entrevista, la encuesta y la observación. El proceso enfermero se inició mediante la valoración objetiva del paciente y la valoración subjetiva fundamentada en una conjugación entre el modelo de 8 requisitos universales de Dorothea Orem, el modelo de adaptación de Callista Roy y el Modelo de la promoción de la salud de Nola Pender; para la identificación de los requisitos, adaptación y conceptos básicos incumplidos. Utilizando las Taxonomías NANDA, NIC y NOC en la identificación de Diagnósticos de Enfermería, Colaborativos y Planes de Cuidado que permitieron la atención integral del paciente. Las necesidades detectadas en el paciente conllevaron al fomento de una educación basada en la promoción de la salud para lograr un estilo de vida saludable, recalcando, la importancia de mantener una dieta adecuada a sus necesidades metabólicas, controlando la ingesta de líquidos para evitar la ganancia excesiva de peso interdialítico. Concluyendo que el abordaje del caso clínico tuvo gran importancia en la aplicación del proceso enfermero, permitiendo fortalecer conductas beneficiosas de cambios y mantenimientos del estado de salud del paciente.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

Apellidos y Nombre	ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL				
Hernández Jaime	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL	jaimehernandezenfermero1973@gmail.com			
	E_MAIL				
Noriega Andreina	ROL	CA	AS	TU	JU
					x
	ORCID				
	E_MAIL	andreinamilagrosnoriega@gmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
2023	08	03

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
NNECTG_MRLD2023	.docx
NNECTG_MRLD2023	.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: intemporal

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciado en Enfermería

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciatura

ÁREA DE ESTUDIO:

Ciencias 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 CUNVELO
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.

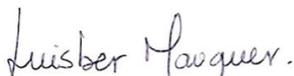
JABC/YGC/marija

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

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-034-2009). “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”



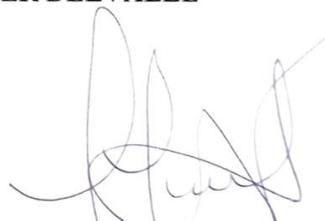
MAUQUER RODRÍGUEZ, LUISBER DELVALLE

AUTORA



LCDO. HERNANDEZ, JAIME

TUTOR



LCDA. NORIEGA, ANDREINA

JURADO

POR LA COMISION DE TRABAJO DE GRADO