



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

**PROCESO ENFERMERO APLICADO A FEMENINA ADULTA CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SECUNDARIO A NEFROPATÍA  
DIABÉTICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO EN LA UNIDAD  
BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS “DR. EDGAR MOGLIA” 2024**

Trabajo de Grado Modalidad Curso Especial de Grado como requisito parcial para  
optar al título de Licenciada en Enfermería

Tutor Clínico:

**Lcdo. Jaime Hernández**

Autora:

**Br. Iscar Leonelis del Valle Bauza Verde**

**CI.: V-26.501.549.**

Tutor Metodológico:

**Lcda. Ysabel Velásquez**

**Guatamare, agosto del 2024**



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

**PROCESO ENFERMERO APLICADO A FEMENINA ADULTA CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SECUNDARIO A NEFROPATÍA  
DIABÉTICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO EN LA UNIDAD  
BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS “DR. EDGAR MOGLIA” 2024**

Trabajo de Grado Modalidad Curso Especial de Grado como requisito parcial para  
optar al título de Licenciada en Enfermería

Autora:

**Br. Iscar Leonelis del Valle Bauza Verde**

**CI.: V-26.501.549**

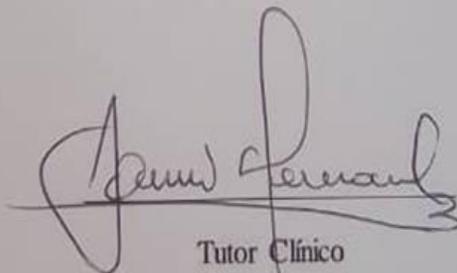
**Guatamare, agosto del 2024**



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

### ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR CLÍNICO

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 APLICADO A FEMENINA ADULTA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SECUNDARIO A NEFROPATÍA DIABÉTICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS "DR. EDGAR MOGLIA"**, presentado por la BR. ISCAR LEONELIS DEL VALLE BAUZA VERDE, portadora de la Cédula de Identidad: 26.501.549, como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado encontrándose acto para su presentación y defensa.



Tutor Clínico

Lcdo. Jaime Rafael Hernández Ferrer



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

### ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR METODOLÓGICO

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 APLICADO A FEMENINA ADULTA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SECUNDARIO A NEFROPATÍA DIABÉTICA EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS "DR. EDGAR MOGLIA"**, presentado por la BR. ISCAR LEONELIS DEL VALLE BAUZA VERDE, portadora de la Cedula de Identidad: 26.501.549, como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado encontrándose acto para su presentación y defensa.

Tutor Metodológico

Lcda. Ysabel Velásquez



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

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

TGLECEG-15-2024

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

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
III-2023	161-5303	HEMODIÁLISIS	8	<i>Jaime Hernández</i>
III-2023	161-5403	DIALISIS PERITONEAL Y TRANSPLANTE RENAL	7	<i>Jaime Hernández</i>

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería Nefrológica reunidos el día 7 de agosto de 2024, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por la bachiller: **BAUZA VERDE ISCAR LEONELIS DEL VALLE**, Cédula de Identidad **V-26.501.549**, 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



Firma y Sello

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

## DEDICATORIA

En primer lugar quiero dedicar este trabajo de investigación a Dios, solo él sabe el sacrificio de cada investigador durante esta etapa, con su Gracia Divina nos ayuda, nos llena de sabiduría, fortaleza y amor para continuar en este duro caminar.

A mí, por resistir, persistir y nunca desistir; por ponerme a prueba y saber que puedo dar más de lo que pienso, por cada sacrificio que hice para mantenerme hoy día en esta etapa, por no abandonar lo que realmente llena mi corazón, por denostarme a mí misma que no importa quien llega primero, sino que quien se disfruta el viaje. Este es el tiempo así Dios lo había decidido.

A mi Mamá Leonor Verde, este logro también es tuyo, te lo mereces tanto como yo por estar a mi lado en cada momento, apoyarme en este sueño y luchar a mi lado cada batalla durante la carrera.

Dedicado para ti Papá Felix Bauza, espero que te sientas orgulloso de tu hija, fueron muchas las veces que te dije que no seguía, pero aquí estoy en el final como tanto lo esperabas.

A mis Abuelos y Abuelas, los seres más maravillosos que Dios me regaló, siempre fueron la fuerza e ilusión de esta meta. Gracias por creer en mí, sé que nadie más que ustedes desean verme alcanzar este sueño.

Y para ti tía Nohelys, gracias por apoyarme siempre, por darme tu amor, cariño, tenerme como una hija y no dejarme nunca sola, eres la mejor.

De manera especial está dedicado a todos esos jóvenes que por situaciones muy difíciles se vieron obligados a dejar sus sueños colgados y con el corazón roto partieron a otro país en busca de una mejor calidad de vida, o simplemente se vieron forzados a dedicarse a otras cosas. Espero algún día la vida les permita cumplir ese sueño pendiente. Mientras le dedico este logro mío que también es de todos ustedes.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por el regalo de la vida y por cada bendición y oportunidad que nos presentas en el camino, gracias por los ángeles que enviaste cuando con lágrimas en los ojos te pedía ayuda, sabiduría y fortalezas para continuar, gracias por tu bondad infinita, por no dejarme sola en ningún momento y escuchar mis oraciones, Gracias señor Gracias.

Gracias a mis padres por la crianza y enseñanza que me dieron, soy lo que soy gracias a ustedes. Jamás me alcanzará la vida para pagarles todo lo que hacen por mí, estaré agradecida con ustedes toda la vida, los amo con todo mi corazón.

Quien tiene un amigo, tiene un tesoro y Dios es tan bueno que me ha dado el privilegio de tener el tesoro de la amistad de personas increíbles que han estado conmigo en todo momento apoyándome y es por eso que le doy gracias a ustedes.

Maryacnys Larez, gracias por tu amistad y apoyo en cada etapa de mi vida; empezamos esta aventura juntas y aunque no lo pudimos terminar juntas este logro también va para ti hermana y para mi príncipe amado Lenyn Alejandro.

Jhomarlis Amarista, gracias por estar siempre para mí, por tu apoyo, amistad y lealtad durante este camino. Que sería de mí sin ti, mi pañito de lágrimas, mi perita de boxeo. Gracias por calmarme en mis momentos de angustia, por motivarme cuando ya no podía más, pero sobre todo gracias por incluirme en tus oraciones, tu amigo nunca te falla.

Gracias a mis compañeras de trabajo, Leo, Yuri y Eve, las tuve que dejar solas para perseguir este sueño, pero valió la pena. Gracias por el apoyo y motivación siempre. Las llevo en mi corazón.

Agradezco a mis compañeras de la UDO, por todos los momentos compartidos, enseñanzas, aprendizajes, risas, lágrimas y nervios. De manera especial a mis 2 súper poderosas Vanessa Guarín y Mariauris Silva gracias por estar y elegirme como su compañera durante este proceso convirtiéndonos en un excelente equipo.

A mis profesoras Ysabel Velázquez, Andrina Noriega, Jayleg Hoyt, Lourden Coello, Julioscar Larez, Mariannys Barrios. Gracias por las palabras de motivación, consejos, enseñanzas y por exigir de nosotros lo mejor.

Gracias a la Universidad De Oriente por preocuparse por la formación de los jóvenes que forjarán el futuro, apostando por una sociedad de profesionales capacitados en diversas áreas de estudios, honrados de pertenecer a la casa más alta del Oriente y con su lema en el corazón “Del pueblo venimos y hacia el pueblo vamos”.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE CUADROS	
.....	xvi
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xx
RESUMEN .....	14
INTRODUCCIÓN .....	15

### CAPÍTULO I

#### PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. LUIS ORTEGA

1.1 Reseña Histórica .....	19
1.2 Propósito.....	25
1.3Filosofía .....	26
1.4 Valores .....	27
1.5 Misión .....	28
1.6 Visión .....	29
1.7 Objetivos .....	30
1.8 Tipo de establecimiento de salud .....	31
1.9 Ubicación Geográfica .....	34
1.10 Estructura organizativa .....	35
1.11 Operatividad de la Jefatura de Enfermería y su Organización .....	39

## CAPÍTULO II

### PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS

DR. EDGAR MOGLIA

2.1 Reseña histórica .....	42
2.2 Importancia y justificación .....	44
2.3 Descripción y Ubicación .....	45
2.4 Objetivo .....	48
2.5 Misión .....	49
2.6 Visión .....	50
2.7 Estructura organizativa .....	50
2.8 Funciones, actividades y tareas del equipo de enfermería .....	55
2.8.1 Funciones del jefe (a) de Enfermería .....	55
2.8.2 Funciones del (de la) Adjunto (a) Asistencial de Enfermería .....	56
2.8.3 Funciones del (de la) Supervisor (a) de Enfermería .....	56
2.8.4 Funciones del (de la) Coordinador (a) de Enfermería de la unidad .....	57
2.8.5 Personal de Enfermería Técnico en Diálisis.....	58
2.8.6 Actividades de las camareras .....	60
2.8.7 Actividades de los camilleros .....	60
2.9 Aproximación diagnóstica de la unidad clínica.....	63

## CAPÍTULO III

### MARCO TEORICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTGACION Y DEL

#### ESTUDIO DE CASO

3.1 Marco Metodológico de la Investigación .....	68
3.1.1 Enfoque Cualitativo .....	69

3.1.2	<i>Investigación Acción Participante</i>	70
3.1.3	<i>Estudio de Caso</i>	70
3.1.4	<i>Tipo de Estudio: Descriptivo</i>	70
3.1.5	<i>Diseño de Estudio: Documental y de Campo</i>	71
3.1.6	<i>Técnicas e Instrumentos de la Investigación</i>	72
3.1.6.1	<i>Observación participante</i>	72
3.1.6.2	<i>Entrevista</i>	73
3.1.6.3	<i>Informante Clave</i>	73
3.2	<i>Marco Legal de la Investigación</i>	74
3.2.1	<i>Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)</i>	74
3.2.2	<i>Ley Orgánica de la Salud (1998)</i>	75
3.2.3	<i>Ley Sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos (2012)</i>	78
3.2.4	<i>Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005)</i>	81
3.2.5	<i>Código Deontológico de Enfermería (2009)</i>	83
3.2.6	<i>Normas Que Establecen Los Requisitos Arquitectónicos Y De Funcionamiento Para La Creación De Unidades De Hemodiálisis, En Establecimientos Médico-Asistenciales Públicos Y Privados (2004)</i>	85
3.3	<i>Marco Referencial de la Investigación</i>	89
3.3.1	<i>Antecedentes Internacionales</i>	90
3.3.2	<i>Antecedentes nacionales</i>	92
3.3.3	<i>Antecedentes Regionales</i>	95
3.4	<i>Marco Teórico de la Investigación</i>	97
3.4.1	<i>Diabetes</i>	98

3.4.1.1	Definición	98
3.4.1.2	Etiología	98
3.4.1.3	Fisiopatología	99
3.4.1.4	Manifestaciones Clínicas	100
3.4.1.5	Complicaciones	100
3.4.2	<i>Nefropatía Diabética</i>	102
3.4.2.1	Definición	102
3.4.2.2	Etiología	102
3.4.2.3	Fisiopatología	103
3.4.2.4	Manifestaciones Clínicas	105
3.4.2.5	Complicaciones	105
3.4.3	<i>Enfermedad Renal Crónica (ERC)</i>	107
3.4.3.1	Definición	107
3.4.3.2	Etiología	108
3.4.3.3	Fisiopatología	108
3.4.3.4	Manifestaciones Clínicas	109
3.4.3.5	Complicaciones	110
3.4.3.6	Tratamiento	110
3.4.3.6.1	<i>Tratamiento Conservador</i>	111
3.4.3.6.2	<i>Tratamiento Sustitutivo</i>	112
3.4.3.6.3	<i>Trasplante Renal</i>	114
3.4.3.6.4	<i>Tratamiento Farmacológico</i>	116
3.4.3.8	Fichas Farmacológicas	117
3.5	Atención de Enfermería: Marco Teórico y Metodológico	125

3.5.1	<i>Jean</i>	<i>Watson</i>	
			.....125
3.5.1.1	Aspectos Biográficos .....		125
3.5.1.2	Fundamentos Teóricos .....		130
3.5.1.3	Relación de la Teoría con el Estudio de Caso .....		133
3.5.2	<i>Dorothea</i>	<i>Orem</i>	
			.....134
3.5.2.1	Aspectos Biográficos .....		134
3.5.2.2	Fundamentos Teórico .....		136
3.5.2.3	Relación de la Teoría con el Estudio de Caso .....		137
3.5.3	<i>Nola</i>	<i>Pender</i>	
			.....137
3.5.3.1	Aspectos Biográficos .....		137
3.5.3.2	Fundamentos Teóricos .....		142
3.5.3.3	Relación de la Teoría con el Estudio de Caso .....		145

#### CAPÍTULO IV

##### ESTUDIO DEL CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CONICA GRADO V/V, SECUNDARIO A NEFROPATIA DIABETICA

4.1	Título .....	150
4.2	Resumen de caso .....	150
4.3	Objetivos .....	152
4.3.1	<i>Objetivo general</i> .....	152
4.3.2	<i>Objetivos específicos</i> .....	152
4.4	Historia de Enfermería .....	153
4.4.1.		<i>Anamnesis</i>
		.....153

4.4.2	<i>Valoración del paciente</i>	154
4.4.2.1	Valoración Objetiva: Examen Físico Céfalocaudal	154
4.4.2.2	Valoración subjetiva: 10 procesos de caridad de Jean Watson	156
4.4.2.3	Valoración subjetiva: Dorothea Orem	158
4.4.2.4	Valoración subjetiva: Nola Pender	159
4.4.3	<i>Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado</i>	163

## CAPÍTULO V

### EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS DR. EDGAR MOGLIA

5.1	Proceso Enfermero	185
5.1.2	<i>Valoración</i>	186
5.1.3	<i>Diagnóstico</i>	187
5.1.4	<i>Identificación</i>	188
5.1.5	<i>Planificación</i>	188
5.1.6	<i>Ejecución</i>	189
5.1.7	<i>Evaluación</i>	189
5.2	Funciones Asistenciales en Hemodiálisis para Atención de Caso Clínico	190
5.3	Funciones Docentes para Atención de Caso Clínico	192
5.4	Funciones Administrativas para Atención de Caso Clínico	194
5.5	Funciones Investigativas para Atención de Caso Clínico	195
5.6	Retos, desafíos y perspectivas del profesional de Enfermería en el contexto actual	197

5.6.1 <i>Opinión de un profesional de Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.</i> .....	198
5.6.2 <i>Opinión del participante de los Cursos Especiales de Grado de Enfermería sobre la experiencia profesional</i> .....	200
CONCLUSION .....	202
RECOMENDACIONES .....	204
BIBLIOGRAFÍA .....	205

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 01</b>	
<i>Tratamiento farmacológico del paciente objeto de este estudio</i> .....	117
<b>Cuadro 02</b>	
<i>Ficha farmacológica para el Ácido Fólico</i> .....	118
<b>Cuadro 03</b>	
<i>Ficha farmacológica para la vitamina B12</i> .....	119
<b>Cuadro 04</b>	
<i>Ficha farmacológica para el Hierro</i> .....	120
<b>Cuadro 05</b>	
<i>Ficha farmacológica para Heparina</i> .....	121
<b>Cuadro 06</b>	
<i>Ficha farmacológica para Nifedipina</i> .....	122
<b>Cuadro 07</b>	
<i>Ficha farmacológica para Clonidina</i> .....	123
<b>Cuadro 08</b>	
<i>Ficha farmacológica para Insulina</i> .....	124
<b>Cuadro 09</b>	
<i>Cuadro analítico para Necesidad de eliminación: Facilitar la excreción de desechos y toxinas</i> .....	165
<b>Cuadro 10</b>	
<i>Plan de cuidado para Necesidad de eliminación: Facilitar la excreción de desechos y toxinas</i> .....	166

**Cuadro11**

*Cuadro analítico para Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza/ Mantenimiento de un aporte de aire/ Barreras percibidas para la acción. ....167*

**Cuadro 12**

*Plan de cuidado par Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza./Mantenimiento de un aporte de aire/ Barreras percibidas para la acción. ....168*

**Cuadro 13**

*Cuadro analítico para factor Estar presente de verdad / Conducta de promoción de la salud .....169*

**Cuadro 14**

*Plan de cuidado para Estar presente de verdad / Conducta de promoción para la salud .....170*

**Cuadro 15**

*Cuadro analítico para Creación de un entorno de curación a todos los niveles/ mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso/ Influencias situacionales..... 171*

**Cuadro 16**

*Plan de cuidado para Creación de un entorno de curación/ Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso/ Influencias situacionales .....172*

**Cuadro 17**

*Cuadro analítico para Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje auténtica / Conducta de promoción de la salud .....173*

**Cuadro 18**

*Plan de cuidado para Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje/  
Conducta de promoción de la salud .....174*

**Cuadro 19**

*Cuadro analítico para Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos /  
mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad/ Exigencias y  
preferencias que compiten de forma inmediata .....175*

**Cuadro 20**

*Plan de cuidado para Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos /  
Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad/ Exigencias y  
preferencias que compiten de forma inmediata .....176*

**Cuadro 21**

*Cuadro analítico para Factores personales .....177*

**Cuadro 22**

*Plan de cuidado para Factores personales .....178*

**Cuadro 23**

*Cuadro analítico para Cultivo de la práctica del amor-bondad / Influencias  
situacionales .....179*

**Cuadro 24**

*Plan de cuidado para Cultivo de la práctica del amor-bondad / Influencias  
situacionales .....180*

**Cuadro 25**

*Cuadro analítico para Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta 181*

**Cuadro 26**

*Plan de cuidado para Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta ...182*

**Cuadro 27**

*Cuadro analítico para Administración de los actos sagrados en enfermería/ La  
prevención de peligros para la vida .....183*

**Cuadro 28**

*Plan de cuidado para Administración de los actos sagrados en enfermería/ La  
prevención de peligros para la vida .....184*

**Cuadro 29**

*Diagrama de Gantt de las Actividades Ejecutadas Durante el Periodo de  
Pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del Hospital  
Luis Ortega de Porlamar .....190*

## ÍNDICE DE FIGURAS

### **Figura 1**

*Construcción del Hospital Luis*

*Ortega*.....21

### **Figura 2**

*Ubicación Geográfica del Hospital Dr. Luis*

*Ortega*.....34

### **Figura 3**

*Organigrama de la Estructura Organizativa del Hospital Dr. Luis*

*Ortega*.....38

### **Figura 4**

*Organigrama de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis*

*Ortega*.....42

### **Figura 5**

*Organigrama estructural de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar*

*Moglia*.....54

### **Figura 6**

*Organigrama Funcional de Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis*

*Dr. Edgar Moglia*.....62

### **Figura 7**

*¿Cómo califica usted de necesario la limpieza de la máquina de hemodiálisis?*.....64

### **Figura 8**

*¿Cómo considera usted la importancia de la realización de la limpieza a la máquina de hemodiálisis antes y después de cada sesión?*.....64

**Figura 9**

*¿Cómo evalúa usted la existencia de material adecuado para realizar la limpieza de las maquinas?.....65*

**Figura 10**

*¿Cómo considera usted que son las técnicas de limpieza de la máquina de hemodiálisis en la unidad.....65*

**Figura 11**

*¿Qué nivel de riesgo representa para el paciente y enfermero una mala técnica de limpieza de la máquina de hemodiálisis?.....66*



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

**PROCESO ENFERMERO APLICADO A FEMENINA ADULTA CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SECUNDARIO A NEFROPATÍA  
DIABÉTICA EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO EN LA UNIDAD  
BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS “DR. EDGAR MOGLIA” 2024**

Tutor Clínico:

**Lcdo. Jaime Hernández**

Tutor Metodológico:

**Lcda. Ysabel Velásquez**

**Autora:**

**Br. Iscar Leonelis del Valle**

**Bauza Verde**

**CI.: V-26.501.549**

## RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo aplicar el Proceso Enfermero a femenina adulta con Enfermedad Renal Crónica grado v/v secundario a Nefropatía Diabética que recibe tratamiento hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” utilizando la Taxonomía NANDA (2021-2023)-NIC-NOC (2018-2020) y una triangulación de teorías entre Jean Watson, Dorothea Orem y Nola Pender que permitió brindar una atención holística a la paciente. Se trató de una investigación con enfoque cuali-cuantitativo sistematizado a través de la investigación acción-participante durante las prácticas profesionales y en relación directa e interactiva con la paciente, durante el cual se aplicaron técnicas como la observación participante y entrevista haciendo un trabajo documental y de campo. Se concluyó que la Enfermedad Renal Crónica, afecta al paciente desde el punto de vista biológico, psicológico y social. El personal de enfermería desempeña un rol importante en el tratamiento de hemodiálisis, al igual que en la promoción de la salud y el apoyo emocional, lo cual generó cambios conductuales hacia estilos de vida saludable en el paciente y aportó beneficios para su bienestar físico y emocional. Dejando como recomendación la paciente cumplir con las medidas terapéuticas y mantener la comunicación con el personal de salud.

**Palabras claves:** Proceso Enfermero, Enfermedad Renal Crónica, Nefropatía Diabética, Hemodiálisis.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa, al igual que otras Enfermedades Crónicas, un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia y prevalencia, como por su importante morbimortalidad y costo socioeconómico. La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) incluye los estadios 4 y 5 de la clasificación de la ERC. La Organización Mundial para la Salud OMS (2023) define la Enfermedad Renal como la pérdida gradual de la función renal. De acuerdo con Martínez (2020) señala que la ERC es un problema de salud pública a nivel mundial que se ha incrementado de manera importante a través del tiempo debido al impacto de factores de riesgo para el deterioro de la función renal. Considerándose un problema de salud pública global creciente en la población.

Por otra parte, la organización internacional sin ánimo de lucro World Kidney Day informa que el 10% de la población mundial padece enfermedad renal crónica, que, si no se trata, puede ser mortal. Además, la tasa de mortalidad por la enfermedad aumenta cada año. El vacío de conocimiento sobre la ERC limita su lucha y aumenta la mortalidad asociada a ella.

En Latinoamérica la tasa estandarizada de años de vida saludables pérdidas por ERC se debió, en gran medida, al peso de las muertes prematuras más que a la discapacidad. En 2019, Nicaragua, El Salvador, México y Guatemala se destacaron por tener las tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedad renal crónica más elevadas, mientras que Uruguay presentó las más bajas descrito así por la OPS (2023) quien concluye que la ERC es una epidemia invisibilizada que representa una carga excesiva, en mortalidad para los países de América Latina.

Esta situación epidemiológica afecta significativamente el territorio nacional sumado a la crisis del sistema sanitario venezolano, que ha afectado gravemente a los programas de Terapia de Reemplazo Renal (TRR). Según informe elaborado por

Amigos Trasplantados de Venezuela ATV (2021) y la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y la Vida (Codevida), se estima que unos 3.000.000 de venezolanos (10,4% de la población) tienen ERC y aproximadamente 21.000 personas requieren TRR (hemodiálisis)

Se debe resaltar que en el estado Nueva Esparta, se encuentran en la actualidad ciento veintiséis (126) pacientes con Enfermedad Renal Crónica, que acuden a la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, para su tratamiento dialítico; de los cuales ciento veinte cinco (125) están en la modalidad de Hemodiálisis y uno (1) en la modalidad de Diálisis Peritoneal según fuentes de la institución.

Las y los profesionales de enfermería tienen un papel protagónico en el cuidado integral de los pacientes con ER que atraviesan un proceso de hemodiálisis. Empleando un conjunto de técnicas y conocimientos para tomas de constantes vitales, vigilancia de signos/síntomas, punción de las venas arteriorizadas, manipulación de los monitor de hemodiálisis, manipulación de catéteres para hemodiálisis, con la capacidad y profesionalismo para atender y solucionar complicaciones, creando un ambiente cómodo y saludable para el paciente y su familiar, valorando, atendiendo y respetando los derechos y necesidades del paciente.

La Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta, a través de la Escuela de Ciencias de la Salud y el Departamento de Enfermería, se preocupa por la formación de profesionales que estén capacitados, por tal razón se apertura los Cursos Especiales de Grado (CEG), formando a los estudiantes de enfermería y capacitándolos en áreas específicas de atención (Cuidados Intensivos y Nefrología), preparados profesionalmente para ejercer la enfermería de manera holística utilizando el proceso enfermero.

El presente trabajo investigativo está basado en la aplicación del Proceso Enfermero, usando una triangulación entre las teorías de Jean Watson, Dorothea

Orem y Nola Pender, además de las taxonomías NANDA (2021-2023)-NIC-NOC (2018-2020) con el objetivo de ejecutar planes de cuidados dirigidos a la atención integral de la paciente.

Estructurando la investigación de la siguiente manera: en el Capítulo I, se presenta al Hospital Dr. Luis Ortega, su historia, propósito, filosofía, valores, misión, visión, objetivos, ubicación geográfica, estructura organizativa y la estructura del departamento de enfermería.

Capítulo II, se presenta la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, su historia, importancia, ubicación geográfica, estructura organizativa, misión, visión, objetivos, funciones del departamento de enfermería y la aproximación diagnóstica de una problemática de la unidad.

Capítulo III, se detalla el marco teórico y metodológico, describiendo las patologías que caracterizan este trabajo de investigación como lo son la Diabetes Mellitus tipo II, Nefropatía Diabética y la Enfermedad Renal Crónica. Considerando el modelo teórico Jean Watson, Dorothea Orem y Nola Pender, usando los métodos de investigación para la recolección de datos y la ejecución de las actividades realizadas como marco metodológico, sustentando la investigación en el marco legal de acuerdo a las leyes competentes al caso de estudio.

Capítulo IV, describe el caso clínico seleccionado para esta investigación, el título, resumen, objetivos, historia de enfermería, valoración objetiva, valoración subjetiva, cuadros analíticos y planes de cuidados implementados al paciente.

Capítulo V, se describe la experiencia de un profesional de enfermería y la experiencia del investigador durante el desarrollo de las prácticas profesionales en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

# **CAPÍTULO I**

## **PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. LUIS ORTEGA**

En este capítulo se inician aportando datos significativos alusivos al Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar-Municipio Mariño del Estado Nueva Esparta, centro de salud donde se llevan a cabo las prácticas profesionales del CEG en el área de Nefrología ofrecidos por la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta en la carrera de Enfermería. La información sobre este centro de salud fue recabada de fuentes bibliográficas e información publicada en carteleras de la institución con el fin de tener una visión real sobre la temática tratada, se complementó la investigación documental, con la revisión de trabajos anteriores y páginas web referentes a este tema. Comprendiendo la estructura de este capítulo la reseña histórica del Hospital Dr. Luis Ortega, propósito, filosofía, valores, visión, misión, objetivos, tipo de establecimiento de salud, ubicación geográfica, estructura organizativa y operatividad de la Jefatura de Enfermería.

### **1.1 Reseña Histórica**

Según Pérez, Porto y Merino (2021) una reseña histórica, 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). La reseña histórica permite remontar en el tiempo y volver a los hechos que suscitaron, permitiendo conocer y revivir el momento de esa historia para un análisis de la evolución de la misma.

De acuerdo con los datos obtenidos de la Biblioteca Dr. Miguel Salazar del Hospital Dr. Luis Ortega (2023) se describe la reseña histórica del Hospital Dr. Luis Ortega donde se narran los hechos que marcaron el inicio de la fundación y

formación de esta institución. Permitiendo conocer los avances que se han podido lograr con el pasar de los años, al igual que las necesidades y problemáticas que han nacido en esta institución.

La historia socio-política del Estado Nueva Esparta cuenta en su haber 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. El Presidente Raimundo Andueza Palacios fue el primero que decretó la construcción de un edificio destinado al funcionamiento de un Hospital en el año 1891; sin embargo, no hubo consolidación del proyecto.

El 19 de diciembre de 1918 se decreta la construcción del Hospital de Margarita; consecuente a ello en el año 1919 el General Juan Alberto Ramírez, presidente regente de esa época toma la responsabilidad de dar inicio a la construcción de tan importante edificación; nombrando una comisión el 31 de Marzo de ese mismo año compuesta por el Ing. Amador Hernández y el Dr. Enrique Albornoz, los cuales se encargaron de llevar a cabo una exhaustiva revisión del terreno, en el sector Punda (los Cocos) donde actualmente funciona la Unidad Educativa José Joaquín de León.

El 28 de febrero de 1936, se decide cambiar el nombre de Hospital de Margarita por Hospital Dr. Luis Ortega, en homenaje al insigne médico Margariteño Dr. Luis Ortega, fallecido el 07 de Noviembre de 1901. Ese mismo año, el 27 de Junio el centro de salud fue centralizado, y pasó a formar parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

Debido a la creciente demanda de servicios en el Estado, el hospital se vuelve insuficiente para cubrir todas las necesidades requeridas. Por tal motivo, durante la presidencia del General Isaías Medina Angarita, fue hecho público el decreto para la construcción del Hospital Dr. Luis Ortega. Este fue construido en el Centro de la Ciudad de Porlamar, en un terreno adquirido por la nación a la comunidad de indígenas Francisco Fajardo. La obra fue culminada en el año 1956, bajo el mandato del General Marcos Pérez Jiménez; sin embargo, no fue sino hasta el 16 de Mayo de

1957 cuando oficialmente fue inaugurado y entró en funcionamiento el nuevo Hospital Dr. Luis Ortega (Ver figura 1).

**Figura 1**

*Construcción del Hospital Luis Ortega*



Fuente: Omero Fani Giannuari (1956)

Este Hospital, una vez inaugurado, tenía una estructura arquitectónica conformada por cinco (5) pisos, distribuidos con salas de hospitalizaciones ventiladas, cantinas, comedor y con capacidad para ciento cincuenta (150) camas, previsto para aumentar al doble, además, de ofrecer todos los servicios médicos y administrativos. Sumado a ello, poseía el primer ascensor del Estado Nueva Esparta.

El primer paciente atendido en Emergencia el 16 de Mayo, fue un pescador con un enclavamiento de un anzuelo en la mano izquierda, el primer ingreso correspondió a la Sra. Genara Meaño de cuarenta y seis (46) años de edad con el diagnóstico de Prolapso Uterino, la primera intervención fue a la Sra. Lucila Díaz Pérez, operada de Apendicitis Aguda; el primer parto realizado fue atendido por el Dr. Antonio Álvarez Sotillo naciendo así una niña a quién pusieron Luisa en homenaje al Hospital.

El equipo humano principal del Hospital Dr. Luis Ortega lo integraban 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 Malaver; Cirugía, Dr. Nicolás Kleibert y Dr. Miguel Salazar; Oftalmólogo, Dr. Aquiles Franceschi; Otorrinolaringología, Dr. José Encinas Casado; Ginecología y Obstetricia, Dr. David Espinoza y Dr. Rafael Rojas Velásquez, respectivamente. Médicos residentes, Dr. Virgilio Loayza, Dr. Antonio Álvarez Sotillo, Dr. Luis Rosas Bravo y Dr. José de Miguel; Odontólogo, Dr. Luis Ávila Guevara; Radiólogo, Dr. Claudio Burgos, Farmacia, Rómulo Ramos Díaz.

En 1972 comienzan los trámites para aumentar el número de camas y se plantea la necesidad de ampliar y remodelar la planta física del Hospital, el servicio de Emergencia, Ginecología y Pediatría, siendo estos los más deteriorados. Para 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.

Entre 1980 y 1981, se remodelan los servicios de Hospitalización en la Emergencia de Adultos y Emergencia Pediátrica, Área de Cuidados Intermedios, Sala de Nebulización, Atención Inmediata o Consulta de Triage, Sala de Curas, Sala de Cirugía y Atención del 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) pabellones dotados con equipos de buena calidad. En 1986 la remodelación se realiza en las Áreas de Laboratorio, se redistribuyen las consultas, Terapia Intensiva, el helipuerto y se repara el aire acondicionado central.

El 17 de Diciembre de 1987 se inicia en Nueva Esparta en el mismo Hospital el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), originando un centro asistencial paralelo de ochenta (80) camas. Las diferencias en la atención a dos (2) tipos de pacientes (asegurados y no asegurados), y en los beneficios contractuales entre médicos, empleados y obreros del IVSS con respecto a los del MSAS, obligó

discusiones, revisiones, decisiones y acciones, simples o traumáticas, que configuran un hospital único en Venezuela, con dos turnos de asistencia. Luego, como consecuencia, se dio la firma de un comodato por parte del MSAS; el cual consistía en que el IVSS 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 ese mismo contexto, el 01 de Abril de 1991 ante el abandono y el lamentable deterioro que presentaba el Hospital, pasa a ser responsabilidad integral del IVSS, con atención indiscriminada de pacientes. Los médicos y el personal que habían trabajado en el Hospital del MSAS, pasaron a la nómina del IVSS, quien además, mejoró la dotación y firmó contratos colectivos más adecuados a la realidad, otorgó mejor remuneración salarial y otras erogaciones contractuales, y contrató un mayor número de especialistas y personal en general. Por su parte, al MSAS le correspondió liquidar prestaciones y jubilar al personal obrero hasta el 31 de Marzo de 1991.

Para ese mismo año, como resultado del aumento poblacional y la exigencia de los servicios, el Hospital se hace “insuficiente” físicamente, por lo que es sometido a varios procesos de remodelación, aumentando su capacidad a un total de doscientas sesenta y cinco (265) camas y la prestación de una gama de consultas sub-especializadas.

En 1997 en ocasión de celebrarse la Cumbre de Presidentes y Jefes de Estado de Ibero América, se amplió la Terapia Intensiva y se realizaron remodelaciones en la Emergencia de Adultos y Pediatría. En el 2004 comienza una nueva y profunda remodelación en varios servicios como: Neonatología, Gineco-Obstetricia, Pabellones de Emergencia, Pediatría, Traumatología y Psiquiatría. En el mes de Septiembre del año 2007 se construyó la Unidad de Hemodiálisis y continuaron las remodelaciones en las Áreas de Banco de Sangre, Laboratorio, Pediatría, Área Quirúrgica, Cirugía, Anatomía Patológica, Nutrición, Farmacia, Lavandería, y Lencería.

El 18 de Noviembre del año 2016 es inaugurada el Servicio de Emergencia y Medicina Crítica del Hospital Dr. Luis Ortega, por el gobernador Carlos Mata Figueroa, donde se incorporó a más de doscientas cuarenta (240) personas para laborar tanto en el área asistencial y medica como administrativa, con el fin de seguir optimizando la atención de los habitantes de la entidad insular. Este nuevo servicio consta de cuatro (4) emergencia individualizadas; Obstetricia, Pediatría, Adulto y Trauma-shock, siendo esta última la quinta a nivel nacional. En cada área de observación se dispone de doce (12) camas, cuatro (4) consultorios, una (1) Sala de Yeso y ocho (8) sillas de Nebulización.

El 11 de Junio del 2017 es impulsado y puesto en marcha por el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela Nicolás Maduro Moros, el Plan Nacional de Parto Humanizado a fin de promover 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 respetada, construyendo así una nueva era que respeta la vida desde el vientre de la madre. Así, en el año 2019, se da inicio en las instalaciones del Hospital Dr. Luis Ortega, al programa de Ruta Materna, quien se encarga de facilitar todos los suministros médicos quirúrgicos a la paciente en proceso de parto natural o que serán sometidas a cesárea segmentaria.

Aproximadamente para Marzo del 2020, que fueron detectados los primeros casos de COVID-19 en el Estado Nueva Esparta, es creada en las instalaciones del Hospital Dr. Luis Ortega, un área para la atención y cuidados de pacientes con esta patología en específico, debido a su alta posibilidad de contagio. Luego cerraría sus puertas temporalmente en Noviembre de 2020. El 15 de Diciembre del 2020, se inician actividades de mejoras estructurales y adecuación de mobiliarios; las cuales brindarían confort y una atención más eficaz, abriendo nuevamente sus puertas en el mes de Enero del año 2021. Cerrando sus puertas de manera permanente en enero del 2022.

Para el 2023 la realidad que atraviesa el Hospital Dr. Luis Ortega es otra, se observa la carencia de insumos necesarios para ejecución de procedimientos médicos, el deterioro de área como cuidados intensivos pediátrico y adulto; un área importante que ya no está funcionando correctamente debido al mal estado de infraestructura y falta de equipos médicos necesarios para brindar el servicio, actualmente no se cuenta con equipos de resonancia magnética, lo que obliga a la población a pagar un alto costo por estos servicios en otras instituciones privadas.

En la actualidad, para el mes de Mayo del 2024 cuándo se celebra el aniversario número sesenta y siete (67) del Hospital Dr. Luis Ortega, gracias al programa “1 x 10 del buen gobierno” creado por el presidente Nicolás Maduro se reactivaron once (11) quirófanos tanto electivos como de Emergencia y Obstetricia, dotándolos de insumos y equipos médicos totalmente nuevos. Siendo un aporte significativo para la institución, sin embargo se mantiene la carencia de insumos en las otras áreas y servicios del hospital, la falta de personal y el deterioro de gran parte de la infraestructura y áreas de esta institución, destacando que este es el Hospital principal del Estado Nueva Esparta

Es importante resaltar al gran equipo de profesionales dispuesto a ayudar, resolver y generar bienestar en los pacientes más allá de las limitaciones que están presentando. Su vocación profesional, los valores y principios propios del campo de la salud les permiten hacer frente a las situaciones y resolver para ofrecer un servicio de calidad humana.

## **1.2 Propósito**

El propósito de una organización permite tener un enfoque de los objetivos que buscan alcanzar y las acciones necesarias para poder lograr el resultado deseado. Sinek (2023) define el propósito como un principio rector que puede ayudar a las organizaciones y empresas a alinear sus acciones y objetivos con una misión o visión más amplia. (p.03)

Según lo descrito por Moron (2023) el Hospital “Dr. Luis Ortega” tiene como propósito 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 servicios relacionados con la salud. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos utilizados para brindar servicios a la población. Se puede decir que su propósito es cubrir las necesidades médicas y sanitarias del Estado Nueva Esparta, asegurando el cuidado, el respeto a la vida con la dignidad como su principal fundamento.

Esta institución se preocupa mucho por la capacitación de su personal, es por eso que constantemente se hacen actividades educativas de participación libre tanto para médicos, enfermeros, estudiantes y todo el sector salud que esté interesado en recibir la información. Lo que promueve un servicio de calidad y en equipo de profesionales preparados para abordar las necesidades que presentan los usuarios que acuden a esta institución de salud.

### **1.3Filosofía**

Se puede decir que la filosofía es el conjunto de saberes que busca establecer, de manera racional, los principios más generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad. La Editorial Equipo (2019) define que la filosofía “son las ideas planteadas que permiten establecer en una organización su misión, visión, valores y estrategias permitiendo así el correcto funcionamiento como organización o empresa”. (p. 01).

De acuerdo con Rojas (2022) la filosofía que posee el Hospital Dr. Luis Ortega se basa en brindar la atención de salud integral, con la finalidad de mantener la integridad de los usuarios que acuden a dicho centro, mediante un trabajo en equipo y con la mejor intención para una atención de calidad, sin costo alguno para los usuarios y sus familiares; sin discriminación, social, sexual, ni de raza, respetando

sus creencias y costumbres de manera individualizada, ofreciendo un entorno seguro, para su recuperación exitosa. (p. 32)

Se puede decir que la filosofía del Hospital Dr. Luis ortega está centrada en ofrecer servicio de calidad, con un personal especializado, logrando alcances tecnológicos en sus equipos capaces de adaptarse a las necesidades del pueblo Neoespartano, con el fin de mejorar la salud de los pacientes de manera gratuita, para así conservar la salud y bienestar de la población.

#### **1.4 Valores**

Los valores de una organización es la ventana abierta que permite confiar en la credibilidad de la institución, son el fundamento de las acciones de dicha institución para el logro de sus objetivos. Para Koontz, Weihrich y Cannice (2012) “un valor puede definirse como la creencia relativamente permanente sobre lo que es o no apropiado, que orienta las acciones y el comportamiento de los empleados en el cumplimiento de las metas de la organización”. (p.265)

El Hospital Dr. Luis Ortega tiene una serie de valores por los cuales se rigen, para mantener la confianza y credibilidad que le dan los usuarios y el personal que labora en esta intuición. Manteniendo el respeto entre los diferentes equipos de trabajo que brindan sus servicios con lealtad y solidaridad. Tomando como referencia a Ordaz (2022) y Moron (2023) el Hospital Dr. Luis Ortega parte de valores importantes como lo son:

- 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 y tolerancia a las diferencias entre los internos y externos del centro hospitalario.

- Respeto a los derechos humanos ante la preservación de la vida, tratos justos, atención a la salud y la no marginación.
- Excelencia para ser los mejores en todos los aspectos, con una disposición permanente hacia la excelencia.
- Lealtad hacia la Institución.
- Disciplina para ser más eficientes en las actividades asignadas.
- Ética profesional en el servicio prestado a la Institución.
- Integridad en el trabajo. Actuando con rectitud, honestidad, honradez y transparencia.
- Interés público debido al enfoque colocado hacia la atención gratuita del público en general procurando ofrecer servicios de calidad.
- Igualdad y no discriminación al atender las necesidades de salud sin importar la posición económica, sexo, raza o religión de los usuarios.
- Equidad de género el talento humano del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar atiende a hombres mujeres con la misma vocación de servicio, sin tratos preferenciales, proporcionando los cuidados y atenciones requeridas.
- Integridad en el trabajo, actuar con rectitud, honestidad, honradez y transparencia.
- Cooperación debido a que el equipo de salud se ayuda mutuamente mientras desarrollan las competencias propias de su cargo, sin ningún tipo de individualismo, intercambiando experiencias y vivencias favorables.
- Liderazgo en este establecimiento de salud pública existen profesionales que conducen al equipo de trabajo, delegando las tareas a cumplir.
- Transparencia dado que la labor efectuada es clara y precisa sin ningún tipo de acciones no acorde con la ética profesional.

## **1.5 Misión**

Chiavenato (2017) indica que “la misión es la finalidad o el motivo que condujo a la creación de la organización, la cual debe servir, y a la vez responder a tres preguntas básicas: ¿Quién es?, ¿Qué hace?, y ¿Por qué lo hace?” (p.188). La misión permite tener en claro el propósito de lo que se quiere y lo que se debe hacer para llegar a los resultados que se esperan.

De acuerdo con Fermín (2022) el Hospital Central “Dr. Luis Ortega”, tiene como misión desarrollar y aplicar procesos integrales de salud con los más altos estándares de calidad, por medio de actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia, con el fin de atender a residentes y visitantes del Estado Nueva Esparta que requieran servicios relacionados con la salud; empleando para esto, recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos actualizados, y tratando de contar, además, con la aplicación de tecnologías avanzadas en procura de brindar servicios de mejor calidad a la población.

## **1.6 Visión**

La visión muestra la ruta que se debe seguir para poder lograr alcanzar la misión de la organización con medidas estratégicas enfocadas en el crecimiento de la misma. Según Fleitman (2000) define la visión como el camino al cual se dirige la empresa a largo plazo y sirve de rumbo y aliciente para orientar las decisiones estratégicas de crecimiento junto a las de competitividad (p. 283).

Rojas (2023) señala que el Hospital Central “Dr. Luis Ortega” tiene como visión funcionar apegado a las políticas del 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. (p.34). Así pues, el hospital tiene como visión el consolidar la optimización de los recursos humanos

intrahospitalarios, permitiendo a la institución brindar un servicio competitivo a nivel nacional e internacional que garantice la salud y enseñanza del usuario.

## **1.7 Objetivos**

Para poder alcanzar las metas de una organización es importante tener objetivos claros. La Editorial Etecé (2021) denomina objetivos organizacionales a las situaciones deseadas que toda empresa procura alcanzar en las distintas áreas que la componen o que resultan de su interés, y que concretan el deseo contenido en su misión y visión a través de metas alcanzables. (p.01). Según Rojas (2022) los objetivos del hospital Dr. Luis Ortega son los siguientes:

- Generar conocimiento a través de investigaciones clínicas y sanitarias, a nivel local, regional y global.
- Promover la utilización de la evidencia científica para acortar la brecha existente entre el conocimiento disponible y la toma de decisiones.
- Brindar capacitación en investigación clínica y sanitaria, gestión y evaluación de programas y políticas de salud.
- Proveer apoyo técnico a los decisores sanitarios para que la adopción y diseminación de prácticas clínicas, tecnologías sanitarias y políticas de salud, se realice de acuerdo con criterios de efectividad, costo efectividad, equidad y calidad.
- Promover la participación de los usuarios, pacientes y población general en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud.
- Prestar Servicios de Salud.

## 1.8 Tipo de establecimiento de salud

Moron (2022) señala que el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) como ente rector, conjuntamente con los distintos organismos jerárquicos y criterios lógicos se une para clasificar los establecimientos de salud, siguiendo pautas claramente establecidas en su momento, para de esta forma conformar la red de atención. En esta dirección, en el año 1983, específicamente el 20 de Enero, el decreto presidencial número 1978 dividió estos centros en ambulatorios urbanos tipo I, II, III; rurales tipo I, II, III y los hospitales tipos I, II, III.IV. En relación a las características del Hospital Dr. Luis Ortega, se considera como hospital tipo III, debido a que cumple con especificaciones emanadas de las directrices del decreto mencionado, donde están fijados rasgos concretos evidenciados en el principal centro dispensador de salud del Estado Nueva Esparta, entre ellas se menciona las siguientes:

- Prestan servicios de salud en los tres (3) niveles.
- Están ubicados en poblaciones mayores a sesenta mil (60.000) habitantes con áreas de influencias hasta cuatrocientos mil (400.000) personas.
- Dentro de su organización cuenta con una capacidad de ciento cincuenta (150) a trescientas (300) camas.
- En su estructura organizativa cuenta con una dirección y departamentos de Medicina Interna, Cirugía Gineco- Obstetricia y Pediatría.
- La dirección contara con médicos especialistas de salud pública, además un adjunto de atención médica, epidemiología, personal administrativo, Bionalista, ingeniero eléctrico para mantenimiento y farmaceuta.

Según Anes (2023) el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar se ubicaba en la categoría de hospital tipo III porque cumple con todas las especificaciones antes descritas de esa clasificación. Con el correr del tiempo esa clasificación sufrió

cambios importantes al publicarse la Gaceta Oficial n° 41.796, el 09-01-2020, la cual estipula que los centros de salud puede clasificarse como:

***Hospital General***

- Hospital General Nacional
- Hospital General Estatal
- Hospital General Regional
- Hospital General Municipal

***Hospital Especializado***

- Hospital Especializado Nacional
- Hospital Especializado Estatal
- Hospital Especializado Regional.

A partir de la consideración de esta información, se deduce que el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar se ubica en la categoría Hospital General Regional, porque se ajusta a los siguientes perfiles:

1. Atiende según su área de especialización a la población de uno o más estados integrantes de una región.
2. Cuenta con capacidad de camas para hospitalización.
3. Funciona conectados con las redes de atención comunal y redes de ambulatoria especializadas ASIC del área de influencia y con el resto de los hospitales del estado.
4. Cuenta con los servicios del Hospital General Estatal, y a menos una de las siguientes unidades: cuidados coronarios, diálisis, traumatología y oncología, unidad de cuidados neonatales.
5. Cuentan con especialidades de: medicina interna, médicos general integrales, pediatría-puericultura, cirugía general, gineco- obstetricia, traumatología y ortopedia, diálisis de emergencia y adicionalmente de 4 a 8 especialidades o subespecialidades.

6. Cuentan con programas académicos igual a un Hospital General Estatal, más residencias asistenciales programadas conducentes a certificado por especialidad.

## 1.9 Ubicación Geográfica

De acuerdo con la Editorial Equipo (2023) la ubicación geográfica ayuda a localizar un punto específico en la superficie terrestre, de manera exacta o aproximada. También es conocida como situación geográfica o localización geográfica (p.1). La ubicación permite una orientación clara de la ubicación donde se desea llegar y facilita conocer las vías de acceso para así lograr la dirección sin contratiempos. El Hospital “Dr. Luis Ortega”, se localiza en la avenida 4 de Mayo, ciudad comercial de Porlamar, municipio General en Jefe Santiago Mariño del Estado Nueva Esparta, Sus límites son:

Por el Norte limita con la Calle Milanos.

Por el Sur limita con la Avenida 4 de Mayo.

Por el Este limita con la Calle San Rafael.

Por el Oeste con la Avenida Llano Adentro (Ver Figura 2).

### Figura 2

*Ubicación Geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega*



Fuente: <https://www.google.com/maps/search/ubicacion+geografica+del+hospital+lus+s+ortega+en+nueva+esparta/@10.959913,-63.8491062,391m/data=!3m1!1e3?entry=ttu>

## **1.10 Estructura organizativa**

La estructura organizativa de cada institución es la base que da forma a una organización, permitiendo el desarrollo de actividades específicas según las capacidades de cada departamento. Amorós (2007) define la estructura organizacional como la manera en que se agrupan, dividen y coordinan formalmente las tareas del trabajo (P1). Ordaz (2022) señala que el hospital Dr. Luis Ortega de salud está estructurado de la siguiente manera:

### ***Dirección***

El director se encarga de gerenciar, administrar, dirigir, coordinar y supervisar los programas de salud establecidos por la institución, teniendo como objetivo el proporcionar a la población derecho una atención médica oportuna y eficaz.

### ***Sub-Dirección Médica***

Se encarga de la dirección, coordinación, funcionamiento y producción de los servicios médicos. Se preocupa de la producción quirúrgica, las prestaciones médicas y de avanzar en la mejora de la calidad, seguridad y oportunidad de atención. Bajo su cargo se encuentra el área de registros, nutrición y dietética, enfermería, farmacia, epidemiología y servicio social. Todo esto con el apoyo de los diferentes Jefes de Departamentos Médicos. 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. Lo integran el Servicio de Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva y Reten de alto riesgo.

#### ***Sub-Dirección Administrativa***

Le corresponde planificar, organizar, coordinar, gestionar y evaluar la utilización de los recursos financieros, físicos, de tecnologías de información y comunicaciones del Hospital. Propone la distribución del presupuesto entre los centros de responsabilidad; debe garantizar una gestión eficiente de los recursos disponibles, en materias relacionadas con presupuesto, disciplina financiera, inversiones, abastecimiento y desarrollo de proyectos de acuerdo con las políticas, planes, programas y normas aprobadas. Asimismo, gestiona el área de caja, reproducción, contabilidad, bienes nacionales, compras y suministros: compras, almacén y centro de suministros.

#### ***Medicina General.***

Servicio de Medicina. Constituido por la Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina Interna, Infectología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Nefrología, Neurología, Reumatología, Neumonología y Dermatología.

#### ***Servicio de Traumatología.***

Servicio de Cirugía. Conformado por Cirugía, Urología, Cirugía Plástica, Oftalmología y Neurocirugía.

#### ***Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento***

Garantiza el funcionamiento de los equipos, ambientes o sistemas de manera que el hospital siga produciendo y brindando servicios de forma continua. 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 de mantenimiento de equipos e instalaciones médicas y servicios generales.

***Sub-Dirección de Recursos Humanos***

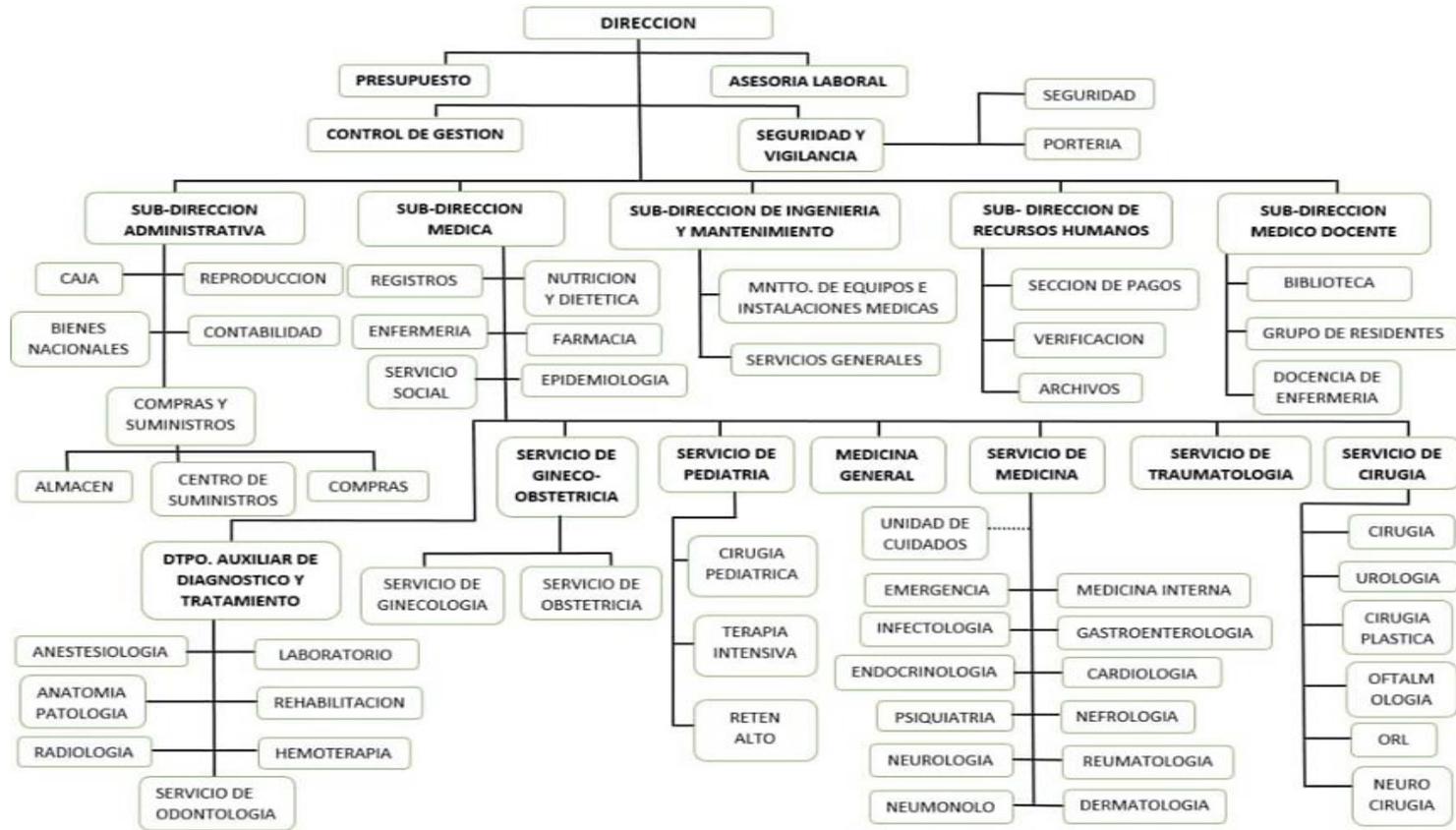
Es el encargado de diseñar, implementar y documentar el sistema de definiciones de puestos de trabajo y cargos para todo el personal, además de gestionar el ciclo laboral de los funcionarios (as); esto es el ingreso, atención, desarrollo y desvinculación, en el marco de las políticas, normas sectoriales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

***Sub-Dirección Médica Docente***

Es una unidad organizativa-administrativa, la cual realiza funciones de naturaleza directiva-ejecutiva, desde el punto de vista de la optimización de los recursos humanos y materiales tecnológicos, siendo estos partícipes del proceso enseñanza-aprendizaje. En la actualidad, este centro da cabida a la formación de estudiantes de los últimos años en las carreras de Medicina y Enfermería; como parte de su instrucción profesional, inmersos en una actividad académico-asistencial. El internado rotatorio de pregrado ayuda a la capacitación de estudiantes de diversas Universidades, entre ellas la Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG) y la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA). Aunado a ello, esta sub dirección dirige el área de biblioteca, los grupos de residentes y la docencia de enfermería. (Ver figura 3).

**Figura 3**

*Organigrama de la Estructura Organizativa del Hospital Dr. Luis Ortega*



Fuente:

Ordaz

(2022)

### **1.11 Operatividad de la Jefatura de Enfermería y su Organización**

Zarate (2004) define que con frecuencia se reconoce que el papel principal de una Jefe o Gerente o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución.

Anes (2022) describe la operatividad de la jefatura de enfermería y su organización en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar de la siguiente manera:

#### **Jefe (a) de Enfermería**

Es el encargado de dirigir, supervisar y evaluar al personal de enfermería (licenciado, técnico y auxiliar) en sus diferentes cargos, donde deben realizar un diagnóstico situacional y mantenerlo actualizado. Asimismo, debe conocer las normas, políticas, leyes y reglamentos para actuar apegadas a ellas, y dar solución a los problemas que se puedan suscitar.

#### **Secretaria**

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

#### **Enfermero (a) Adjunto Asistencial**

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

**Enfermero (a) Adjunto Administrativo**

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

**Enfermero (a) Adjunto Docente**

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

**Enfermera(os) Supervisor(es)**

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

**Enfermeras Coordinadoras (es)**

Se encarga de ejecutar tareas y planificar en conjunto al personal de enfermería las actividades relacionadas a la atención del paciente. También evalúa y

orienta en cuanto a la atención del usuario al personal del área, al nuevo empleado y a los estudiantes de enfermería.

### **Enfermeras(os) Asistenciales IV-III-II y I**

Es un enfermero/a que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto, y adulto mayor), la familia y la comunidad en los tres niveles de atención. Está entrenado en las técnicas específicas del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería, acorde al desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

### **Auxiliar de Enfermería**

Se encarga de asistir al equipo enfermero de cada servicio en el cumplimiento de sus funciones de atención básica a los pacientes.

### **Camilleros(as)**

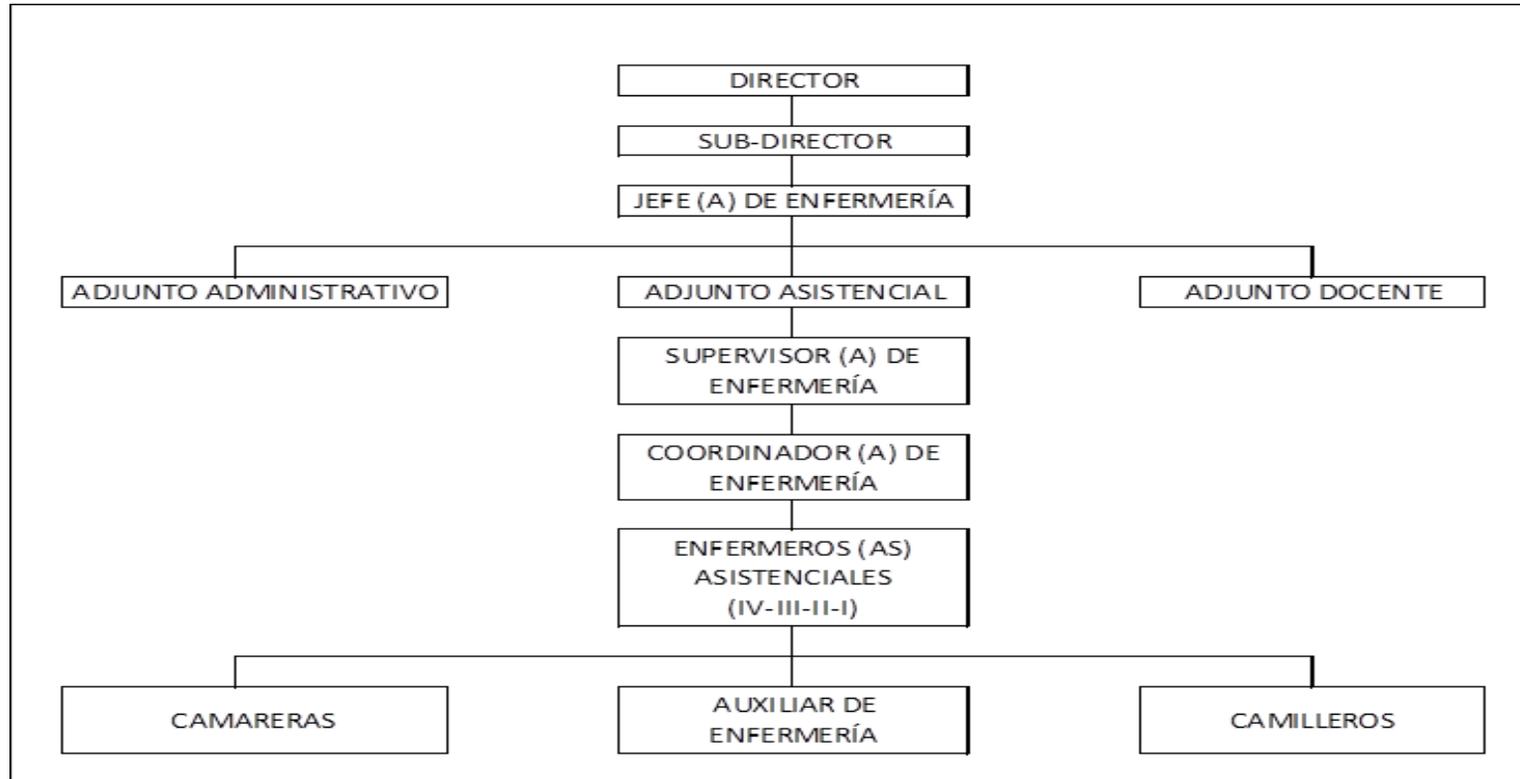
Se encargan de trasladar pacientes o fallecidos en camillas, camas de mano o dispositivos hospitalarios. Verifican que se encuentren disponibles y funcionales las sillas, camillas y equipos de traslado correspondientes a cada servicio, con la intención de movilizar cómodamente a los pacientes que lo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

### **Camareras**

Se encargan de cumplir con la función de limpieza y desinfección de los equipos médicos, superficies, mobiliario, elementos complementarios y accesorios del recinto hospitalario, manteniendo discreción a la hora de su actuación, utilizando productos de limpieza y desinfectantes para el correcto mantenimiento, utilizando las normas de asepsia. Debe ser ágil y con capacidad de organización de su trabajo. (Ver figura 4).

**Figura 4**

*Organigrama de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega*



Fuente: Rojas (2022).

## **CAPÍTULO II**

### **PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS DR. EDGAR MOGLIA**

En este capítulo se presenta la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, su reseña histórica, justificación e importancia, ubicación y descripción, talento humano, misión, visión, objetivos, funciones, actividades y tareas del equipo de enfermería y una aproximación diagnóstica; siendo esta la unidad donde se realizaron las Prácticas Profesionales de Enfermería y se seleccionó el caso clínico, objeto de estudio de esta investigación.

#### **2.1 Reseña histórica**

La reseña histórica permite conocer los orígenes que dan inicio a la creación de una unidad diseñada para tratar la patología de pacientes renales, dándole forma a un programa que permite la clasificación de un hospital de amplio alcance, para ofrecer servicio y bienestar a los ciudadanos del estado.

De acuerdo a los datos publicados en la cartelera administrativa (2022) ubicada en la oficina de coordinación de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. La diálisis se inicia en el Estado Nueva Esparta, en el Hospital Central “Dr. Luis Ortega”, en Mayo de 1985 al llegar el primer médico Nefrólogo, José B. Carbajal Bruzual e incorporarse al personal médico de la institución hospitalaria AD\_Honorum, con la autorización de la dirección médica, Dr. Pedro Sanabria y de la jefatura de servicio de Medicina Interna, Dr. Luis Teodoro García en la modalidad Diálisis Peritoneal.

A partir del 31 de Marzo de 1987 se inicia el tratamiento de los pacientes con afecciones de sus riñones e Insuficiencia Renal Crónica en grado V/V con Hemodiálisis, previo a ello se realizaron en los años 1985, 1986, y 1987 campañas para la consecución de los equipos que se emplearían en la realización de la modalidad dialítica Hemodiálisis, donde participó la comunidad del Estado Nueva Esparta, los Clubes de Leones, FONDENE, el Centro Nacional de Diálisis y Trasplante de MSAS de esa época, Dirección de salud del Estado Nueva Esparta, Rotary Club, entre otras.

Las primeras máquinas (2 R S P) para Hemodiálisis que llegaron al Hospital Central “Dr. Luis Ortega”, 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 DR. LUIS ORTEGA” en el mes de Agosto de 1985, organizado por los Clubes de Leones y adquiridos a través de la compañía travenol, siendo recibidas en el Almacén General del Hospital Central “Dr. Luis Ortega” por el Dr. José Vicente Santa, abogado y presidente de los Clubes de Leones para esa oportunidad, por Georgett de Santana presidenta 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.

Bajo la dirección del Hospital Central “Dr. Luis Ortega” del Dr. Rojas Salazar (1993), por decisión técnica de la época decidieron asignarle el nombre epónimo de “Dr. José B. Carvajal Bruzual”, a la unidad de diálisis que funcionaba en el 4to piso de la institución hospitalaria, nombre que llevó durante catorce años (14) hasta el 21 de Septiembre del 2007, cuando fue inaugurado la nueva Unidad de Hemodiálisis y se le cambió el nombre epónimo de “Dr. José B. Carvajal Bruzual”, por el de Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” quien para esa época contaba con una capacidad de veintinueve (29) estaciones para ubicar veintinueve (29) máquinas de la marca Nipro Corporation Modelo Surdial II de tercera generación para hemodiálisis.

Distribuidas en dos áreas, un (1) área de veintiséis(26) máquinas para tratar pacientes de serología negativa a Hepatitis B, Hepatitis C y VIH, un (1) área para tratar pacientes con serología positivas para Hepatitis B, Hepatitis C y VIH, con tres (3) máquinas para hemodiálisis, un (1) área para diálisis peritoneal con (3) camas clínicas, un (1) quirófano, una (1) planta de tratamiento de agua para hemodiálisis con osmosis inversa, tres (3) consultorios para consultas médicas (nefrólogos adulto, nefrólogos pediatras, cirugía cardiovascular, nutrición y psicología clínica), un (1) área para trabajo social, un (1) área para registros médicos, un (1) área para coordinación de enfermería de la unidad, un (1) área de administración( secretaria) , un (1) área del director médico o coordinador de la unidad, una(1) sala de reuniones, de discusiones de casos clínicos y docencia con capacidad para 12 personas, una (1) área de recepción, una (1) área de ubicación de banco de oxígeno y de las bombonas de vacío, un (1) depósito general para almacenar el material de diálisis, un(1) depósito de 75 litros de agua, una (1) planta eléctrica de emergencia, (1) baños para el personal, (2) para los pacientes, y uno (1) para público visitante.

Actualmente para el 2024 la unidad mantiene físicamente las veintinueve (29) máquinas, pero en funcionamiento solo cuenta con veintiséis (26), ubicadas veintiuna (21) en el área de hemodiálisis para serologías negativas de Hepatitis B, Hepatitis C y VIH. Y en el área de serologías positivas para Hepatitis B y Hepatitis cuenta con dos (2) máquinas de hemodiálisis disponibles. La unidad tampoco cuenta con los servicio de psicología clínica, cirugía cardiovascular, trabajadora social y nutricionista.

## **2.2 Importancia y justificación**

De acuerdo con Arriaza (2023) la unidad clínica es conocida como el espacio físico y unipersonal que constituye el habitáculo donde permanece un paciente hospitalizado, dotado de mobiliario y enseres necesarios para que éste pueda ser atendido adecuadamente, dependiendo de la patología que presente. Permitiendo a la

población un acceso al sistema de salud que ofrece los espacios, equipo y personal capacitado para brindar calidad y servicio en pro del beneficio y la salud de la población.

Para Rojas (2023) la importancia de la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, se debe a que esta funciona para el beneficio de los pacientes que necesitan un tratamiento de sustitución renal, de tipo diálisis peritoneal o hemodiálisis, permitiéndoles tener una mejor calidad de vida. Cabe destacar que es la única unidad de hemodiálisis en el estado Nueva Esparta, y atiende no solo a los habitantes de este estado, sino que su alcance ha llegado a todo el oriente del país y también a todo visitante que necesite de este tratamiento. Además se debe mencionar, que los tratamientos y atención brindados en la unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia son gratuitos, representando esto un alivio para los mismos pacientes y sus familiares, pues solo deben acudir a la unidad para recibir los cuidados que necesitan y que les permiten prolongar su vida. (p.32)

Siendo de vital importancia para los pacientes contar con una unidad que dispone de los equipos y personal especializado para tratar su Enfermedad Renal, prolongando su esperanza de vida bajo un tratamiento especializado adaptado a las necesidades fisiológicas de cada paciente. Por otra parte el tratamiento hemodialítico es altamente costoso, esta unidad lo ofrece de manera gratuita gracias al respaldo del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS). Actualmente es la única Unidad de Hemodiálisis en el estado Nueva Esparta.

### **2.3 Descripción y Ubicación**

De acuerdo a Villarroel (2022) la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia se encuentra ubicada al oeste del Hospital Central Dr. Luis Ortega y cuenta con los siguientes espacios:

***Sala de espera***

Como su nombre lo indica es el lugar 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 1***

Lugar donde se realizan las consultas de nefrología.

***Consultorio 2***

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, contaba con veintiséis (26) sillones y veintiséis (26) máquinas de hemodiálisis. Actualmente cuenta con veintiún (21) sillones, además de dos (2) camas y veintiuna (21) máquinas para hemodiálisis, ya que cinco (5) 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. Actualmente la máquina de VIH se encuentra dañada.

***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***

Espacio donde se ubica la coordinación de enfermería.

***Oficina de Administración***

Es el lugar donde se encuentra la secretaria del servicio y la asistencia administrativa.

***Sala de reuniones***

Lugar donde se discuten los casos clínicos, y se dictan clases de pregrado y posgrados en Nefrología.

***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 posgrado***

Lugar donde permanece el encargado de la función docente en el área de posgrado.

***Sala de tratamiento de aguas***

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.

***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***

Para el 2022 se mantuvo inhabilitado, actualmente en 2024 esta área está en condiciones semi operativo, solo se utiliza eventualmente.

***Baño para pacientes***

Uno (2). En funcionamiento uno (1).

***Baño del personal***

Uno (2). En funcionamiento uno (1).

***Depósito***

Lugar donde se almacena el material, correspondiente a las diferentes modalidades de diálisis.

***Cuarto de hidroneumático***

Uno (1). Actualmente la bomba se encuentra dañada, por lo tanto, no hay surtido de agua al servicio.

***Banco de oxígeno***

Uno (1). No se encuentra operativo.

***Cuarto de planta eléctrica***

Es la encargada de suministrar energía eléctrica, en casos de fallas con el sistema de electricidad.

***Estacionamiento***

La unidad cuenta con un (1) estacionamiento para el personal y los pacientes.

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia ofrece un horario de atención a los pacientes de 7:00 am a 7:00pm, de lunes a sábados con una duración de 3 horas por sesión. Los cuales se dividen en cuatros (4) turnos de atención, el primer turno es de 7am a 11:00 am, el segundo de 11.30am a 02:30pm, el tercer de 03:00pm a 07:00 pm y por cuarto y último un turno nocturno que está atento a cualquier emergencia.

**2.4 Objetivo**

Cada institución se traza objetivos en mira de ofrecer un servicio de calidad que logre satisfacer las necesidades del usuario y a su vez le dé sentido al alcance de sus metas. Según datos expuestos en la cartelera administrativa (2022) ubicada en la coordinación de enfermería de la Unidad Dr. Edgar Moglia señala los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de cuidados médicos y de enfermería a la población de pacientes con daño renal de la zona nororiental y turistas que nos visitan de otras partes de Venezuela y el mundo.
- Capacitar, a través de la docencia a personal médico y de enfermería en la prevención de las enfermedades que afectan la funcionalidad de los riñones, y en la atención del paciente en diálisis.

Por otra parte Moron (2023) cuenta entre los objetivos de la unidad lo siguiente:

- Establecer estrategias de prevención, detección temprana, e intervención de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la población de riesgo.
- Brindar 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.
- Ofrecer tratamiento de sustitución renal adecuado a los pacientes de la unidad en general.

## **2.5 Misión**

Según lo expuesto en la cartelera administrativa(2022) ubicada en la coordinación de enfermería de 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.

Enfocando sus servicios en el bienestar y confort de los pacientes que ingresan a sus distintas áreas, sin importar sexo, raza, color, estatus social, y siempre en la vanguardia con los nuevos aportes tecnológicos para la salud.

## **2.6 Visión**

Según la cartelera administrativa (2022) ubicada en la coordinación de enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, la visión de la unidad es establecer un modelo de cuidado y rehabilitaciones oportunas y adecuadas durante las secciones de diálisis, con un trato humanizado donde el usuario o 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 Estructura organizativa**

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia está adscrita al servicio de medicina interna por no existir en la institución hospitalaria el Servicio de Nefrología. Según información obtenida directamente por parte de las autoridades de la unidad y datos obtenidos de las carteleras informativas, su personal está organizado de la siguiente manera:

- Un (1) Médico Nefrólogo jefe o coordinador de la unidad de diálisis.
- Un (1) Coordinador de postgrado en nefrología
- Dos (2) Especialistas cursando el postgrado en nefrología
- Cuatro (4) Médicos nefrólogos adjuntos.
- Coordinador del personal de enfermería de la unidad de diálisis.
- Enfermeros(as) técnicos en diálisis.
- Licenciados (as) en enfermería.

- T.S.U. en Enfermería.
- Secretaria.
- Cirujano cardiovascular.
- Camilleros.
- Camareras.
- Portereros.
- Depositario.

**Equipo médico**

Dra. Eugenia Arismendi

Dra. Rosenny Gonzalez

Dra. Ancary Caraballo

Dra. Raquel Varela

**Coordinador de postgrado**

Dr. Neri Mora

**Enfermeros cursando el postgrado en Nefrología**

Lcdo. Jaime Hernández.

Lcda. María Sánchez.

**Residentes I**

Dra. Rita Betancourt

Dra. Adriana Moya

Dr. Johan Arismendi

Dra. Alirangela Vásquez

**Residentes II**

Dra. Lucelia Rosas

Dra. Luisa Fernández

**Enfermeros(as)**

Turno mañana de 07:00 AM a 01:00 PM

Lcda. Sandra Brito

Lcda. Rosana Malaver  
Lcda. Francelis Cabrera  
Lcda. Carmen Escalona  
Lcda. María Lugo  
Lcdo. Rodalmy Ordaz  
Lcda. Idalxis González  
Lcda. Mili Guatache  
Lcda. Marleibis Suarez  
Lcda. Norfred Rosas  
Lcda. Rossani Gómez  
Lcda. Geraldin Rodríguez

**Camarera**

Sra. Isolina Patiño  
Sra. Mayra Martínez

**Camillero**

Sr. Miguel Salazar  
Sr. Omar Gamboa

**Enfermeros(as)**

Turno de la tarde de 01:00 PM a 07:00 PM  
Lcdo. Eligio Guevara  
Lcda. Yajaira Coronado  
Lcda. Euzorigel Gómez  
Lcda. Lucrecia Luna  
Lcda. Luzbelis Cedeño  
Lcda. Yormelys Rodríguez  
Lcda. Yavelis Rodríguez  
TSU. Beatriz García  
T.S.U Mariantonieta Villarroel  
TSU. Zulay Antón

**Camarera**

Sra. Aide Cortez

Sra. Yusmelis Rodríguez

**Camillero**

Sr. Janier Rodríguez

**Enfermeros(as)**

Turno de la noche de 07:00 PM a 07:00 AM

Lcda. Sughey Torrez.

Lcda. Jorgelis Pérez.

**Camarera**

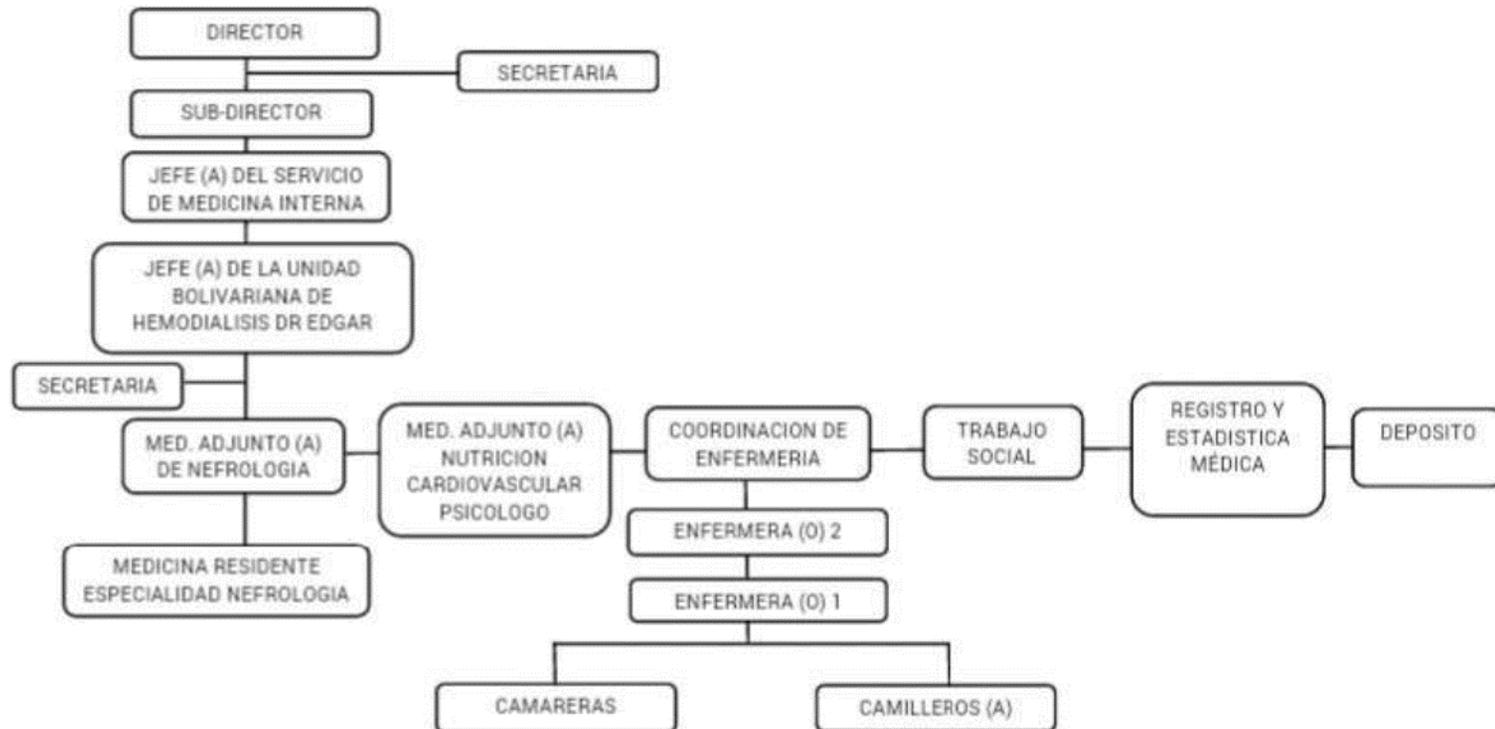
No cuentan con este personal para este turno.

**Camillero**

No cuentan con este personal para este turno. (Ver figura 5)

**Figura 5**

*Organigrama estructural de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia*



Fuente: Coordinación de enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia (2022).

## **2.8 Funciones, actividades y tareas del equipo de enfermería**

La Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia cuenta con un equipo de enfermería encargado del cumplimiento del tratamiento dialítico de los pacientes, brindándoles los cuidados, conocimientos y herramientas necesarias para afrontar su enfermedad. La atención de la Enfermería en Hemodiálisis se centra en cuatro (4) aspectos fundamentales del cuidado del paciente: la educación sanitaria, la vigilancia y control de los parámetros de la diálisis para asegurar la eficacia de la técnica, la vigilancia y control del buen funcionamiento del acceso vascular, la detección y corrección de posibles complicaciones asociadas al tratamiento sustitutivo y a la Enfermedad Renal. Según lo expuesto por Ordaz (2022) los integrantes del equipo de enfermería desempeñan de acuerdo a su cargo las siguientes funciones:

### ***2.8.1 Funciones del jefe (a) 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 dos 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 estimular y motivarlos que cumplan 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 del (de la) Adjunto (a) Asistencial de Enfermería***

Las funciones con las que debe cumplir el de adjunto asistencial de enfermería son:

- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Asesorar en materia de enfermería en el ámbito institucional, de servicio municipal, provincial y nacional.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Participar y controlar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.

### ***2.8.3 Funciones del (de la) Supervisor (a) de Enfermería***

Las funciones que debe cumplir el supervisor de enfermería son:

- Programar horarios del personal de enfermería.
- Asignar el personal de enfermería a cada paciente.
- Garantizar el cumplimiento de las normas de funcionamiento.

- Presentar informes sobre parámetros de productividad, calidad y atención al cliente.
- Garantizar que todo el personal de enfermería cumpla las políticas y procedimientos.
- Formar a los nuevos miembros del equipo.
- Evaluar el rendimiento del personal de enfermería.
- Informar a los familiares sobre los procedimientos médicos y las indicaciones de los médicos.
- Tramitar reclamos u otras cuestiones.
- Crear un entorno comprensivo ofreciendo apoyo psicológico a pacientes, familiares y amigos.
- Llevar registro de los expedientes del personal de enfermería, los casos de los pacientes y los procedimientos.

#### ***2.8.4 Funciones del (de la) Coordinador (a) de Enfermería de la unidad***

- 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 órdenes médicas.
- Atender las emergencias que ocurran durante la sesión de hemodiálisis.
- Vigilar el estado de los equipos fijos y coordinar el mantenimiento rutinario.
- Llevar control del inventario de los insumos, equipos fijos y no fijos de la unidad cada 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.
- Mantener informado al director médico o coordinador de la unidad sobre el funcionamiento de la misma y fallas que se presenten, de la ejecución de las normas y desempeño del personal.
- Cualquier otra funciones afines que se le sean asignada por el director médico o coordinador de la unidad.
- Ejecutar las funciones y actividades necesarias en su área específica de trabajo con la finalidad de dar óptimo cumplimiento a la misión, fines, objetivos y metas de la unidad.
- Realizar las funciones y actividades específicas asignadas por el director médico o coordinador de la unidad de diálisis.
- Realizar el control de gestión de las funciones del personal de enfermería técnicos en hemodiálisis, diálisis peritoneal u otros procedimientos afines.
- Registrar las actividades del personal de enfermería del servicio de diálisis, utilizando los instrumentos de recolección de los datos necesarios.
- Organizar y distribuir con el coordinador o director médico de la unidad de diálisis, a los pacientes que reciben hemodiálisis periódica, en los turnos respectivos en el que recibirán tratamiento dialítico.

#### ***2.8.5 Personal de Enfermería Técnico en Diálisis***

La unidad de diálisis debe contar con un personal de enfermería y técnicos fijos, con entrenamiento en diálisis u otros procedimientos afines, una relación de un (1)

enfermero para cada cuatro (4) pacientes, este personal tendrá las funciones siguientes:

- Preparar los equipos para la sesión de hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Revisar las máquinas de diálisis incluyendo: bomba de sangre medidores de conductividad, temperatura, flujo de sangre, flujo del dializador, 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 inter dialítico, 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.

### ***2.8.6 Actividades de las camareras***

Las camareras cumplen una serie de actividades de suma importancia en el ámbito clínico, estas actividades son:

- Asear y desinfectar diariamente las unidades cumpliendo con criterios de eficiencia y calidad en las tareas.
- Realizar las labores de limpieza en pisos, baños, ventanas, paredes y demás mobiliario en general aplicando los procesos de desinfección.
- Recolectar los residuos de la unidad y disponerlos de conformidad con las normas de bioseguridad establecidas.
- Velar por el buen funcionamiento de los equipos, materiales y suministros asignados a la unidad.

### ***2.8.7 Actividades de los camilleros***

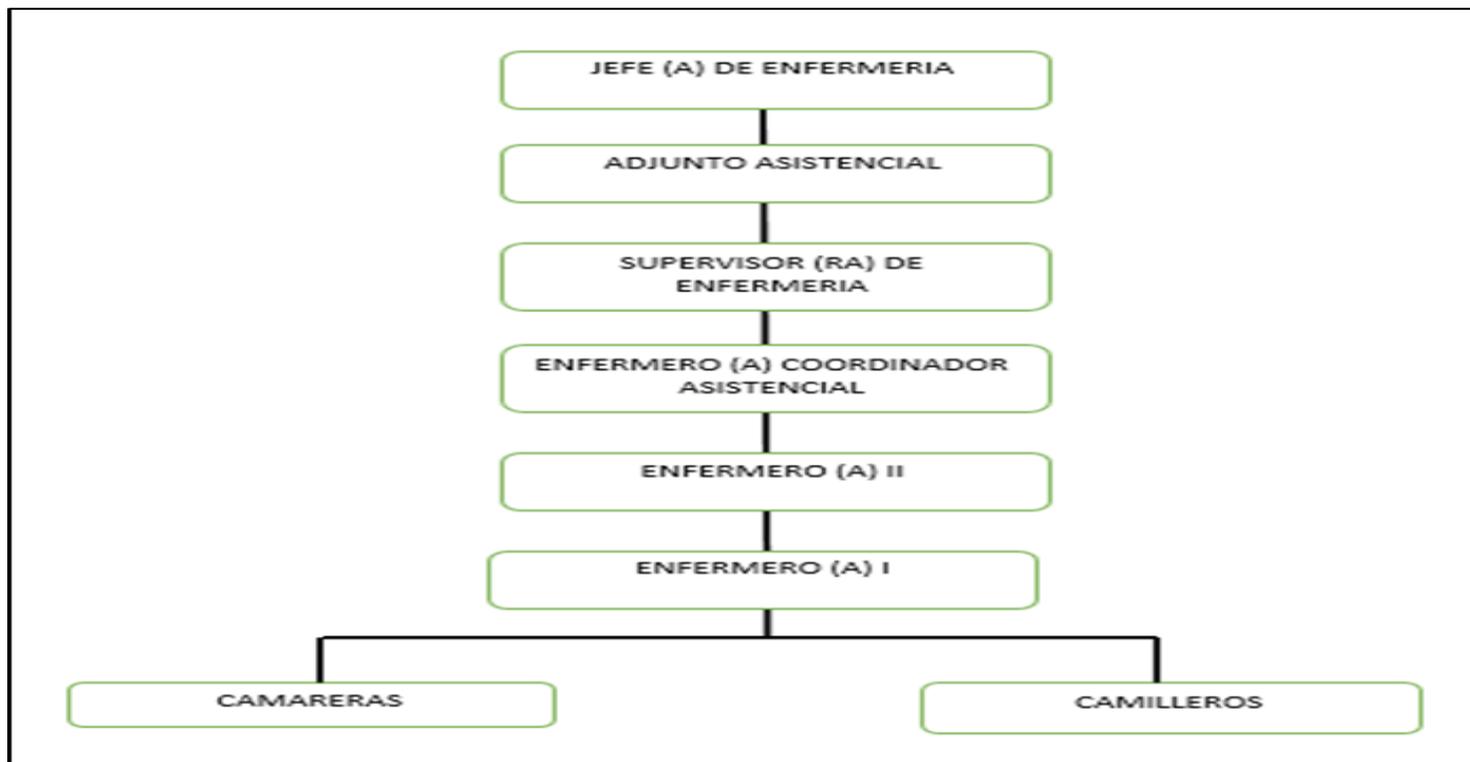
Las actividades que desempeñan los camilleros dentro en la unidad son:

- Colaborar con enfermería en el traslado de personas en camillas, silla de ruedas o tabla rígida a distintos servicios intra y extrahospitalarios, desde las internaciones a diferentes consultorios, ambulancia, vehículos particulares, entre otros.
- Mantener la limpieza y el orden de las camillas y sillas de ruedas.

- Comunicar a su jefe el deterioro de los elementos de trabajo o informar al servicio de mantenimiento.
- Manipular de forma segura el transporte de oxígeno.
- Permanecer en el servicio designado durante su turno.
- Proveer de comodidad, intimidad y seguridad al paciente.
  - Mantener una actitud de respeto y cordialidad con el resto de los agentes de la institución y con las personas que trasladan. (Ver figura 6)

**Figura 6**

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



Fuente: Coordinación de enfermería de la Unidad de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia (2022).

## 2.9 Aproximación diagnóstica de la unidad clínica

Rinaudo (2017) explica que la aproximación diagnóstica nos permite identificar y priorizar problemáticas y necesidades considerando diferentes voces, entre las herramientas utilizadas para esta etapa se destacan las entrevistas, visitas domiciliarias, cartografías sociales, mapeo de redes, entre otras, siendo una de sus particularidades el enfoque participativo.

En la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, donde se realizan los Cursos Especiales de Grado mención Nefrología, se ha podido observar las técnicas y cuidados a la hora de la limpieza de las máquinas de hemodiálisis una vez finalizado el procedimiento hemodialítico. Aproximándonos a la influencias de estas técnicas, en la calidad de servicio, la salud del paciente y personal del área clínica de la unidad.

Es por eso, que para la aproximación diagnóstica de la Unidad Dr. Edgar Moglia del Hospital Dr. Luis Ortega, se buscaba precisar el uso de técnicas y materiales necesarios para la limpieza de las máquinas de hemodiálisis de la unidad, para ello se tomó en cuenta las opiniones de diez (10) enfermeros, en el turno de martes, jueves y sábado, en la sala de negativo el día jueves 18 de julio de 2022 en el turno de 7 am a 11 am, aplicando un cuestionario de cinco (5) preguntas para conocer las condiciones de higiene de las máquinas de hemodiálisis, estas preguntas fueron:

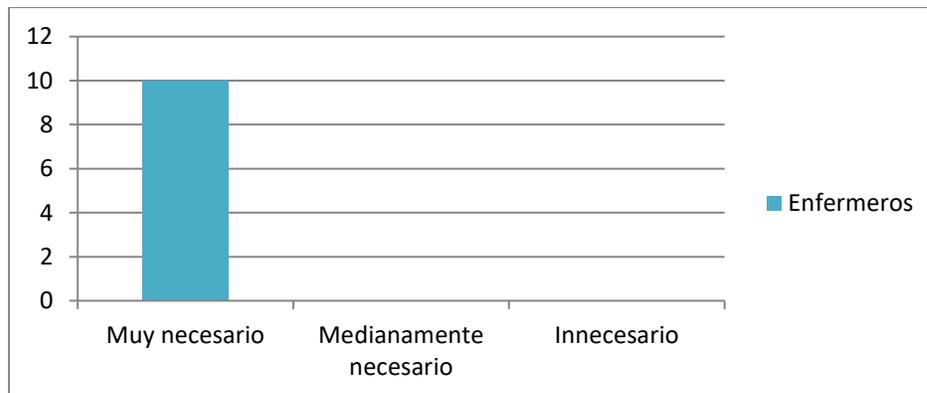
- ¿Cómo califica usted la limpieza de la máquina de hemodiálisis?
- ¿Cómo considera usted la realización de la limpieza a la máquina de hemodiálisis antes y después de cada sesión?
- ¿Cómo evalúa usted la existencia de material para realizar la limpieza de las máquinas?
- ¿Cómo considera usted que son las técnicas de limpieza de la máquina de hemodiálisis en la unidad?

- ¿Qué nivel de riesgo representa para el paciente y enfermero una mala técnica de limpieza de la máquina de hemodiálisis?

En base a sus respuestas se obtuvieron los siguientes resultados:

**Figura 7**

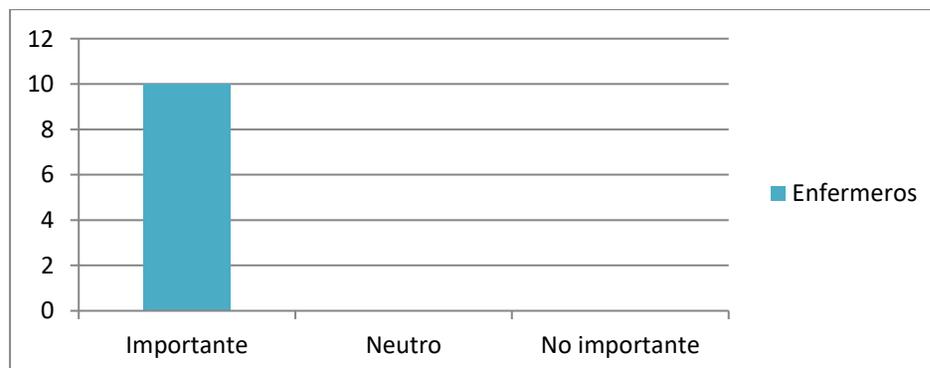
*¿Cómo califica usted de la limpieza de la máquina de hemodiálisis?*



En el análisis de los datos obtenidos se refleja el conocimiento del personal respecto a la necesidad que representa la limpieza de la máquina de hemodiálisis. Considerando que es muy necesaria la realización de esta actividad.

**Figura 8**

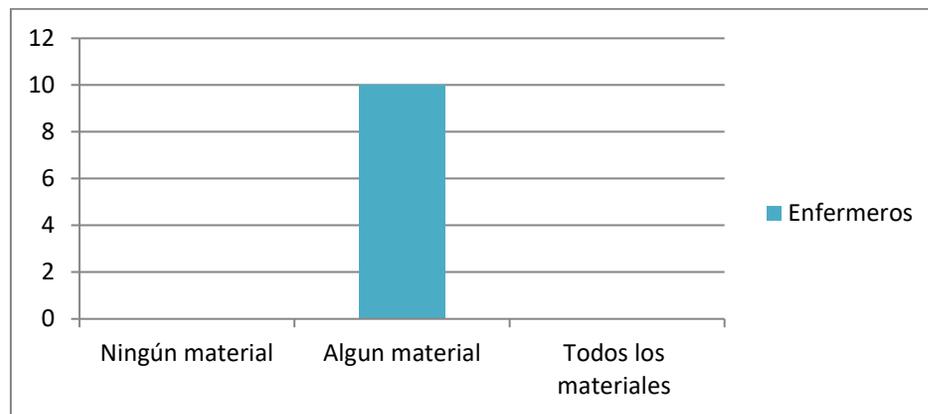
*¿Cómo considera usted la realización de la limpieza a la máquina de hemodiálisis antes y después de cada sesión?*



En esta gráfica se puede analizar la uniformidad de criterios entre los que se consideran importante la limpieza de la máquina antes y después de cada sesión de hemodiálisis.

**Figura 9**

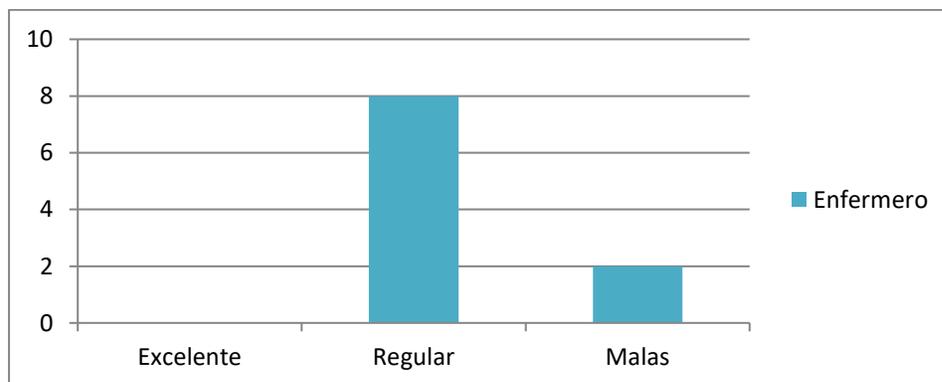
*¿Cómo evalúa usted la existencia de material para realizar la limpieza de las máquinas?*



Se puede analizar de los resultados obtenidos que los enfermeros tomados para esta encuesta, consideran que la unidad solo cuenta con algunos materiales para la limpieza de la máquina.

**Figura 10**

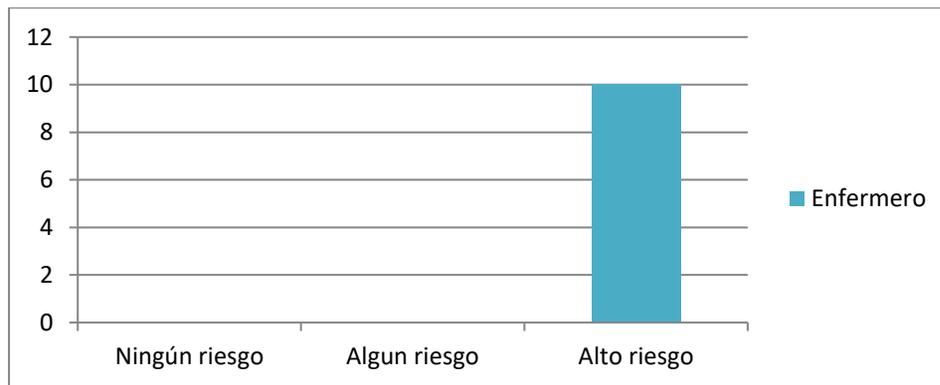
*¿Cómo considera usted que son las técnicas de limpieza de la máquina de hemodiálisis en la unidad?*



En el análisis de esta encuesta se pudo concluir que las aplicaciones de las técnicas de limpieza de las máquinas de hemodiálisis están comprendidas en un rango de regulares a malas. Siendo considerado por un gran porcentaje de enfermeros que las técnicas usadas son regulares, mientras que otro grupo de enfermeros considera que las prácticas realizadas son malas.

**Figura 11**

*¿Qué nivel de riesgo representa para el paciente y enfermero una mala técnica de limpieza de la máquina de hemodiálisis?*



En el análisis de esta gráfica se puede observar que todos los enfermeros tienen el conocimiento del nivel de riesgo que representa la mala práctica de la limpieza las máquinas de hemodiálisis antes y después de cada sección. Considerando que la práctica representa un potencial de alto riesgo de infección para el paciente y el personal.

## **CAPÍTULO III**

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

En este capítulo se describe el marco teórico y metodológico para el desarrollo de la investigación de este caso de estudio centrando las bases teóricas, legales y términos que son objetos de la investigación, definiendo las patologías de Diabetes Mellitus, Nefropatía Diabética y Enfermedad Renal Crónica, presentadas por el paciente de manera detallada permitiendo la comprensión de la etiología, fisiopatología, manifestaciones y complicaciones clínicas. Desarrollando el tratamiento de cada una con sus respectivas fichas farmacológicas.

Enfocándonos en una investigación cuali-cuantitativa, documental de campo, con fundamento teórico de la filosofía de Jean Watson, Dorothea Orem y el modelo de Nola Pender, para determinar los factores deteriorados en el paciente. Usando técnicas e instrumentos de investigación como la observación directa, entrevistas, informantes claves. Dando a conocer las estrategias y las acciones que se utilizaron para obtener resultados en cuanto a los avances investigativos. Considerando un conjunto de leyes y normas que sustentan los aspectos legales de esta investigación.

#### **3.1 Marco Metodológico de la Investigación**

Esta investigación está basada en un enfoque cuali-cuantitativo utilizando un conjunto de técnicas para el análisis empírico de los fenómenos sociales, orientada bajo el proceso enfermero, siguiendo los estándares descritos por los teorizantes. Para darle un enfoque a la investigación e identificar las necesidades de los pacientes, planificar acciones y obtener posibles soluciones para el desarrollo de la investigación.

### ***3.1.1 Enfoque Cualitativo-cuantitativo***

Esta investigación está basada en un enfoque cualitativo-cuantitativo que permite conocer los resultados expresados en el análisis de los datos que aporta el paciente y observados por el investigador. Según Medina (2013):

Los enfoques cuantitativo y cualitativo, atribuyen al primero la posibilidad de utilizar la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, probar hipótesis establecidas previamente y confiar en la medición numérica, el conteo y la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. Al enfoque cualitativo le reconoce su posible utilización para descubrir y refinar preguntas de investigación y su basamento en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones, así como su flexibilidad. (p.06)

Trend (1979) hizo un llamado a combinar el análisis de datos cuantitativos y cualitativos para resolver las discrepancias entre los estudios cuantitativos y cualitativos. Por otra parte Jick (1997) introdujo los conceptos básicos mixtos, propuso recabar datos mediante técnicas cualitativas y cuantitativas, e ilustró la triangulación de datos; además de comentar la necesidad de obtener “una fotografía más enriquecedora y con mayor sentido de entendimiento de los fenómenos” (p.12)

En el caso de esta investigación, se basa en un enfoque cualitativo-cuantitativo basado cualitativamente la investigación en datos subjetivos proporcionados por el paciente, familiar, y personal de salud. Y datos cuantitativos obtenidos mediante la aproximación diagnóstica que nos dio el acceso a obtener datos estadísticos que permitieron el análisis y desarrollo de la investigación. Utilizando los métodos investigación acción participante y estudio de caso como herramientas que permitieran al investigador conocer la institución, la unidad, el paciente y de los

profesionales que laboran en el área para obtener de manera precisa los datos presentados en esta investigación.

### ***3.1.2 Investigación Acción Participante***

Según Creswell (2014) señala que la acción participante “se asemeja a los métodos de investigación mixtos, dado que utiliza una colección de datos de tipo cuantitativo, cualitativo o de ambos, sólo que difiere de éstos al centrarse en la solución de un problema específico y práctico”. (p. 577). La acción participante permite reunir todos los datos que aporta la investigación de manera que reconozca la problemática presente en el paciente y su entorno, y así, determinar las acciones que puedan dar solución a los problemas identificados.

### ***3.1.3 Estudio de Caso***

De acuerdo con Gerring (2017) un estudio de caso es un estudio intensivo de un caso único o de un pequeño número de casos que se basan en datos de observación y promete arrojar luz sobre una población más amplia de casos.

Mediante este método se permite estudiar a profundidad la unidad, los procedimientos y los problemas del paciente sujeto de este caso de estudio, quien presenta una Enfermedad Renal Crónica grado v/v secundario a una Nefropatía Diabética, siendo considerado el entorno familiar y clínico de la paciente para el desarrollo de la investigación y la solución de las alteraciones que presenta, basan en diversas técnicas de investigación que permitan dar solución a la problemática presente.

### ***3.1.4 Tipo de Estudio: Descriptivo***

Según Guevara (2020) “El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la

descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (p. 171). Esta investigación se trata de un tipo de estudio descriptivo, pues narra las características y la estructura organizativa del Hospital Central Dr. Luis Ortega y la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” de igual forma, los procedimientos y técnicas realizadas por el personal de enfermería, y las condiciones que presenta el paciente en cuanto a su patología y su entorno. Buscando obtener así un resultado útil para la práctica efectiva de los procedimientos de enfermería en pro del beneficio del paciente.

### ***3.1.5 Diseño de Estudio: Documental y de Campo***

Según Palella y Martins (2010) “la investigación documental se concreta exclusivamente en la recopilación de información en diversas fuentes. Indaga sobre un tema en documentos escritos u orales. Uno de, los ejemplos más típicos de esta investigación son las obras de historia” (p.90). En secuencia de lo antes descrito por el autor se tomaron para objetos de estudio las diferentes reseñas históricas del centro hospitalario donde se seleccionó el caso clínico, documentos legales que sostienen las bases de la investigación, documentos clínicos que describen el origen de la patología y evolución del paciente, que permiten el conocimiento de los hechos siendo de aporte para el estudio de este caso.

Por otra parte Arias (2012) señala que la investigación de campo es aquella que “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variables alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes”. En relación con lo antes expuesto por el autor, para este caso clínico se recolectaron datos directos obtenidos por la paciente, el personal médico, personal de enfermería y la familia. Siendo de vital importancia sus aportes para la ejecución del proceso enfermero que permita restablecer el bienestar del paciente.

### ***3.1.6 Técnicas e Instrumentos de la Investigación***

Para el desarrollo de la investigación es necesaria una serie de técnicas que permitan dar forma a la estructura metodológica del caso en estudio, usando una serie de herramientas que permiten obtener datos informativos de manera guiada para el análisis y comprensión de los resultados obtenidos mediante la aplicación de dichas técnicas e instrumentos. Sampieri, Collado y Baptista (2014) señalan que las técnicas son los enfoques amplios de recopilación de datos, mientras que los instrumentos, son herramientas particulares utilizadas dentro de estas, para recolectar información.

#### **3.1.6.1 Observación participante**

Verd y Lozares (2016) señalan que la observación como técnica de investigación no consiste en un simple acto de mirar pasivamente determinada situación o escenario social. A diferencia de lo que hacemos en nuestra vida cotidiana, la técnica de observación implica una mirada científica y una implementación sistemática y rigurosa. (p.241). Mediante este instrumento de investigación se estudia al paciente no únicamente a través de la observación, sino también participando en sus actividades, con el objetivo de registrar la conducta en el mayor número de escenarios posibles.

Gracias al desarrollo de las prácticas profesionales de enfermería en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” el investigador puede observar las conductas y relaciones que tiene el paciente en la unidad clínica, al igual se pueden observar las relaciones interpersonales con el resto de pacientes y equipo médico, sus intercambios entre sí, sus conversaciones formales e informales, sus hábitos de alimentación y estilo de vida. La observación permite al investigador la oportunidad

de recoger información sincera e íntima sobre el paciente objeto de este caso de estudio.

### **3.1.6.2 Entrevista**

La entrevista es utilizada en el estudio de este caso ya que se requiere una interacción más personal y busca recolectar datos detallados del paciente. La entrevista sigue un formato semiestructurado, sin perder el sentido de una conversación. Esta forma de investigación más personal con preguntas abiertas permite obtener la información precisa que se desea para el estudio del caso. A diferencia de una conversación cotidiana, la entrevista se sustenta siempre en una hipótesis y será guiada por objetivos establecidos en función de nuestros intereses cognitivos. Cortazzo y Trindade (2014) y Hernández (2010) plantea que la entrevista semiestructurada cualitativa es el método de investigación de mayor acercamiento entre el investigador y el hecho investigado, el entrevistado potencialmente cede toda la información solicitada, dado lo confortable del método para los involucrados, aunado a que la data no es susceptible de ser manipulada por otra persona, dado que por lo general es grabada.

### **3.1.6.3 Informante Clave**

Los informantes claves son pieza fundamental de la investigación. Martínez y Mendieta (2013-2015) lo asumen como los sujetos que contextualizados dentro del fenómeno, tienen su propia forma de entender, ofrecer y proveer la información que conduzca a la investigación del hecho (p.04). Los informantes clave se encuentran representados por personas con conocimientos sobre todo lo referente al paciente y su entorno, con la capacidad de aportar información importante que ayude al estudio de

ese caso y permita dar respuestas efectivas a las necesidades detectadas, tomando como informantes claves al paciente, personal médico y familiares.

### **3.2 Marco Legal de la Investigación**

El marco legal se basa en el conjunto de leyes y reglamentos que amparan, condenan y protegen las acciones de la institución, en este trabajo investigativo los fundamentos legales utilizados son, Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Ley Orgánica de la Salud (1998), Ley Sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos (2012), Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005) y el Código deontológico de enfermería (2009).

#### ***3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)***

**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.

Según lo establecido en la ley y enfatizando en los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela todos los ciudadanos tienen el derecho y el deber de participar en los programas de salud. La nación está en la obligación de brindar los servicios de forma gratuita y de calidad, garantizando así el derecho de un tratamiento oportuno, prevención de enfermedades, fortaleciendo las medidas de promoción de la salud y el bienestar de los ciudadanos.

### ***3.2.2 Ley Orgánica de la Salud (1998)***

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

**Artículo 3.** Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

- Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.
- Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

- Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.
- Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.
- Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

**Artículo 69.** Los pacientes tendrán los siguientes derechos:

- El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.
- Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.
- Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.
- Negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida, cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables debidamente constatadas a la luz de los consentimientos de la ciencia médica del momento.

- Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.
- Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.
- Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.
- Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.
- Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso.

**Artículo 70.** Los pacientes tendrán los siguientes deberes:

- Preservar y conservar su propia salud y la de sus familiares, y cumplir las instrucciones e indicaciones que conduzcan a ello.
- Contribuir al cuidado físico, al mantenimiento y al cumplimiento de las normas de orden y disciplina de los establecimientos de atención médica.
- Cumplir las disposiciones legales, reglamentos, resoluciones y órdenes que adopten las autoridades públicas competentes, en beneficio de su salud y la salud de los demás.

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

Comprendiendo mediante los artículos 2, 3, 69,70 de la Ley Orgánica de Salud que no solo la ausencia de enfermedades significa salud, sino también el bienestar físico, mental, social y ambiental. Garantizando la protección de la salud de los ciudadanos de manera universal con participación libre en los servicios y programas integrados que permitan a los ciudadanos recibir un servicio de salud de calidad con profesionales capacitados, donde el paciente sienta el respeto por su intimidad o condición social, tenga la opción de elegir su participación o negarse a procedimientos médicos, y si este no está en condiciones de tomar decisiones su familiares tenga la responsabilidad de decidir. Recibiendo información de manera adecuada, con términos comprensible.

Sustentando todos los datos y procedimientos en un documento legal. Atendiendo las necesidades en un establecimiento dotados con las competencias y equipos necesarios para el bienestar del paciente. Cumpliendo el paciente con un conjunto de leyes y normas establecida por la institución en pro de su bienestar y calidad de servicio.

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

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

**Artículo 9.** Indicación de trasplante: Los procedimientos de trasplante, sólo podrán ser practicados una vez que los métodos terapéuticos usuales hayan sido agotados, no exista otra solución para devolver la salud, mantener la vida y que la expectativa de rehabilitación del o de la paciente alcance niveles aceptables de supervivencia y calidad de vida.

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

1. Ser informados e informadas de manera suficiente, clara y adaptada a su edad, nivel cultural y desarrollo emocional sobre los riesgos de la operación de ablación y trasplante terapéutico, según sea el caso, sus secuelas físicas y psíquicas ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosímilmente, puedan resultar para el receptor o receptora.
2. Resguardo y respeto al carácter confidencial de su identidad.
3. Recibir oportuna y gratuitamente todo lo necesario para preservar su salud, garantizando la asistencia precisa para su restablecimiento, sin perjuicio del lugar donde se realice el proceso de donación y trasplante.
4. Cumplimiento de todos los requisitos legales y técnicos en cada una de las etapas del proceso, previo a la disposición de los órganos, tejidos y células.
5. Garantía de todos los recursos necesarios en las instituciones, establecimientos y centros de salud públicos y privados, autorizados para el tratamiento del o de la paciente y el alojamiento de sus acompañantes en condiciones adecuadas para una evolución favorable y satisfactoria.

6. Recibir en las unidades de diálisis tanto públicas como privadas, orientación, información y educación sobre donación y trasplantes, así como también facilitar las evaluaciones pre-trasplante, de acuerdo a su disponibilidad.
7. Medicación necesaria en forma gratuita, oportuna y permanente por parte del Estado, para el mantenimiento del órgano trasplantado y preservar la salud del o de la donante bajo los más altos estándares que garanticen su calidad y efectividad.
8. Trato preferencial en la atención médica vinculada a la conservación del órgano trasplantado y al éxito de la intervención.

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

1. Cumplir con el control médico y el tratamiento inmunosupresor.
2. Mantener hábitos saludables de vida.

Es deber de la República regular los procedimientos con fines terapéuticos, investigativos o docencia que involucren trasplantes de órganos. Utilizando este método solo cuando no exista otra medida de tratamiento para el paciente. Se debe brindar la información sobre las intervenciones y los riesgos y complicaciones de manera clara al paciente receptor considerando y respetando sus cualidades sociales, culturales, educativas, facilitando la comprensión de la información.

Sustentando los procedimientos clínicos en documentos legales que avalan y garantizan la autonomía del paciente en la decisiones tomadas al respecto de los procedimientos que se llevan a cabo en el paciente. Garantizando así los derechos del paciente, respetando su identidad y garantizando un procedimiento que cumpla con todos los requisitos legales, personal preparado profesionalmente para cumplir el procedimiento y una institución dotada del personal, técnica e instrumentos necesarios. Brindando, bienestar y confort al paciente asumiendo la responsabilidad de suministrar al paciente toda la información, orientación de las medidas de mantenimiento del trasplante, y toda la medicación de forma gratuita.

### ***3.2.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005)***

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

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

1. Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.
2. Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.
3. Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.
4. Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias desastres y otras emergencias.
5. Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.
6. Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.

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

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

1. Emitir opinión, elegir y ser elegidos en la dirección y funcionamiento de la Federación de Colegios de Profesionales de la Enfermería de Venezuela, Colegios de Profesionales de la Enfermería Seccionales, según se determine reglamentariamente.
2. Realizar todos los cursos que consideren necesarios para mayor capacitación y actualización profesionales. Los organismos empleadores darán las facilidades para hacerlo, siempre y cuando no se ponga en peligro la atención del usuario y usuarias.
3. Concurrir para optar a cargos y ascensos según las normas establecidas por los organismos competentes.
4. Asistir a eventos científicos, tales como, convenciones, congresos y otros, siempre y cuando, su ausencia al centro de trabajo no ponga en peligro la atención a los usuarios y usuarias.
5. Organizarse en redes intersectoriales para ejercer el derecho a la participación y control social, sin ninguna restricción ni discriminación, a nivel nacional, estatal, municipal y local, en la formulación de la gestión, políticas, planes y programas, así como, en el seguimiento, evaluación y control de sus beneficios.

El personal de enfermería es un equipo de profesionales que cumplen con habilidades y destrezas necesarias para el cuidado y preservación de la vida, asintiendo al usuario sin discriminaciones, actuando acorde a sus conocimientos, ejecutando su profesión con responsabilidad, manteniéndose actualizado con los procesos y avances científicos. Con derechos de asumir la dirección de una institución o de optar a cargos y ascensos, respetando el desecho de su capacitación en cursos que permitan su formación continua, permitiendo así un servicio de calidad, profesionalismo para el bienestar de paciente.

### ***3.2.5 Código Deontológico de Enfermería (2009)***

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

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

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

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

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

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

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

**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, procurara 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 34.** El enfermo tiene derecho a:

1. Ser tratado con respeto y dignidad; el ambiente de su ubicación debe reunir y confort.
2. Atender la solicitud del enfermo de acuerdo a su religión.
3. Recibir una atención de elevada calidad por el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud.
4. Ser informado sobre cualquier procedimiento que deba realizarse para confirmar su diagnóstico.
5. Dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y respetar su decisión.
6. 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.

El personal de enfermería tiene como base la ética, usando este principio e todas sus acciones de enfermería, ofreciendo al usuario prevención y derecho a la vida con grandes aportes de bienestar social sin discriminación de ningún tipo. Con un trato al paciente de respeto y proporcionando todos los cuidados necesarios, identificándose delante del paciente para que tenga el conocimiento de la persona encargada de sus cuidados. Atenta a estar informada de todos los procedimientos médicos que involucren al paciente, haciendo respetar su opinión de acuerdo a sus conocimientos en el cuidado y preservación de la salud y bienestar del paciente.

**3.2.6 Normas Que Establecen Los Requisitos Arquitectónicos Y De Funcionamiento Para La Creación De Unidades De Hemodiálisis, En Establecimientos Médico-Asistenciales Públicos Y Privados (2004)**

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

**Artículo 2.** Las Unidades de Hemodiálisis se clasifican según su ubicación y funcionamiento en las siguientes categorías: Hospitalarias. Son aquellas ubicadas dentro de los establecimientos medicoasistenciales hospitalarios, destinadas al tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

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

**Artículo 3.** La creación y funcionamiento de las Unidades de Hemodiálisis Hospitalarias y Extra hospitalarias se regirá por las Normas y Procedimientos para la ejecución del “Reglamento sobre Clínicas de Hospitalización, Hospitales, Casas de Salud, Sanatorios, Enfermería o similares”, contenidas en la Resolución No. 822-98 del 27 de noviembre de 1998, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela No. 36.595 del 03 de diciembre de 1998; la Resolución Conjunta N° 245 y 433 de fecha 04-06-90, publicada en la Gaceta Oficial N° 34.483 de fecha 06-06-90; y demás normas que rigen la materia sanitaria.

**Artículo 8.** Cada paciente debe tener asignada una máquina y un sillón y no podrá cambiar su ubicación sin la autorización del médico de la Unidad. La ubicación de pacientes sero-positivos, hepatitis, HIV y otras enfermedades

infecciosas adquiridas por vía sanguínea, se registrará por las normas respectivas de control. La Unidad debe contar con un cupo de hemodiálisis disponible para emergencias en cada turno de trabajo.

**Artículo 12.** La Unidad debe contar con personal de enfermería y técnico fijo, con entrenamiento en hemodiálisis u otros procedimientos afines, en una relación de 1 por paciente. Éste personal tendrá las funciones siguientes:

1. Preparar los equipos para la sesión de hemodiálisis.
2. Revisar las máquinas de hemodiálisis incluyendo, bomba de sangre, medidores de conductividad, temperatura, flujo de sangre y de dializado, presión transmembrana, presión venosa, arterial y alarmas.
3. Evaluar a los pacientes antes de iniciar la sesión de hemodiálisis, incluyendo el estado general, ganancia de peso interdialítica, cumplimiento del tratamiento indicado y bienestar del paciente.
4. Recolectar las muestras biológicas ordenadas, así como solicitar y mantener en orden los exámenes de laboratorio, radiológicos y otros estudios paraclínicos.
5. Asegurar el cumplimiento de las órdenes médicas.
6. Realizar los procedimientos de antisepsia del acceso vascular.
7. Realizar la conexión y desconexión de los pacientes a la máquina de hemodiálisis
8. Atender al paciente durante toda la sesión de hemodiálisis y registrar los datos necesarios para el adecuado control del tratamiento, tales como evolución de los signos vitales, esquema de hemodiálisis, complicaciones y tratamiento cumplido.
9. Mantener los parámetros de hemodiálisis según las órdenes médicas.
10. Asistir al paciente en situaciones de emergencia durante la sesión de hemodiálisis.

11. Notificar de manera inmediata al supervisor(a) de enfermería y al médico las complicaciones y accidentes que ocurran en el paciente o el personal durante la sesión de hemodiálisis.
12. Notificar a su supervisor inmediato las averías de los equipos en el menor tiempo posible.
13. Cualesquiera otras funciones afines que le sean asignadas por el Director Médico/ Coordinador de la Unidad.

**Artículo 15.** La Unidad debe contar con un psicólogo clínico a tiempo convencional, con conocimiento sobre el tratamiento psicológico de pacientes con enfermedades crónicas, el cual tendrá las siguientes funciones:

1. Realizar la evaluación psicológica del paciente al ingreso a la Unidad.
2. Ofrecer psicoterapia individual y grupal.
3. Asistir al médico de la Unidad en la atención y tratamiento de los pacientes con alteraciones emocionales y conductuales asociadas.
4. Referir los pacientes que lo ameriten a la consulta de psiquiatría para evaluación y tratamiento.
5. Asesorar al equipo médico y paramédico en las interrelaciones con los pacientes dentro de la Unidad.
6. Cualesquiera otras funciones afines que le sean asignadas por el Director Médico/ Coordinador de la Unidad.

**Artículo 16.** La Unidad de Hemodiálisis debe contar con un nutricionista a tiempo convencional, con experiencia en la atención nutricional en pacientes con insuficiencia renal, el cual tendrá las siguientes funciones:

1. Realizar la evaluación nutricional del paciente al ingreso a la Unidad y sus controles sucesivos con una periodicidad mínima de cada 4 meses y cada vez que sea necesario a criterio del Director Médico/Coordinador de la Unidad.

2. Impartir la información necesaria a los pacientes y familiares para lograr un adecuado cumplimiento de la dieta prescrita, acorde con sus necesidades fisiológicas y sus posibilidades económicas.
3. Atención nutricional en la consulta externa para orientar y asegurar cumplimiento de la dieta, así como la aplicación de los instrumentos idóneos de evaluación, seguimiento y control.

**Artículo 17.** La Unidad debe contar con un Trabajador(a) Social de referencia, con entrenamiento o experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, el cual tendrá las siguientes funciones:

1. Entrevistar al paciente y familiares al ingreso a la Unidad.
2. Realizar el estudio socio-económico del grupo familiar y evaluar la calidad de vida.
3. Efectuar visitas domiciliarias cuando fuere necesario.
4. Preparar los trámites para las ayudas económicas y cortesías.
5. Definir la cobertura del paciente dentro del Sistema de Seguridad Social.
6. Cualesquiera otras funciones afines que le sean asignadas por el Director Médico/ Coordinador de la Unidad.

**Artículo 18.** La Unidad de Hemodiálisis debe contar con personal de limpieza asignado a cada turno de trabajo. El número dependerá de la superficie y el número de estaciones de tratamiento, el cual tendrá las siguientes funciones:

1. Realizar el aseo de las estaciones de hemodiálisis al finalizar cada turno de tratamiento, utilizando los productos idóneos para su cumplimiento.
2. Recolectar los desechos de materiales utilizados en los procedimientos de hemodiálisis, así como los residuos biológicos generados durante el proceso.
3. Efectuar las labores de aseo general de la Unidad.
4. El personal asignado a las áreas positivas y negativas previstas en el numeral 3 del artículo 6 de las presentes normas, debe ser diferente. Los materiales de limpieza de estos ambientes deben mantenerse en áreas separadas.

5. Cualesquiera otras funciones afines que le sean asignadas.

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

1. Control volumétrico de ultra filtración.
2. Sistema de desinfección química o térmica.
3. Capacidad para hemodiálisis con bicarbonato y/o acetato.
4. Sistemas de alarma extracorpórea de presiones venosa, arterial y transmembrana, detección de sangre en el dializado y detección de aire en la línea venosa
5. Alarma de conductividad y temperatura.
6. Capacidad para dilución variable de sodio.
7. Capacidad para ajuste de la bomba de sangre a los diámetros del segmento de bomba de las líneas arteriales.
8. Batería recargable de emergencia, con una duración de trabajo no menor de 15 minutos (opcional).

En esta Gaceta se describen las normas establecidas para el funcionamiento correcto de la unidad de hemodiálisis, es importante resaltar que en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia no se cuenta actualmente con los servicios de psicología, nutricionista ni trabajador social, incumpliendo con lo descrito en lo mencionado en los artículos antes expuesto de esta resolución.

### **3. 3 Marco Referencial de la Investigación**

Esta investigación toma como referencia investigaciones a nivel internacional, nacional, y regional que permiten completar y comparar el uso de técnicas, reglamentos, teorías y procedimientos usados para el desarrollo de la investigación científicas de este caso de estudio.

### **3.3.1 Antecedentes Internacionales**

Sellares y Rodríguez (2023) en su trabajo de investigación para el Hospital Universitario de Canarias, España. Titulado “*Enfermedad Renal Crónica*” indica que la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Una revisión sistemática, basada en estudios poblacionales de países desarrollados, describió una prevalencia media de 7,2% (individuos mayores de 30 años). Según datos del estudio EPIRCE, afecta aproximadamente al 10% de la población adulta española y a más del 20% de los mayores de 60 años, y además, seguramente está infra diagnosticada. En pacientes seguidos en Atención Primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes mellitus (DM), la prevalencia de ERC puede alcanzar el 35-40%. La magnitud del problema es aún mayor teniendo en cuenta el incremento de la morbimortalidad, especialmente cardiovascular, relacionado con el deterioro renal.

La ERC se considera el destino final común a una constelación de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible. Una vez agotadas las medidas diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad renal primaria, la ERC conlleva unos protocolos de actuación común y, en general, independientes de aquella.

Por otra parte, Calzadilla (2022) en su trabajo investigativo titulado “*Comportamiento de la Nefropatía Diabética en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez*” señala la enfermedad renal es la primera causa de muerte en la diabetes mellitus. La nefropatía diabética constituye actualmente la primera causa de insuficiencia renal crónica terminal. Se realizó un estudio descriptivo, de tipo transversal con el objetivo de determinar el comportamiento de la nefropatía diabética en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica atendidos por el servicio de Nefrología del Hospital Lucía Íñiguez Landín, de la provincia Holguín; Cuba, durante el período de enero del 2020 a diciembre del 2021.

El universo estuvo comprendido por el total de pacientes que ingresaron en el servicio durante el período de investigación y la muestra por los 50 pacientes que padecían insuficiencia renal crónica. Se obtuvo como resultados que el sexo predominante fue el femenino, mientras el grupo etario para ambos sexos fue el de 60-69 años. Predominó el sobrepeso y se encontraron factores de riesgo como HTA y obesidad. El tiempo de evolución más común fue de 16-20 años y el estadio más frecuente el III. La complicación más observada fue la retinopatía y el tratamiento aplicado a mayor número de pacientes fue pre-diálisis.

Acuña, López y Artola (2019) en su trabajo de investigación para la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Titledo “*Nefropatía en pacientes con Diabetes Mellitus que son atendidos en Medicina Interna del Hospital Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” del Departamento De Managua durante los meses de Julio\_ Diciembre del Año 2019.*” Señalan que es un estudio analítico descriptivo de corte transversal tiene como objetivo determinar la presencia de nefropatía en pacientes con diabetes atendidos en medicina interna del Hospital Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. En los resultados obtenidos se observó que de 100 pacientes estudiados solo un 20% padecía de nefropatía diabética la cual aparece después de 10 años de evolución de la enfermedad, el sexo con más afectación es el femenino con un 11% y el 9% para el sexo masculino respectivamente.

Las edades con más predominio están comprendidas entre los 52 a los 60 años, la cual es justificada con la vulnerabilidad del sistema inmunológico y enfermedades asociadas propia de la edad avanzada, lo que coincide con estudios ya antes realizados y que sirvieron como antecedentes de esta investigación. Este estudio se desarrolló bajo el método inductivo ya que a través de este se realizó análisis de las pruebas realizadas a los pacientes en estudio, se empleó como técnica el análisis documental y la entrevista, los instrumentos utilizados fueron, base de datos, guía de entrevista, ficha de resultados y guía de recolección de datos que costo de 4 partes como lo son: datos generales, antecedentes patológicos, datos clínicos y exámenes de laboratorio (Perfil Renal).

Concluyendo de estas investigaciones el impacto que causa la Diabetes Mellitus en la población a nivel mundial afectando a una considerable cifra de la población, predominando las incidencias en el sexo femenino, un grupo etario de 50 a 60 años. Con afectaciones severas en el funcionamiento renal, conllevando a la gran mayoría a una (ERC) acompañada de un daño cardiovascular significativo. Utilizando para estas investigaciones la técnica de recolección de datos y entrevistas que permiten conocer el detonante de estas patologías coincidiendo en que los hábitos alimenticios, el sedentarismo y la falta de educación para la salud dan como resultado el desarrollo de estas patologías y conllevando a sus complicaciones.

### **3.3.2 Antecedentes nacionales**

Orlandoni y Cumares (2023) en su trabajo de investigación titulado “*Análisis de las variables asociadas a la manifestación de ERC en los pacientes que asistieron a la Unidad de Diálisis del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), durante el último trimestre del 2022*”. Se realizó un estudio analítico en el cual fueron evaluadas las variables: presencia de diabetes, hipertensión arterial (HTA) y hábito de fumar. Se aplicaron dos encuestas para la obtención de los datos, una para la población enferma y otra para individuos control.

La población enferma arrojó HTA 61,29%, diabetes 35,48%, hábito tabáquico 29,03%, antecedentes de ERC 19,35%, cáncer 22,58% y las 16,13%, en contraposición con los individuos controles que reflejaron HTA 5,40%, diabetes 5,40%, tabaquismo 2,70%, antecedentes de ERC 8,11%, cáncer 2,70% y cardiopatías 2,70%, HTA: OR 27,70, diabetes: OR 16,04, tabaquismo: OR 14,73, cardiopatías: OR 6,92, antecedentes de enfermedad renal crónica: OR 2,72 y cáncer: OR 10,5, así pues, estos datos evidenciaron que la hipertensión arterial y la diabetes son los factores de riesgo más prevalentes en la manifestación de la ERC en la población estudiada, debido a que fueron los factores de riesgo con mayor presencia en los individuos estudiados con ERC. Estos hallazgos sugieren la importancia de la

prevención y detección temprana de estos factores de riesgo para retrasar la progresión de la enfermedad y prevenir complicaciones graves.

Esta investigación se tomó en cuenta como fuente informativa acerca de las incidencias de estas patologías en la población, considerando que en la mayoría de los casos los pacientes no poseen el cuidado y la orientación necesaria, llegando al grado de presentar complicaciones por sus patologías. Resaltando la labor del personal de enfermería en sus funciones investigativas y docente para la disminución de estos casos en la población.

Gualdron (2016) presentó en Caracas un Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Enfermería Nefrológica en la Universidad Central de Venezuela, que se tituló “*Consulta de Enfermería: Inicio Programado para Pacientes con Enfermedad Renal*” cuyo objetivo fue proponer la consulta de enfermería en inicio programado para los pacientes con enfermedad renal, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz IVSS Táchira 2011 – 2012.

Siendo este un tipo de estudio descriptivo, con un diseño de campo, cuya población estuvo conformada por veinte (20) enfermeras que laboran en la Unidad de Hemodiálisis, no se realizó muestreo ya que se estudió el 100% de la población, para la recolección de la información se aplicó la técnica de la encuesta tipo cuestionario.

Se concluyó que la población de enfermeras son adultas jóvenes de sexo femenino, el 80% de estas profesionales están de acuerdo que la consulta de enfermería de inicio programado debe tener incorporada normas y horario de atención manejado por citas; el 95% priorizó la incorporación de temas como la alimentación, higiene, el ejercicio físico, los signos y síntomas de enfermedad renal deben ser parte de la consulta, el 95% manifestó la necesidad de insertar la empatía, la historia clínica y la asertividad en la consulta de inicio programado; también, el 100% expresó que el paciente y el familiar deben tener conocimientos sobre los medicamentos, de igual manera recibir información, ventajas, desventajas del tratamiento sustitutivo renal.

Haciendo relación con esta investigación por ser un tipo de investigación descriptiva y usar la aplicación una encuesta como instrumento de recolección de

datos. Que permiten al enfermero ampliar su conocimiento respecto a todo lo referente al paciente y entorno. Volviéndose pieza clave para aportar sus conocimientos en cuidado y promoción de la salud, para lograr el bienestar del paciente.

Muñoz (2010) desarrollo su Trabajo de Grado titulado “*Información que ofrece la enfermera (o) a los usuarios con insuficiencia renal crónica acerca de su autocuidado en la Unidad de Diálisis del Hospital Uyapar, Puerto Ordaz Estado Bolívar*” para optar al título de licenciado en enfermería. La presente investigación asumió como objetivo determinar la información proporcionada por la enfermera (o) a los usuarios con enfermedad renal crónica acerca de su autocuidado en la Unidad de Diálisis del Hospital Uyapar, Puerto Ordaz - Estado Bolívar año 2010.

La investigación es de tipo descriptiva, diseño de campo, tipo transversal para lo cual se definió una sola variable, información proporcionada por la enfermera (o) a usuarios con insuficiencia renal crónica, acerca de su autocuidado. La población estuvo conformada por trece (13) usuarios y la muestra correspondió al total de la población que representa el 100% de la población en estudio. Para recolectar la información se aplicó un cuestionario dirigido a los usuarios, este consta de diecisiete (17) ítems con tres (3) alternativas de respuestas siempre, algunas veces y nunca. De los resultados obtenidos se concluyó que en su mayoría los usuarios son informados por las enfermeras (os) sobre aspectos nutricionales, medicamentos y vacunas y los cuidados que deben proporcionarse a través del autocuidado. La investigación en enfermería es esencial para desarrollar, evaluar y expandir el conocimiento de enfermería. La investigación constituye una parte vital de la práctica clínica y por ende beneficia directamente a los usuarios.

Se hace relación con este trabajo de investigación, para este caso de estudio por el manejo de Enfermedad Renal por el personal de enfermería. Resaltando la importancia de la labor docente del personal, para la capacitación de los paciente en cuanto al afrontamiento de su patología y los autocuidados necesarios.

### **3.3.3 Antecedentes Regionales**

Millán (2023) presento para la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de investigación que lleva por título *“Proceso Enfermero aplicado a paciente adulto masculino con enfermedad renal crónica por Hipoplasia Renal Bilateral, con tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”* teniendo un enfoque cuali-cuantitativo, a través de la investigación acción-participante, realizado mediante la recolección de datos bibliográficos (investigación documental), observación participante y entrevista (trabajo de campo). Realizando una valoración objetiva del paciente mediante un examen físico por sistema y una valoración subjetiva fundamentada en la triangulación de la filosofía de Virginia Henderson y sus catorce (14) necesidades; Jean Watson con los 10 Factores de cuidados y la teoría de promoción de la salud de Nola Pender con sus 13 Factores Cognitivos-Perceptuales. Para la elaboración de planes de cuidados orientados hacia la satisfacción de las necesidades del paciente y el desarrollo de cambios conductuales hacia la promoción de salud, utilizando la taxonomía NANDA (2021-2023), NIC-NOC (2018-2020). Concluyendo en la satisfacción de necesidades del paciente aportando una serie de beneficios, y generando cambios conductuales hacia estilos de vida saludable en el paciente con Enfermedad Renal Crónica.

Relacionando este caso de estudio con la valoración subjetiva en base a una conjugación de teorizantes, entre las que se encuentra Jean Watson y Nola Pender, al igual que en el presente estudio de caso, donde se utiliza su teoría para identificar los 10 Factores de cuidados y los 13 Factores Cognitivos-Perceptuales que se encuentran deteriorados en el paciente y entorno. De la misma forma, se utiliza la guía estandarizada NANDA, NIC y NOC para elaborar los planes de cuidado que serán aplicados la paciente al igual que en la presente investigación. De igual manera, se desarrolla bajo un enfoque cuali-cuantitativo.

Hernández (2022) realizó un trabajo de investigación para la UDONE que lleva como título *“Proceso Enfermero a Sexagenario, Masculino con Diagnóstico Médico de Enfermedad Renal Crónica, Secundaria Hipertensión Arterial, Uropatía Obstructiva por Hiperplasia Prostática y Nefrolitiasis, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar”*. Este tiene como objetivo aplicar el proceso de enfermería a paciente masculino de 61 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 Hipertensión Arterial, Nefrolitiasis, Uropatía Obstructiva e Hiperplasia Prostática.

Se trata de una investigación enmarcada en el enfoque cuali-cuantitativo que sistematiza un estudio de caso realizado a través de la investigación acción participante, haciendo uso de técnicas como la observación participante y la entrevista. El proceso enfermero parte de la valoración objetiva del paciente mediante una apreciación física céfalo caudal, y la valoración subjetiva fundamentada en una conjugación teórica metodológica entre Dorothea Orem con su tendencia suplencia - ayuda y Nola Pender con su tendencia de adaptación; utilizando además, la Guía Estandarizada NANDA, NIC y NOC en la identificación de Diagnósticos de Enfermería y Planes de Cuidado que permitan la atención integral del paciente, el cambio conductual y la promoción de la salud. Se concluye con la validación de la importancia y pertinencia de la aplicación del proceso enfermero en la atención de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

La selección de este trabajo permite apreciar la utilización de las teorías de autocuidado Dorothea Orem y la promoción de la salud de Nola Pender reconociendo como se aplican sus fundamentos en un paciente con Enfermedad Renal atendido en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. Para planificar cuidados en favor de mejorar los aspectos que se encuentran deteriorados en el paciente.

Anes (2023) realizó un trabajo investigativo para la UDONE que lleva por nombre *“Proceso Enfermero A Paciente Femenina Con Enfermedad Renal Crónica*

*Secundaria A Nefropatía Diabética En Tratamiento Sustitutivo En La Unidad Bolivariana De Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia*”, teniendo como objetivo general aplicar proceso enfermero a paciente femenino adulto con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética, en tratamiento sustitutivo, utilizando las teorías de Myra Levine, Marjory Gordon, Merle Mishel. metodológicamente, con enfoque cuali-cuantitativo, aplicando la observación participante y la entrevista no estructurada, obteniendo datos mediante la revisión documental, enfatizando hacia los contenidos teóricos de los modelos generando orientación a la hora de planificar, ejecutar y evaluar planes de enfermería. Logrando disminuir los niveles de incertidumbre en el paciente y familiares, fortaleciendo conocimientos sobre el manejo de la patología y su terapéutica, debido al establecimiento de mecanismos de intervención holísticas, comprendiendo lo humano, sentimientos y necesidades asumidas responsablemente.

Este trabajo se relaciona con la presente investigación por tratarse de un estudio de caso aplicado a un paciente con Enfermedad Renal Crónica y Diabetes Mellitus. Considerando los alcances de esta investigación, se estableció una relación teórica con el actual. Según esas circunstancias, contribuye con una visión teórica sobre esas patologías, facilitando la comprensión de ciertos aspectos claves a tomar en cuenta cuando se aplique el proceso enfermero en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.

### **3.4 Marco Teórico de la Investigación**

Según Carbajal (2022) el marco teórico es la recopilación de antecedentes, investigaciones previas y consideraciones teóricas en las que se sustenta un proyecto de investigación, análisis, hipótesis o experimento (p 02). De acuerdo con lo expuesto con el autor en este marco teórico de la investigación se explicaran los aspectos teóricos más relevantes de las patologías presentadas por la paciente objeto de estudio en esta investigación en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia,

quien padece de Enfermedad Renal Crónica GradoV/V, secundario a Nefropatía Diabética. De dichas patologías se detallarán la definición, etiología, fisiopatología y complicaciones, el tratamiento de la ERC y las fichas farmacológicas de los medicamentos indicados a la paciente.

### **3.4.1 Diabetes**

#### **3.4.1.1 Definición.**

Para la Organización Mundial para la Salud (OMS) y la Organización Panamericana para la Salud (OPS,2023) definen la diabetes como una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina.

En el caso del paciente objeto de estudio fue diagnosticada con Diabetes Mellitus tipo II aproximadamente ocho (8) años. Enfermedad mal controlada, con hábitos de vida no saludables que conllevaron a una nefropatía.

#### **3.4.1.2 Etiología.**

Brutsaert (2022) expresa que en la Diabetes Mellitus tipo II la secreción de insulina es inadecuada porque los pacientes han desarrollado resistencia a la insulina. La resistencia hepática a la insulina inhibe la supresión de la producción de glucosa hepática, y la resistencia periférica a la insulina afecta la absorción periférica de glucosa. Esta combinación da lugar a la hiperglucemia en ayunas y postprandial. Los niveles de insulina a menudo son muy altos, especialmente al principio de la

enfermedad. Más tarde en el transcurso de la enfermedad, la producción de insulina puede caer, lo que exacerba la hiperglucemia.

En el caso del paciente objeto de este caso de estudio, la Diabetes tipo II se desarrolló producto de una vida sedentaria y una alimentación desbalanceada.

### **3.4.1.3 Fisiopatología.**

Stewart (2019) describe la fisiopatología de la DMII se conjugan varios defectos para determinar finalmente la hiperglicemia. El primero de ellos es la insulinoresistencia a nivel de hígado, músculo liso y tejido adiposo; se habla de resistencia periférica a la insulina a la que se produce en el músculo estriado, donde disminuye la captación y metabolismo de la glucosa; y de resistencia central a la insulina a la que se desarrolla en el hígado, donde aumenta la producción de glucosa determinando la hiperglicemia de ayuno. Lo anterior estimula la producción de insulina en las células beta, pero cuando éstas no pueden producir la cantidad de hormona suficiente para contrarrestar esta insulinoresistencia aparece la hiperglicemia, que siempre indica a presencia de una falla, que puede ser relativa, en la secreción de insulina.

Otro defecto que favorece el desarrollo de DM es la disminución del efecto de la incretina en conjunto con el aumento de la secreción de glucagón en el período postprandial, lo que se ha podido comprobar sólo en algunos pacientes, porque la producción y desaparición de estas sustancias es relativamente rápida. Cuando la hiperglicemia se mantiene, aunque sea en nivel moderado, se produce glicolipototoxicidad sobre la célula beta, lo que altera la secreción de insulina y aumenta la resistencia a esta hormona a nivel hepático y muscular; por lo tanto la falta de tratamiento apropiado favorece la evolución progresiva de la diabetes.

En el caso del paciente objeto de estudio, presenta un deterioro de las células  $\beta$  pancreáticas encargadas de la secreción de insulina en respuesta al incremento de la glucemia diagnosticada en el 2016 con Diabetes Mellitus tipo II.

#### **3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas.**

Según Mayo Clinic (2013) los síntomas de la Diabetes tipo II suelen desarrollarse lentamente. Cuando hay síntomas, estos pueden comprender los siguientes:

- Aumento de la sed. “Polidipsia”
- Micción frecuente. “poliuria”
- Aumento del hambre. "hiperfagia" o "polifagia"
- Pérdida de peso involuntaria.
- Cansancio. “astenia”
- Visión borrosa. “Degeneración macular”
- Llagas de cicatrización lenta.
- Infecciones frecuentes.
- Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies. “parestesia”
- Zonas de piel oscurecida, por lo general en axilas y cuello. “acantosis nigricans”.

La paciente objeto de estudio, presenta signos y síntomas de polidipsia, astenia y parestesia, siendo estos característicos de la Diabetes Mellitus tipo II según lo mencionado anteriormente.

#### **3.4.1.5 Complicaciones.**

Según sanitas (2023) señala que las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo II involucran:

- Enfermedades cardiovasculares: este tipo de diabetes potencia el desarrollo de la arterioesclerosis y puede llegar a causar la calcificación de las paredes arteriales. Además, su coexistencia con los otros factores de

riesgo cardiovascular –obesidad, hipertensión arterial, colesterol elevado y tabaquismo– aumenta significativamente las posibilidades de sufrir un infarto de miocardio, un ictus, una enfermedad coronaria o una enfermedad arterial periférica oclusiva (problemas de riesgo sanguíneo en las piernas).

- Complicaciones microvasculares: los vasos sanguíneos de menor calibre son los que más sufren los efectos de la diabetes tipo 2, ocasionando lo que se denomina una microangiopatía diabética y que puede llegar a causar la obstrucción de los mismos y causar daños mayores especialmente en la retina y los riñones.
- Retinopatía diabética: es una de las complicaciones más frecuentes de origen microvascular y se produce por la falta de riego sanguíneo en la retina, lo que puede llevar a la pérdida total de la vista en el ojo afectado e incluso a la ceguera, si afecta a los dos.
- Neuropatía diabética: afecta especialmente a las extremidades inferiores y se manifiesta con la sensación de tener los pies fríos e incluso con dolor.
- Pie diabético: es una consecuencia de la neuropatía diabético en combinación con los problemas de riego sanguíneo, lo que favorece la aparición de lesiones en la piel y que las heridas no cicatricen, apareciendo ulceraciones que pueden llegar a infectarse y causar gangrena, lo que llevaría a la necesidad de amputar el pie. Cuando esto sucede es frecuente que ocurra lo mismo en el otro pie en un plazo no superior a los dos años, reduciéndose la esperanza de vida de una forma drástica.
- Disfunción eréctil: es un trastorno que puede afectar a los hombres pero que en la mayoría de las ocasiones se revierte con el tratamiento.
- Nefropatía diabética: la afectación de los vasos sanguíneos que irrigan los riñones puede ocasionar una insuficiencia renal y, como consecuencia, la

necesidad de entrar en un programa de diálisis. Por otra parte, ésta puede ser la causa de que pueda aparecer hipertensión arterial.

En este caso, el paciente objeto de estudio presenta complicaciones cardiovasculares con diagnóstico de cardiopatía mixta hipertensiva, derrame pericárdico anterior y posterior leve. Presentando también complicaciones de Nefropatía Diabética.

### ***3.4.2 Nefropatía Diabética***

#### **3.4.2.1 Definición.**

Según la Universidad de Navarra (2024) la Nefropatía Diabética es el nombre que se da a las alteraciones en el riñón que se producen en personas con diabetes cuando su control de la glucosa en sangre y otros factores asociados no ha sido adecuado. Forma parte de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. La Nefropatía Diabética es responsable de cerca del 30% de los enfermos en diálisis periódica y la primera causa de trasplante renal en los países occidentales. Cuando aparece la nefropatía diabética es prácticamente irreversible. Es, por tanto, importantísima su detección precoz y evitar su progresión cuando se diagnostica.

En relación con lo antes expuesto la paciente de este caso de investigación sufre de una Nefropatía Diabética diagnosticada en Enero del 2024.

#### **3.4.2.2 Etiología.**

De acuerdo con Bádenas (2022) el origen de la Nefropatía está íntimamente ligado a la Microangiopatía o lesión de pequeños vasos del glomérulo renal motivado por:

- Efecto metabólico: la elevación de glucosa en sangre es la responsable de la alteración de la membrana basal del glomérulo y de la glicosilación de las proteínas.
- Cambios hemodinámicos producidos por el aumento del filtrado glomerular de la función capilar del glomérulo y aumento de la superficie en de filtración.

En el caso del paciente estudiado, la etiología de la Nefropatía Diabética fue consecuencia de la Diabetes Mellitus, causando daños que desencadenaron una Hipertensión arterial conllevando a una Nefropatía Diabética.

### **3.4.2.3 Fisiopatología.**

De acuerdo con el Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria (2021) el término “Nefropatía Diabética” (ND) hace referencia a las lesiones renales secundarias a la Diabetes Mellitus. La ND es una complicación micro vascular que afectan al riñón, principalmente a los glomérulos, generando alteraciones funcionales y estructurales que desembocan en una Enfermedad Renal Crónica. Las principales alteraciones son: aumento del filtrado glomerular, hipertrofia de los glomérulos, células mesangiales y riñón, acúmulo de matriz, engrosamiento de membrana basal y cambios en la barrera de filtración glomerular.

Se han relacionado estas alteraciones con los siguientes cambios metabólicos propios de la DM:

– Los niveles elevados de glucosa en sangre mantenidos en el tiempo están directamente relacionados con las complicaciones de la Diabetes Mellitus. La hiperglucemia activa vías metabólicas alternativas en el organismo, como por ejemplo la vía de los polioles. La primera enzima de esta vía es la aldosa-reductasa, su activación en exceso produce un aumento de la presión osmótica intracelular, provocando un daño tisular por edema celular. Otra enzima de esta cadena de reacciones es la Proteína Kinasa C, reguladora de diversas funciones vasculares que,

en situaciones de hiperglucemia, incrementa su actividad en las células endoteliales de retina y riñón. Estos cambios tienen un papel crítico en la producción del daño renal

– La glicosilación avanzada es el mecanismo por el cual se unen los azúcares reductores a diferentes moléculas. Los productos de esta reacción, son responsables de cambios en la estructura de la membrana basal y la matriz extracelular en las células renales.

– Otro factor a tener en cuenta es el estrés oxidativo, es decir, el exceso de moléculas oxidantes. Estas moléculas se producen en gran cantidad en situaciones de hiperglucemia, ya que se eleva en sobremanera la actividad metabólica del riñón. Las consecuencias de estas grandes cantidades de elementos oxidantes son la estimulación de la hipertrofia glomerular, la proliferación celular e inducción de apoptosis en el tejido renal.

– En los últimos años se ha observado un papel determinante en la acción lesiva del riñón de las citoquinas inflamatorias y los factores de crecimiento. Entre ellos destacan el factor de crecimiento transformante, el factor de crecimiento del endotelio vascular y el factor de crecimiento del tejido conectivo. En cuanto a las citoquinas se las relacionan de forma directa con los daños micro vasculares propios de la DM, y específicamente de la ND.

– El sistema renina – angiotensina actúa sobre el corazón, el sistema vascular y el riñón para regular la presión arterial y el balance hidroelectrolítico. La Angiotensina II (AII), producto de este mecanismo, tiene una acción vasoconstrictora sobre las arteriolas eferentes del glomérulo, por lo que aumenta la presión capilar del mismo. Como consecuencia aumenta la filtración de proteínas plasmáticas, dando lugar a proteinuria, relacionada con la aparición del daño renal y su evolución. Además, la AII tiene un efecto directo sobre el riñón al actuar como una citoquina, favoreciendo el crecimiento celular, la inflamación y la fibrosis del órgano.

Fisiopatológicamente la paciente presenta alteraciones en los cambios metabólicos debido a la DM desarrollando afectaciones a nivel del sistema vascular

del riñón, afectando directamente la presión arterial por el deterioro del sistema renina-angiotensina. De igual modo la presencia continua de glucosa afecto la barrera basal, provocando una afección al riñón, provocando a su vez un daño tisular y edema celular, lo que conlleva un aumento de la presión osmótica intracelular. El exceso de moléculas oxidantes provocaron una hipertrofia glomerular. Afectando el tejido renal, desarrollando así una Enfermedad Renal Crónica.

#### **3.4.2.4 Manifestaciones Clínicas.**

Según Mayo Clinic (2023) en las etapas tempranas de la Nefropatía Diabética, no suelen aparecer síntomas. En etapas posteriores, estos pueden ser algunos de los síntomas:

- Presión arterial alta que es difícil de controlar
- Edema de pies, tobillos, manos u ojos
- Orina espumosa “proteinuria”
- Confusión o dificultad para pensar
- Falta de aire “disnea”
- Pérdida del apetito “polifagia”
- Náuseas y vómitos “emesis”
- Picazón “prurito”
- Cansancio y debilidad “astenia”

El paciente presento altos niveles de presión arterial en control, edema de pulmón, disnea continua, polifagia, y astenia.

#### **3.4.2.5 Complicaciones.**

Según Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria (2021) la Nefropatía Diabética tiene como complicación más relevante la Insuficiencia Renal

terminal, siendo además la principal causa de ERC a nivel mundial. La ERC avanzada o terminal no solo supone una serie de complicaciones a nivel renal, sino que estas alteraciones tienen un efecto sobre la regulación de todo el organismo. La complicación más frecuente secundaria a la insuficiencia renal terminal es la anemia, cuyo factor desencadenante más común es el déficit de eritropoyetina, además de hierro, ácido fólico y vitamina B12. La eritropoyetina es la hormona estimulante de la producción de glóbulos rojos, es producida por las células intersticiales.

La fibrosis producida en el túbulo intersticial de las nefronas va acompañada de un daño en estas células. Por este motivo, los pacientes con ERC secundaria a ND tienen casi el doble de probabilidades de desarrollar anemia que aquellos con una ERC de distinta etiología.

Otra complicación es el trastorno mineral y óseo, tiene como origen dos causas: déficit de insulina y déficit de vitamina D. La insulina interfiere en la función del paratiroides, los pacientes que no pueden producir insulina o presentan resistencia periférica a esta pueden tener niveles inferiores de hormona paratiroidea. Esta hormona facilita el desarrollo de la osteodistrofia renal al alterar el metabolismo mineral, su manifestación más frecuente es la enfermedad ósea adinámica. La vitamina D, en cambio, altera el metabolismo del calcio, aumentando el grado de osteoporosis y, por lo tanto, el riesgo de fracturas óseas. Además, también produce cambios en el sistema inmune y cardiovascular y aumenta la resistencia a la insulina. Por otra parte, cuando la insuficiencia renal avanza y el filtrado glomerular cae por debajo de 30ml/min, puede desarrollarse acidosis metabólica grave, con un bicarbonato disminuido entre 12 y 22 mEq/l.

Aunque la mortalidad de origen cardíaco y/o vascular suele tener lugar antes de precisar un tratamiento de diálisis, existen múltiples casos donde llega a ser necesaria. La diálisis, o también llamada Terapia Renal Sustitutiva (TRS), se comienza a plantear cuando la función renal está comprometida y/o descienda a 20 ml/min el FG. Es importante considerar por parte del médico y del paciente todos los beneficios y perjuicios de la terapia, es decir, evaluar conjuntamente la calidad de

vida, la función renal, los riesgos de la diálisis y el grado de ansiedad que produce en el paciente el tratamiento nuevo. En casos de fracaso renal total es necesario comenzar la TRS de forma urgente. Puede considerarse también por parte de los médicos si el paciente cumple los criterios y es candidato para figurar en la lista de espera para trasplantes renales.

La paciente presenta un deterioro significativo en sus funciones renales, con datos significativos en el correcto Filtrado Glomerular. Presentando una Enfermedad Renal Crónica Grado V/V con Tratamiento Sustitutivo de las funciones renales.

### ***3.4.3 Enfermedad Renal Crónica (ERC)***

#### **3.4.3.1 Definición.**

Según la OMS (2023) la Enfermedad Renal Crónica del riñón, también llamada insuficiencia renal crónica, describe la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo.

“Se trata de una enfermedad muy silenciosa, que avanza progresivamente. No es hasta presentar síntomas muy notorios tales como la presión arterial alta, edema de manos y pies, la coloración y prurito de la piel, y una constante fatiga, que el paciente se alarma y acude al médico”, así lo define el doctor Chávez (2023).

De acuerdo con lo antes mencionado, la Enfermedad Renal Crónica afecto a la paciente de manera silenciosa presentando síntomas que la llevan a la sala de emergencias del Hospital Dr. Luis Ortega donde luego de paraclínicos y evolución medica se ingresa a la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia con el diagnostico de Enfermedad Renal Crónica.

### **3.4.3.2 Etiología.**

Malkina (2023) define que muchas enfermedades pueden dañar o lesionar irreversiblemente los riñones. La lesión renal aguda se convierte ERC si la función renal no se recupera después del tratamiento y dura más de 3 meses. Por lo tanto, cualquier trastorno que provoque lesión renal aguda puede causar Nefropatía crónica. Sin embargo, en los países del mundo occidental, las causas más frecuentes de la Nefropatía crónica son:

- Diabetes mellitus.
- Presión arterial elevada (hipertensión)

Causando daños directamente en los pequeños vasos sanguíneos de los riñones.

Otras causas de Nefropatía Crónica incluyen la obstrucción de las vías urinarias, ciertas anomalías de los riñones (como la enfermedad renal poliquística y la glomerulonefritis) y los trastornos autoinmunitarios (como el lupus eritematoso sistémico lupus), en el que los anticuerpos lesionan los vasos sanguíneos pequeños (glomérulos) y los diminutos conductos (túbulos) de los riñones.

En el caso de la paciente objeto de este estudio de investigación, la Enfermedad Renal Crónica estuvo asociada a la Diabetes Mellitus Tipo II, lo que de genero una Hipertensión Arterial y Nefropatía Diabética desencadenando así una de sus complicaciones más severas como lo es la Enfermedad Renal Crónica encontrándose la paciente en un grado V/V de la misma.

### **3.4.3.3 Fisiopatología.**

La Enfermedad Renal Crónica es descrita por Malkina (2023) como una disminución de la reserva renal o una falla renal, que puede progresar a insuficiencia renal (enfermedad renal terminal). En principio, a medida que el tejido renal pierde funcionalidad, hay pocas anomalías evidentes porque el tejido remanente aumenta su

función (adaptación funcional renal). La disminución de la función renal interfiere con la capacidad del riñón de mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. La capacidad de concentrar la orina disminuye en forma temprana, y es seguida por la declinación de la capacidad de excretar un exceso de fosfato, ácido y potasio. Cuando la insuficiencia renal es avanzada (tasa de filtración glomerular [TFG]  $\leq 15$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), se pierde la capacidad de diluir o concentrar la orina de manera eficaz; por ello, la osmolaridad de la orina suele fijarse en alrededor de 300 a 320 mOsm/kg, cerca de la plasmática (275 a 295 mOsm/kg) y el volumen urinario no responde fácilmente a las variaciones en la ingesta de agua.

En el caso de la paciente objeto de estudio, la pérdida de las funciones renales provocaron un desequilibrio en la homeostasis, causando un exceso de líquidos, electrolitos y desechos del plasma sanguíneo, no eliminados en las cantidades regulares. Se observa que la cantidad de diuresis no coincide con la cantidad de líquidos ingeridos por la paciente.

#### **3.4.3.4 Manifestaciones Clínicas.**

Sallares Rodríguez (2023) refiere que cuando la función renal está mínimamente alterada (FG 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no tienen síntomas urémicos. 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. Como vemos, los síntomas son inespecíficos pudiendo ser causados por otra enfermedad intercurrente. Cuando la enfermedad renal evoluciona muy lentamente, hay enfermos

que se mantienen prácticamente asintomáticos hasta etapas terminales, con FG incluso de 10 ml/min o menos.

La Paciente presento alteraciones electrolíticas, cardiovasculares, gastrointestinales y dermatológicas. Desarrollando hipertensión arterial y edema agudo de pulmón.

#### **3.4.3.5 Complicaciones.**

Según National Kidney Foundation (2024) muchas personas que viven con ERC en etapa 5 también tienen una o más complicaciones de la enfermedad renal. Estas complicaciones incluyen lo siguiente:

- Anemia (niveles bajos de glóbulos rojos).
- Acidosis metabólica (acumulación de ácido en la sangre).
- Trastorno mineral y óseo (cuando los niveles de calcio y fósforo en sangre están desequilibrados, lo que provoca enfermedades óseas o cardíacas).
- Hiperpotasemia (niveles elevados de potasio en la sangre)

En la ERC en grado V/V, es importante realizarse controles regulares con su profesional de atención médica a fin de continuar monitoreando estas complicaciones, en especial si está en diálisis. Es posible monitorear cada una de estas complicaciones mediante análisis de sangre sencillos que solicitará su profesional de atención médica.

#### **3.4.3.6 Tratamiento.**

Según la Universidad de Navarra (2024) señala que el tratamiento comienza por corregir la causa que ha ocasionado esa insuficiencia renal. Esto se puede observar claramente cuando existe una deshidratación o hipotensión, reponiendo volumen, o cuando existe una obstrucción, siendo en este caso el empleo de una

sonda o nefrostomía la solución. Cuando se ha producido una afectación importante de los riñones, y no se ha producido una recuperación tras estabilizar al paciente, se hace preciso mantener una vigilancia sobre las constantes vitales, controlar los balances para evitar una sobrecarga, el uso de medicaciones que se deban ajustar respecto a la dosis o su supresión si pueden influir negativamente.

#### ***3.4.3.6.1 Tratamiento Conservador.***

Para el Portal Clinic de Barcelona (2028) el tratamiento conservador es un plan que sirve para tratar los síntomas de la enfermedad renal terminal mediante fármacos, cambios en el modo de vida y otros tratamientos. Es decir, en este tipo de tratamiento no se reemplaza la función renal, no se hace diálisis y los riñones dañados del paciente siguen deteriorándose. De esta manera, el tratamiento permite que los riñones sigan funcionando el tiempo que la enfermedad renal lo permita. La decisión de optar por el tratamiento conservador debe ser una decisión consensuada con la persona y la familia.

A las personas que se les propone el tratamiento conservador, en lugar de un tratamiento sustitutivo, presentan otros problemas médicos o un estado de salud delicado como ser una persona de edad avanzada, padecer otras enfermedades graves o seriamente invalidantes que ofrecen un mal pronóstico o tener una expectativa de vida no muy larga. Es posible que en estas circunstancias estas personas consideren insuficientes los beneficios de la diálisis para el manejo de su enfermedad en comparación con el esfuerzo que conlleva.

Numerosos estudios demuestran que en pacientes con estas características, la diálisis no mejora el pronóstico, y con un tratamiento conservador pueden mejorar su calidad de vida en el sentido de tener un mayor control de los ingresos hospitalarios; se reducen el número de visitas a urgencias por complicaciones y no se realizan procedimientos invasivos con punciones venosas o colocaciones de catéteres.

Debido al avance silencioso característico de la ERC la paciente objeto de este estudio, no paso por un tratamiento conservador de las funciones renales.

#### ***3.4.3.6.2 Tratamiento Sustitutivo.***

El Portal Clinic de Barcelona (2018) refiera que 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.

El **Tratamiento Sustitutivo de Diálisis** es el proceso artificial mediante el cual se extraen los productos de desecho y el exceso de agua del organismo. Este proceso es necesario cuando los riñones no funcionan correctamente. Hay dos técnicas distintas que pueden sustituir la función de los riñones estas son:

- **Hemodiálisis:** La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en filtrar la sangre periódicamente. Durante este proceso, la sangre se extrae del organismo y se la hace circular por el dializador, o filtro, donde se eliminan las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos. Después se devuelve la sangre limpia al organismo.

Para realizar hemodiálisis se necesita un acceso vascular que permita la circulación de un gran flujo de sangre hacia al dializador o filtro. Este acceso puede ser una fístula arteriovenosa, o también llamada FAVI, o un catéter vascular. Las venas, por su estrechez, no se pueden utilizar para hacer hemodiálisis, porque no permiten obtener un flujo lo suficientemente alto. Por este motivo, se realiza una fístula arteriovenosa, que consiste en unir mediante una intervención quirúrgica, que en la mayoría de casos se realiza de manera ambulatoria y con anestesia local, una arteria con una vena cercana. La fuerza

de la sangre que circula por la arteria y pasa a la vena, va a permitir que la vena se agrande y pueda, así, obtenerse un flujo necesario para realizar la diálisis. Al cabo de 4-6 semanas, la vena va estar suficientemente dilatada para poder realizar las punciones repetidas que son necesarias para las sesiones de hemodiálisis.

En algunas ocasiones, la unión entre la arteria y la vena se realiza mediante interposición de un fragmento de prótesis, lo que se conoce como fístula arteriovenosa protésica. El catéter vascular es un acceso que consiste en colocar un tubo en una vena gruesa del organismo a nivel del cuello o del muslo. Normalmente, el catéter es un acceso vascular provisional porque tiene el riesgo de infectarse, pero puede ser definitivo cuando no es posible conseguir una fístula arteriovenosa adecuada. Al igual que la fístula, se realiza habitualmente con anestesia local y no requiere ingreso hospitalario.

- **Diálisis peritoneal:** La diálisis peritoneal es una modalidad de tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en eliminar el exceso de toxinas y de líquidos del organismo a través de la membrana natural que recubre los órganos de la cavidad abdominal, el peritoneo.

Para realizar la diálisis peritoneal se necesita un tubo estrecho y flexible (catéter peritoneal) que se coloca dentro del abdomen mediante una operación con anestesia general. A través del tubo, se introduce el líquido de diálisis (normalmente 2 litros) en la cavidad abdominal y se deja que actúe durante unas horas para que las sustancias tóxicas y el agua pasen del peritoneo al líquido. Posteriormente, se vacía y se vuelve a llenar con un líquido limpio. El ciclo se reinicia de manera sucesiva. También es imprescindible un entrenamiento del paciente por parte del personal médico de entre 1-2 semanas. Después de esta formación, el paciente realiza el tratamiento en su domicilio y acude al hospital para los controles rutinarios.

La diálisis peritoneal se realiza en el domicilio del paciente y se puede hacer de manera manual o automática.

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) o manual. Esta técnica no necesita ningún tipo de máquina. Se introduce el líquido de la bolsa de diálisis peritoneal en la cavidad abdominal. Se cierra el catéter y a las 4-6 horas se vacía la solución "sucia". Por el mismo catéter, se vuelve a poner una bolsa nueva de líquido y así, sucesivamente, habitualmente de 3 a 4 veces al día.

Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) o automática. Este sistema utiliza una máquina que de manera automática llena y vacía el líquido del abdomen. Normalmente, se hace mientras el paciente duerme durante 8-10 horas.

En el caso de la paciente objeto de estudio comenzó el tratamiento sustitutivo de emergencia bajo la modalidad de hemodiálisis. Luego de salir de la emergencia se le plantean la alternativa de diálisis peritoneal, siendo la hemodiálisis la opción de preferencia de la paciente.

#### ***3.4.3.6.3 Trasplante Renal.***

De acuerdo con el Portal Clinic de Barcelona (2028) 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. El paciente se incluye en una lista de espera para trasplante, para que, en el momento en el que se produzca una donación, pueda recibir el riñón más adecuado a sus características.

Antes de realizar el trasplante, se realiza un estudio exhaustivo del paciente con enfermedad renal crónica para descartar situaciones médicas que lo desaconsejen. 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 ocasiones, el riñón trasplantado no cumple con su función. De media, aproximadamente, 50 de cada 100 personas (50%) que han recibido un riñón de un donante cadáver, el órgano trasplantado funciona 15 años. En alrededor de 60 personas de cada 100 (60%) que han recibido un riñón de un donante vivo, el riñón trasplantado funciona un promedio de 15 años. Las personas que sufren un fallo del riñón trasplantado deben decidir entre recibir otro trasplante, someterse a diálisis o a un tratamiento conservador.

La paciente objeto de esta investigación se encuentra en lista de espera para optar a la posibilidad de recibir un Trasplante Renal.

#### ***3.4.3.6.4 Tratamiento Farmacológico.***

Los fármacos son importantes para el tratamiento de la ERC, el Portal Clinic de Barcelona (2028) señala que 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 de la paciente objeto de esta investigación, por las consecuencias de la DM desarrollo ND, lo que desencadenó la ERC, motivo por el cual se encuentra en tratamiento de reemplazo renal en la modalidad de Hemodiálisis desde 12 de Enero del 2024 en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. Recibiendo tratamiento hemodialítico los días lunes, miércoles y viernes, en el turno intermedio que tiene un horario comprendido entre las 11:00am y la 1:00pm.

Recibiendo además, como complemento el siguiente tratamiento farmacológico:  
(ver cuadro 01)

### **Cuadro 01**

#### ***Tratamiento farmacológico del paciente objeto de este estudio***

<b>Ácido fólico</b>
<b>Vitamina B12</b>
<b>Hierro</b>
<b>Heparina</b>
<b>Nifedipina</b>
<b>Clonidina</b>
<b>Insulina</b>

Fuente: Historia clínica de la paciente (2024).

#### **3.4.3.8 Fichas Farmacológicas.**

Es un documento oficial que por su procedencia y contenido, está destinado a un expediente administrativo. Es emitido por un funcionario público no fedatario y contiene certificado de un acto administrativo dirigido a los profesionales sanitarios en el que se recogen las indicaciones y las condiciones autorizadas de uso de un medicamento, así como la información científica esencial sobre el mismo AEMPS (2015). En referencia con lo señalado por el autor, se presentan a continuación las fichas farmacológicas de los medicamentos que forman parte del tratamiento farmacológico del paciente objeto de estudio de esta investigación:



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

**Cuadro 02**

*Ficha farmacológica para el Ácido Fólico*

Ácido fólico	
Descripción	El ácido fólico es una vitamina del grupo B (vitamina B9). En el organismo se reduce a ácido tetrahidrofólico (THF), coenzima fundamental en la biosíntesis de aminoácidos y ácidos nucleicos, cuya función principal en la célula reside en su capacidad para donar y captar unidades monocarbonadas, que se unen en su posición 5 o 10 del anillo depteridina. Interviene a nivel de todos los tejidos y especialmente en los de multiplicación rápida.
Posología	10 mg/día, VO o IM. Dosis máxima: 15 mg/día. 10 mg/día, IV. Dosis máxima: 10 mg/día
Composición	Cada capsula contiene ácido fólico 10mg excipientes: lactosa monohidrato, talco, gelatina c.s
Presentación	Blíster de 10 o 20 tabletas. Ampollas inyectables de 10mg/ml
Vía de administración	Oral(VO), intramuscular (IM), endovenosa (EV)

Fuente: Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (2023)



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

**Cuadro 03**

*Ficha farmacológica para la vitamina B12*

Vitamina B12	
Descripción	Es un complejo vitamínico del grupo B, en una proporción adaptada a las necesidades humanas. Son indispensables como coenzimas de los sistemas enzimáticos que regulan el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas.
Posología	1-2 ml al día, o menos frecuentemente, de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Administración: Después de añadir el disolvente a la sustancia liofilizada, la solución reconstituida debe administrarse por vía I.M. Comprimido oral: 1– 3 comprimidos al día.
Composición	Cada ml de solución reconstituida contiene: clorhidrato de tiamina (vitamina B1) 20mg, riboflavina (vitamina B2) 5mg, clorhidrato de piridoxina (vitamina B6) 5mg, nicotinamida 40mg, dexpanthenol 5mg, cianocobalamina (vitamina B12) 103mcg.
Presentación	Comprimidos y ampolla
Vía de administración	Vía oral, intramuscular y endovenosa

Fuente: Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (2023)



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

**Cuadro 04**

*Ficha farmacológica para el Hierro*

Hierro	
Descripción	El hierro es un complejo que posee una estabilidad adecuada que permite un intercambio competitivo y rápido del hierro entre el hierro sacarosa y las proteínas selectivas fijadoras de hierros, de esta manera el hierro se distribuye rápidamente y se incorpora a los órganos diana, lo que asegura una rápida corrección del déficit férrico
Posología	100/200 mg/día
Composición	Cada ampolla contiene 100mg de complejo de hierro elemental
Presentación	Ampollas de 100mg/5ml
Vía de administración	Intravenosa, la administración puede realizarse mediante inyección intravenosa lenta, perfusión intravenosa por goteo o directamente en la línea venosa del dializador.

Fuente: Vademécum Venezuela (2023)



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

**Cuadro 05**

*Ficha farmacológica para Heparina*

Heparina	
Descripción	Es un glicosaminoglicano muy sulfatado que se utiliza ampliamente como anticoagulante inyectable, y tiene la densidad de carga más alta conocida.
Posología	1000 UI / 10Kg de peso
Composición	Heparina sódica 1000 UI / ml
Presentación	Ampolla
Vía de administración	Endovenosa

Fuente: Vademécum Venezuela (2023)



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

**Cuadro 06**

*Ficha farmacológica para Nifedipina*

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.
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.
Composición	Cada comprimido contiene: Nifedipino 10 mg. Excipientes: Sacarina sódica (0,5 mg) c.s.
Presentación	Comprimido oral.
Vía de administración	Vía oral.

Fuente: Vademécum Venezuela (2023)



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

**Cuadro 07**

*Ficha farmacológica para Clonidina*

Clonidina	
Descripción	Actúa sobre el SNC, con el resultado de una reducción de las eferencias simpáticas y una disminución de la resistencia periférica, resistencia vascular renal, frecuencia cardiaca y presión arterial.
Posología	Dosis media: 0,15 mg (1 comprimido) cada 12 h
Composición	Hidrocloruro de clonidina, excipientes
Presentación	Tabletas y tabletas de liberación prolongada
Vía de administración	Oral.

Fuente: vademécum (2014)



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

**Cuadro 08**

*Ficha farmacológica para Insulina*

Insulina	
Descripción	Regula el metabolismo de la glucosa. Es de acción rápida. Funciona de un modo más rápido que la insulina humana normal.
Posología	Insulina de acción prolongada. Insulina de acción inmediata. La dosis está determinada por el médico según la condición del paciente.
Composición	Insulina
Presentación	1 vial de 10 ml Frasco de 10ml por 100 UI/ml.
Vía de administración	Vía SC

Fuente: Instituto nacional de higiene Rafael Rangel (2023)

### **3.5 Atención de Enfermería: Marco Teórico y Metodológico**

A continuación se desarrollaran los aspectos más importantes de las teorías utilizadas para sustentar el proceso enfermero aplicado en el caso clínico de esta investigación, resaltando los datos biográficos y fundamentos teóricos de Jean Watson, Dorathea Orem y Nola Pende. Resaltando la relación existente con el caso de estudio.

#### **3.5.1 Jean Watson**

##### **3.5.1.1 Aspectos Biográficos.**

Según Alligood (2018) Margaret Jean Harman Watson, nació y creció en la pequeña ciudad de Welch, Virginia Occidental. Watson fue al instituto en Virginia Occidental y a la Facultad de Enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia.

- En 1961 se gradúa y contrae matrimonio con Douglas Watson y se desplazó al Estado natal de su marido, falleciendo este en 1998. Tiene dos hijas adultas, Jennifer y Julie, y cinco nietos. Jean reside en Boulder, Colorado.

Watson siguió su formación en Enfermería en la University of Colorado.

- 1964 Obtuvo el grado de licenciada en Enfermería.
- 1966 el grado de máster.
- 1973 doctorado en Psicología y Asesoramiento en Educación en.
- 1981 y 1982 hizo unos estudios sabáticos internacionales en Nueva Zelanda, Australia, la India, Tailandia y Taiwán.
- 2005 completó a pie, la peregrinación del camino de Santiago, en España.

- En los años ochenta, Watson et al. Crearon el Center for Human Caring en la University of Colorado, que es el primer centro interdisciplinario a nivel nacional que usaba los conocimientos sobre el cuidado humano para la práctica clínica, la formación, la administración y el liderazgo. En este centro, Watson, junto a otros entes, patrocinó las actividades clínicas, formativas y comunitarias que permitieron formar a residentes nacionales e internacionales, además de compañeros internacionales de todo el mundo, en Australia, Brasil, Canadá, Corea, Japón, Nueva Zelanda, el Reino Unido, Escandinavia, Tailandia y Venezuela, entre otros.

La ciencia del cuidado de Watson evolucionó y se creó el Watson Caring Science Institute (WCSI) a partir de los esfuerzos iniciales representados en el Center for Human Caring. El WCSI es una organización sin ánimo de lucro que busca la evolución de la ciencia del cuidado dentro de los programas y proyectos del Global World Caring Science.

El Watson Caring Science Center establecido en la University of Colorado es un centro interdisciplinario para enfermeras y profesionales sanitarios. Este centro tiene una colaboración con el WCSI, reflejo de su alineación operativa y filosófica. Dentro de las iniciativas de la University of Colorado en el seno de la ciencia del cuidado de Watson, recientemente se ha establecido la cátedra Watson sobre la ciencia del cuidado en dicha universidad (Watson, comunicación personal, 6 de abril de 2016).

- 1978 a 1981 Dentro de la Facultad de Enfermería de la University of Colorado, Watson fue directora y vicedecana del programa de grado, introdujo el programa de doctorado en Enfermería y fue directora del mismo.
- 1983 y 1990 Watson fue decana de la Facultad de Medicina de la University of Colorado y directora asociada de prácticas en enfermería en el hospital universitario, desarrollando un programa formativo sobre cuidado humano,

salud y curación para posgraduados en enfermería, que fue el origen del doctorado en Enfermería (ND, Nursing Doctorate).

- En 2005 convirtió en el doctorado en Enfermería de Práctica Avanzada (DNP, Doctor of Nursing Practice).

Watson ha participado en muchos programas comunitarios como fundadora y miembro del consejo director del Boulder County Hospice y otros muchos centros de salud del área. Watson ha recibido becas de investigación y formación federales, numerosas becas universitarias y privadas, y también fondos externos para proyectos y programas formativos en cuidado humano. Ha recibido numerosos premios y reconocimientos en universidades nacionales e internacionales y en otras organizaciones, incluidos grados honoríficos, puestos de dirección acortados y pago por su trabajo y servicio continuo. Es poseedora de 13 grados honorarios, nueve otorgados por universidades internacionales, como la Goteborg University en Suecia, la Luton University de Londres y la University of Montreal en Quebec, Canadá.

- En 2015 recibió un doctorado honoris causa en la Erciyes University de Kayseri, Turquía.
- En 1993 recibió el Premio Martha E. Rogers de la National League for Nursing (NLN).
- Entre 1993 y 1996, Watson fue parte del comité ejecutivo y órgano de gobierno de la NLN, donde sirvió como presidenta desde 1995 a 1996.
- En 1997, la NLN le otorgó un certificado de enfermera holística honoraria a perpetuidad.
- 1992 La Facultad de Enfermería de la University of Colorado nombró a Watson profesora distinguida.
- En 1998, la New York University le otorgó el Premio de Enfermera Distinguida.

- En 1999 obtuvo el Premio Norman Cousins nacional del Fetzer Institute en reconocimiento de su compromiso con el desarrollo, mantenimiento y la ejemplificación de las prácticas de cuidado centradas en las relaciones.
- En 1999, Watson asumió la cátedra Murchison Scoville de Ciencia del Cuidado de la University of Colorado.
- En 2015 le otorgaron el Premio de Cuidados Compasivos en Medicina del Helene Hildebrand Center de la Notre Dame University, y también recibió un reconocimiento por parte de la Academy of Integrative Healing Medicine.
- En 2016, las Naciones Unidas reconocieron también su tarea en la 60th Session on Commission of Women a través de la Nightingale Global Health Initiative.
- También en este año fue nombrada profesora emérita honoraria de la International Society for Caring and Peace en Japón.

Watson ha trabajado como profesora o profesora invitada en distintas universidades nacionales, como el Boston College, la Catholic University, la Adelphi University, el Columbia University Teachers College y la State University of New York, y también en universidades de muchos países extranjeros. Entre sus actividades internacionales están una International Kellogg Fellowship en Australia (1982), una beca de investigación y docencia Fulbright en Suecia y otras zonas de Escandinavia (1991), y un ciclo de conferencias en el Reino Unido (1993). Watson ha participado en proyectos internacionales y ha sido invitada a Nueva Zelanda, la India, Tailandia, Taiwán, Israel, Japón, Venezuela y Corea. Su nombre se menciona al menos en 20 cintas de audio o vídeo, o en CD de distribución nacional sobre la teoría de la enfermería. Jean Watson es autora de 11 libros y coautora de otros 9, y ha publicado innumerables artículos en revistas de enfermería e interdisciplinarios. Las siguientes publicaciones reflejan su teoría del cuidado.

Su primera obra, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979), fue reimpressa en 1985 y traducida al coreano y al francés. Los 11 factores curativos de

Yalom llevaron a Watson a utilizar 10 factores «cuidativos» como esquema organizador de su obra «central para la enfermería» y un ideal moral. El primer trabajo de Watson se centraba en 10 factores de cuidado, pero evolucionó hasta incluir la «caridad», de forma que estableció conexiones explícitas entre el cuidado y el amor en la edición revisada de su obra clave de 2008.

Su segunda obra, *Nursing: Human Science and Human Care—A Theory of Nursing* (1985), reeditada en 1988 y 1999, aborda sus problemas conceptuales y filosóficos con la enfermería. Esta obra se ha traducido al chino, alemán, japonés, coreano, sueco, noruego y danés.

Su tercer libro, *Postmodern Nursing and Beyond* (1999), presentaba un modelo para la práctica de la enfermería en el siglo XXI. Watson describe en esta obra dos acontecimientos personales que cambiaron su vida y determinaron su redacción. En 1997 perdió el ojo izquierdo de forma accidental, y poco después, en 1998, su marido falleció. Watson afirma que «trató de integrar estas heridas en su vida y su trabajo. Uno de los regalos que trajo el sufrimiento fue el privilegio de poder experimentar y recibir mi propia teoría a través del cuidado de mi marido y queridas compañeras enfermeras y otros colaboradores» Esta tercera obra se ha traducido al portugués y al japonés.

Su cuarta obra, *Isn't it Wonderful for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* (2002), recoge un conjunto de 21 instrumentos para valorar y medir los cuidados y recibió el Premio al Libro del Año del *American Journal of Nursing*.

Su quinto libro, *Caring Science as Sacred Science* (2005), describe su viaje personal orientado a mejorar los conocimientos sobre la ciencia del cuidado, la práctica espiritual, el concepto y práctica del cuidado, y el trabajo en cuidado-curación. En esta obra presenta al lector experiencias que le inducen a pensar y trata de reflejar la naturaleza sagrada de la enfermería, destacando los aspectos de la reflexión interna profunda y el crecimiento personal, las habilidades de comunicación, el uso del crecimiento transpersonal y la atención a la ciencia del

cuidado y la curación a través del perdón, la gratitud y la redención. Fue premiado como Libro del año por el American Journal of Nursing en 2005.

Sus obras más recientes son *Measuring Caring: International Research on Caritas as Healing* (Nelson y Watson, 2011); *Creating a Caring Science Curriculum* (Hills y Watson, 2011); *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (Watson, 2012), y *Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory*.

### **3.5.1.2 Fundamentos Teóricos.**

Según Alligood (2018) Watson basó originalmente su teoría de la práctica de la enfermería en 10 factores de cuidado. Desde la publicación inicial de su teoría, los factores se han convertido en lo que actualmente se describe como los 10 procesos de caridad, que incluyen una dimensión claramente espiritual y una evocación franca del amor y el cuidado. Un cambio esencial en el paso del cuidado a la caridad es la explicación de la conciencia de la caridad, que se define como «conciencia e intencionalidad», y que es la base de la enfermera caritativa.

#### **1. Cultivo de la práctica del amor-bondad y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás como base de la conciencia de la caridad.**

Los valores humanistas y altruistas se aprenden en las primeras fases de la vida, pero pueden verse muy influidos por los profesores de Enfermería y la experiencia clínica. Este proceso se puede definir como la satisfacción de dar y la extensión del sentido del yo y un aumento de la aceptación de la repercusión que el amor y el cuidado tienen sobre uno mismo y los demás.

#### **2. Estar presente de verdad: posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno.**

Este proceso, que incorpora valores humanistas y altruistas, facilita la promoción de un cuidado de enfermería holístico y de salud positiva en la población

de pacientes. También describe el papel de la enfermera en el desarrollo de una interrelación enfermera\_ paciente eficaz y en el fomento del bienestar, ayudando al paciente a adoptar conductas que buscan conseguir la salud.

### **3. Cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, superación del ego propio.**

El reconocimiento de los sentimientos permite la auto\_ actualización mediante la auto\_ aceptación por parte de la enfermera y del paciente. Cuando las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, se hacen más genuinas, auténticas y sensibles a los demás. La enfermera también va más allá de los sentimientos en la exploración durante toda la vida de los valores personales y sistemas de creencias con el objetivo de mejorar la atención plena en las acciones de cuidado.

### **4. Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza.**

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente resulta clave para los cuidados transpersonales. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos. Implica congruencia, empatía, calidez no posesiva y comunicación eficaz. La congruencia se basa en ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad de experimentar, y en consecuencia comprender, las percepciones y sentimientos de la otra persona y comunicarle esta comprensión. La calidez no posesiva se demuestra con un tono moderado de la voz, una postura abierta y relajada, y expresiones faciales, congruentes con las demás comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuesta afectiva, cognitiva y conductual

### **5. Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos positivos y negativos.**

Compartir los sentimientos es una experiencia que obliga a asumir riesgos a la enfermera y el paciente. La enfermera debe estar preparada para los sentimientos

positivos o negativos, y debe reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación es diferente.

**6. Uso creativo del yo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; implicación en el arte de la enfermería de la caridad.**

El proceso de enfermería se basa en la aplicación de distintas formas de conocimiento, incluido el «creativo, intuitivo, estético, ético, personal e incluso espiritual» Este proceso se aleja de forma significativa desde una perspectiva singular del conocimiento científico, que es esencial para la práctica de la enfermería y obliga a la enfermera a usar sus conocimientos de forma creativa en la práctica de la enfermería de la caridad.

**7. Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro.**

Este factor es un concepto importante para la enfermería, porque aleja el cuidado de la curación. Permite al paciente estar informado y deriva la responsabilidad sobre el bienestar y la salud hacia el paciente. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen su autocuidado, determinen sus necesidades personales y tengan oportunidad para su crecimiento personal.

**8. Creación de un entorno de curación a todos los niveles.**

Las enfermeras deben reconocer la influencia que los entornos interno y externo tienen sobre la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos esenciales para el entorno interno incluyen el bienestar espiritual y mental y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, otras variables externas son la comodidad, la privacidad, la seguridad y un entorno limpio y estético.

### **9. Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado-curación con atención a las necesidades humanas básicas.**

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales propias y del paciente. Los pacientes deben tener satisfechas las necesidades de orden inferior antes de tratar de satisfacer las de orden superior. La alimentación, la defecación/micción y la ventilación son ejemplos de las necesidades de orden inferior de tipo biofísico, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades de orden inferior a nivel psicofísico. Los logros y la pertenencia son necesidades psicosociales de orden superior. La actualización del yo es una necesidad intra e interpersonal de orden superior.

### **10. Apertura y atención a los aspectos espirituales/misteriosos y a las dudas existenciales sobre la vida-muerte.**

Watson considera que este proceso es el más difícil de comprender y resulta más fácil hacerlo con sus propias palabras. «Nuestras mentes racionales y la ciencia moderna no tienen todas las respuestas ante la vida y la muerte y ante todos los procesos humanos que tenemos que afrontar; por eso, nuestra mente tiene que estar abierta ante los aspectos desconocidos que no podemos controlar, llegando incluso a permitir la entrada en nuestra vida y trabajo de lo que podríamos considerar “milagros”. Este proceso también reconoce que el mundo subjetivo de las experiencias de la vida interna sobre uno mismo y los demás es en último término un fenómeno, un misterio insondable, que se ve afectado por muchos factores que nunca podrán ser explicados por completo.»

#### **3.5.1.3 Relación de la Teoría con el Estudio de Caso.**

Existe una relación entre la teoría de Jean Watson y el presente trabajo de investigación, enfocándose en una valoración de manera subjetiva de según los factores de cuidados expuestos por Jean Watson, buscando intervenciones que

ayuden al paciente a lograr una conexión humana consigo mismo, con su entorno y con el personal de salud.

De igual forma se busca crear un vínculo de confianza, apoyo y cuidado entre el paciente y el personal de salud. Con el fin de lograr mejorar los factores afectados en el paciente y su bienestar físico, mental y espiritual. Confiando en el fundamento teórico de Watson que se basa en mantener esta relación a través de las prácticas de valores amor-bondad.

### **3.5.2 Dorothea Orem**

#### **3.5.2.1 Aspectos Biográficos.**

Según lo señalado por Según Alligood (2018) Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, D. C., donde recibió un diploma en enfermería a principios de los años treinta. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad.

Entre las primeras experiencias enfermeras de Orem se cuentan actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), servicios como personal hospitalario en unidades médicas y quirúrgicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de Ciencias Biológicas.

- En 1940 a 1949 Orem ostentó el cargo de directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit.
- En (1949-1957) trabajo en Indiana en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health.

- En 1957, Orem se trasladó a Washington D. C., donde trabajó en el Office of Education, en el Department of Health, Education and Welfare estadounidense como asesora de programas de estudio.
- En 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería?
- 1959 se publicó *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*.
- 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, trabajó también como decana en funciones de la Escuela de Enfermería y como profesora asociada de Educación Enfermera.
- En 1970, Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su empresa consultora.
- El primer libro publicado de Orem fue *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1971). Orem fue editora de la NDCG mientras preparaba y revisaba *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* (NDCG, 1973, 1979).
- En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS).
- Las siguientes ediciones de *Nursing: Concepts of Practice* se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001.
- Orem se jubiló en 1984 y siguió desarrollando la teoría del déficit de autocuidado en enfermería (TDAE).
- En 1976 La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de doctora de Ciencias.

- Recibió el Premio Alumni Association de la CUA por su teoría en enfermería en 1980.
- en 1980 recibe el título de doctora honoris causa de Ciencias, por el Incarnate Word College.
- En 1988 el título de doctora en Letras, por la Illinois Wesleyan University.
- En 1991 el Premio Linda Richards, de la National League for Nursing,
- en 1992 es considerada miembro honorífico de la American Academy of Nursing.
- En 1998 Obtuvo el doctorado en Enfermería por la University of Missouri.
- A los 92 años Orem murió tras pasar un tiempo postrada en cama. Murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa.

Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre la práctica enfermera, la formación enfermera y la ciencia enfermera.

### **3.5.2.2 Fundamentos Teórico.**

Según Alligood (2018) los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal; la normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

### **3.5.2.3 Relación de la Teoría con el Estudio de Caso.**

Se guarda relación entre el estudio de este caso y la teoría de Dorothea Orem, identificando los factores de autocuidados y la necesidad del paciente de desarrollar los conocimientos necesarios que le permitan aplicar las estrategias de cuidado por sus propios medios. Practicando así un cuidado de enfermería, donde tanto el personal de enfermería y el paciente intervienen para lograr su cuidado y bienestar.

### **3.5.3 Nola Pender**

#### **3.5.3.1 Aspectos Biográficos.**

Alligood (2018) señala que el primer encuentro de Nola J. Pender con la enfermería profesional se produjo cuando tenía 7 años, en el momento en que observó el cuidado enfermero a su tía hospitalizada, donde nació la fascinación hacia el trabajo enfermería, Esta experiencia y su formación posterior introdujeron en ella el deseo de cuidar de los demás y condicionaron su idea de que el objetivo de la

enfermería es ayudar a las personas a cuidar de ellas mismas. Pender contribuye a conocimiento

Enfermero de la promoción de la salud mediante sus investigaciones, docencia, presentaciones y escritos. Pender nació el 16 de agosto de 1941, en Lansing, Míchigan. Fue hija única en una familia que defendía la formación femenina. Este ánimo familiar la llevó a diplomarse en Enfermería en la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital en Oak Park, Illinois. Eligió esta facultad por su relación con el Wheaton College y su sólida base cristiana.

- Recibió el diploma en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica y posteriormente en la unidad pediátrica de un hospital de Míchigan.
- En 1964, Pender se licenció en enfermería en la Michigan State University.
- Obtuvo un grado de máster en Crecimiento y Desarrollo Humano en la Michigan State University en 1965.
- Completó el doctorado en Psicología y Educación en 1969 en la Northwestern University.
- Su tesis (1970) analizaba los cambios que se producen durante el desarrollo en los procesos de codificación de la memoria a corto plazo en niños.
- Tras obtener el doctorado, Pender describe un cambio de su pensamiento, que pasó a definir el objetivo del cuidado de enfermería como la salud óptima del individuo.
- Se casó con Albert Pender, profesor asociado de Empresariales y Económicas, que ha colaborado con ella en artículos sobre la economía de la asistencia sanitaria, y el nacimiento de un hijo y una hija aumentó todavía más su motivación personal para aprender más sobre cómo optimizar la salud humana.

- En 1975 Pender publicó «A Conceptual Model for Preventive Health Behavior» como base para estudiar cómo los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud en el contexto de enfermería.
- El modelo de promoción de la salud original de Pender fue presentado en la primera edición de su obra, *Health Promotion in Nursing Practice*, publicada en 1982.
- Las investigaciones posteriores permitieron revisar su modelo de promoción de la salud y presentarlo en una segunda edición en 1987 y otra tercera en 1996.
- La cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* tuvo como coautoras a Pender y a las Dras. Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons, y fue publicada en 2002.
- En 2006 se publicó la quinta edición.
- En 1988, Pender et al. realizaron un estudio en la Northern Illinois University, De Kalb, financiado por los National Institutes of Health. Susan Walker, Karen Sechrist y Marilyn Frank-Stromborg analizaron la validez del modelo de promoción de la salud. Este equipo de investigación desarrolló el perfil de forma de vida promotor de la salud, un instrumento que se emplea para estudiar la conducta de fomento de la salud de los trabajadores adultos, los ancianos, los pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca y los pacientes oncológicos ambulatorios.
- Posteriormente, más de 40 estudios analizaron la capacidad predictiva del modelo del estilo de vida para la promoción de la salud, el ejercicio, las prácticas nutricionales, el uso de protección auditiva y la evitación de la exposición ambiental al humo del tabaco.

- Pender lideró el desarrollo de la investigación en enfermería en EE. UU. Su apoyo al National Center for Nursing Research dentro de los National Institutes of Health resultó clave para su formación.
- Ha fomentado la actividad académica en enfermería mediante su participación en el Sigma Theta Tau International, como presidenta de la Midwest Nursing Research Society entre 1985 y 1987 y también como directora del Cabinet on Nursing Research de la American Nurses Association.
- Ha servido como fideicomisaria de la Midwest Nursing Research Society desde 2009.
- Incorporada como miembro de la American Academy of Nursing en 1981.
- fue presidenta de esta academia desde 1991 a 1993.
- En 1998 fue contratada por un período de 4 años por el grupo de trabajo de los U. S. Preventive Services, un panel independiente encargado de la evaluación de la evidencia científica y de la elaboración de recomendaciones para el servicio preventivo clínico específicas según la edad y el riesgo.
- A lo largo de sus más de 40 años como educadora, facilitó el aprendizaje de los alumnos de grado, máster y doctorado.
- En 1988, la Facultad de Enfermería de la University of Michigan honró a Pender con el Premio Mae Edna Doyle por la excelencia en la docencia.
- Es profesora distinguida de la Facultad de Enfermería de la Loyola University de Chicago.
- Recibió el doctorado honoris causa en la Widener University en 1992.

- En 1988 recibió el Premio a la Investigación Distinguida de la Midwest Nursing Research Society por sus aportaciones a la investigación y su liderazgo en este aspecto.
- En 1997 recibió el Premio de la American Psychological Association por sus destacadas aportaciones a la enfermería y la psicología de la salud.
- Su obra, Health Promotion in Nursing Practice recibió el Premio del Libro del Año de la American Nurses Association por su aportación a la enfermería en salud comunitaria.
- Pender fue decana asociada para la investigación en la Facultad de Enfermería de la University of Michigan entre 1990 y 2001.
- Fomentó la investigación interdisciplinaria, fomentó la traducción de la investigación a la práctica basada en la ciencia y vinculó la investigación enfermera con el planteamiento de políticas sanitarias.
- El centro de investigación sobre la conducta sanitaria de los niños y adolescentes iniciado en la University of Michigan en 1991 representa el esfuerzo de Pender por construir un gran equipo investigador multidisciplinario para estudiar e influir sobre las conductas promotoras de la salud de los individuos mediante la comprensión de cómo se establecieron dichas conductas en la juventud.
- Pender ha publicado numerosos artículos sobre ejercicio, cambio de conducta y entrenamiento en relajación como aspectos de la promoción de la salud, y ha participado en los equipos editoriales y como editora de revistas y libros.
- Pender es reconocida como docente, conferenciante y consultora en promoción de la salud.

- Ha colaborado con enfermeras científicas en Japón, Corea, México, Tailandia, República Dominicana, Jamaica, Inglaterra, Nueva Zelanda y Chile.
- Su libro se ha traducido al japonés y el coreano.
- Pender sigue influyendo en la profesión enfermera gracias a su liderazgo como consultora de centros de investigación y la realización de consultas docentes.
- Como líder reconocida nacional e internacionalmente, Pender participa como ponente en conferencias y seminarios.
- Colabora con el editor del American Journal of Health Promotion, apoyando una legislación que subvencione las investigaciones sobre la promoción de la salud.
- Realiza algunas tareas docentes en la formación de grado, como cursos sobre las teorías de la enfermería y la escritura científica, como profesora distinguida de la Loyola University de Chicago.

### **3.5.3.2 Fundamentos Teóricos.**

Según Alligood (2018) el modelo de promoción de la salud tiene un enfoque orientado por competencias o abordajes. La promoción de la salud se motiva por el deseo de fomentar el bienestar y actualizar el potencial humano. Los principales conceptos y definiciones que se presentan a continuación se encuentran en el modelo de promoción de la salud:

- **Conducta relacionada previa:** La conducta relacionada previa alude a la frecuencia de comportamientos iguales o parecidos en el pasado. Esto tiene efectos directos e indirectos sobre la probabilidad de que el paciente adopte conductas que fomenten la salud.

- Factores personales: Los factores personales se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictores de una conducta determinada y vienen modulados por la naturaleza del comportamiento diana que se esté planteando.
- Factores biológicos personales: Dentro de los factores biológicos personales se incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado puberal, la menopausia, la capacidad aeróbica, la potencia, la agilidad y el equilibrio.
- Factores psicológicos personales: Los factores psicológicos personales incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud.
- Factores socioculturales personales: Algunos factores socioculturales son la raza, la etnia, la aculturación, la educación y el estado socioeconómico. Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta Los siguientes son aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta a los que se atribuye una importancia mayor a nivel de la motivación; estas variables se pueden modificar mediante las acciones enfermeras.
- Beneficios percibidos de la acción: Los beneficios percibidos de la acción son resultados positivos anticipados de una conducta de salud.
- Barreras percibidas para la acción: Las barreras percibidas para la acción son bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales de asumir una conducta determinada.
- Autoeficacia percibida: La autoeficacia percibida es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta de promoción de la salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras percibidas para la acción, de forma que una eficacia más alta

determina una menor percepción de las barreras para conseguir realizar la conducta.

- **Afecto relacionado con la actividad:** El afecto relacionado con la actividad describe los sentimientos subjetivos positivos o negativos que se producen antes, durante o después de una conducta, y que se basan en las propiedades de estímulo de la conducta en sí misma. El afecto relacionado con la actividad influye sobre la autoeficacia percibida, lo que implica que, cuanto más positivo sea el sentimiento subjetivo, mayor será la sensación de eficacia. A su vez, el aumento del sentimiento de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.
- **Influencias interpersonales:** Estas influencias son aspectos cognitivos relacionados con las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de personas significativas), apoyo social (estimulación instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje vicario mediante la observación de otras personas que practican una conducta determinada). Las principales fuentes de estas influencias interpersonales son las familias, los compañeros/amigos y los profesionales sanitarios.
- **Influencias situacionales:** Las influencias situacionales son percepciones y aspectos cognitivos personales ante una determinada situación o contexto y que pueden facilitar o dificultar un comportamiento. Incluyen percepciones de las opciones disponibles, características exigidas y rasgos estéticos del entorno en el cual se plantea realizar una conducta promotora de la salud determinada. Las influencias situacionales pueden condicionar la conducta de salud de forma directa o indirecta.
- **Antecedentes inmediatos de la conducta y de los resultados de la misma:** Los siguientes son los antecedentes inmediatos de la conducta

o los resultados de la misma. Una conducta se inicia mediante un compromiso para la acción salvo que exista una exigencia contraria que no se pueda evitar o una preferencia competidora que no sea posible resistir.

- **Compromiso con un plan de acción:** Este compromiso describe el concepto de intención e identificación de una estrategia planificada, que conduce a la aplicación de una conducta de salud.
- **Exigencias y preferencias que compiten de forma Inmediata:** Las exigencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos tienen un bajo control, por la existencia de contingencias ambientales, como las responsabilidades de trabajo o cuidado familiar. Las preferencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos ejercen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para un tentempié.
- **Conducta de promoción de la salud:** Una conducta de promoción de la salud es un resultado o consecuencia de una acción orientada a conseguir un efecto positivo sobre la salud, como un bienestar óptimo, la satisfacción personal o una vida productiva. Los ejemplos de conductas de promoción de la salud son la ingesta de una dieta saludable, la práctica regular de ejercicio, el control del estrés, el logro de un reposo y crecimiento espiritual adecuado, y la formación de relaciones positivas.

### **3.5.3.3 Relación de la Teoría con el Estudio de Caso.**

La teoría de la promoción de la salud de Nola Pender se relaciona con este trabajo investigativo en la motivación para una conducta saludable. Orientadas a mejorar la salud del paciente, valorando las conductas propias y heredadas del paciente y sus

hábitos de salud. Evaluando una serie de conceptos señalados por la autora, permitiendo restablecer nuevas conductas y hábitos saludables. Ayudando al bienestar del paciente y creando conciencia de modelos saludables de vida.

## **CAPÍTULO IV**

### **ESTUDIO DEL CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRADO V/V, SECUNDARIO A NEFROPATIA DIABÉTICA**

En este capítulo se describirá el caso clínico realizado a una paciente con Enfermedad Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus tipo II. Se presentará el título de la investigación, el resumen de caso evidenciando el transcurso de la Enfermedad Renal Crónica, los objetivos que fueron establecidos en este estudio para lograr las metas propuestas que son los planes de cuidados. La valoración objetiva del paciente se realizará a través de un examen cefalo caudal para determinar el funcionamiento de estos, la valoración subjetiva se encuentra sustentada en las teorías de Jean Watson, Dorothea Orem y Nola Pender obteniendo los patrones y las conductas afectadas, dando paso a la elaboración y ejecución de los planes de cuidados.

#### **4.1 Título**

Proceso Enfermero aplicado a femenina adulta con Enfermedad Renal Crónica secundario a Nefropatía Diabética en Tratamiento Hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” 2024.

#### **4.2 Resumen de caso**

Se trata de paciente femenina de 42 años de edad, venezolana, natural de Caracas, domiciliada en la avenida Bolívar edificio Río alto, Porlamar, municipio

Mariño, Estado Nueva Esparta. Quien refiere ser diagnosticada para el 2016 con Diabetes Mellitus tipo II. Tratada con insulina 70/30 usc.

Para el 2018 la paciente queda embarazada presentando niveles altos de presión arterial, siendo esta su primera gesta, llevando un embarazo controlado, desarrollando eclampsia en la última fase de su embarazo, Posterior al parto es evaluada y diagnosticada con una hipertensión arterial, tratada con nifedipina 30mg, clonidina 0,150mg, ibersartan 300mg.

Ingresa a la emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega el 06 de enero del 2024 presentando sangrado abundante a través de genitales externos, crisis hipertensiva, e hiperglicemia, Se le ordenan paraclínicos que arrojan resultados de creatinina 6,03mg/dl, glicemia 170mg/dl, urea 106mg/dl, sodio 130 mEq/L, potasio 5,3mEq/L, glóbulos rojos 2,11, hemoglobina 6,2g/dl, hematocritos 19%. Ordenando con urgencia revisión médica con el nefrólogo, quien decide su ingreso a la unidad de hemodiálisis Dr. Edgar Moglia para tratamiento de remplazo renal modalidad hemodiálisis bajo el diagnostico de Enfermedad Renal Crónica grado V/V secundario a Nefropatía Diabética.

Se inicia tratamiento conservador para tratar Enfermedad Renal Crónica, con cirugía vascular el día 12 de enero 2024, con la implantación de un catéter agudo bilumen en la vena yugular derecha. El cual tuvo una vida útil de 5 meses. Perdiendo dicho catéter el día 08/05/24 de forma accidental en su domicilio.

Para el día 09/05/24 ingresa quirófano bajo anestesia para la implantación de un nuevo catéter permacath bilumen ubicando en vena yugular derecha. Posterior a resultados de Rx se indica conectar a tratamiento hemodialítico.

En la actualidad recibe tratamiento hemodialítico interdiario tres (3) veces a la semana, con sesiones de 3 horas, los días lunes, miércoles y viernes. En un horario de 11 a 1 pm.

## 4.3 Objetivos

### 4.3.1 *Objetivo general*

Aplicar Proceso Enfermero a femenina con Enfermedad Renal Crónica secundario a Nefropatía Diabética con Tratamiento Hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” 2024, utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC y una triangulación entre las teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, la teoría de autocuidado de Dorothea Orem y el modelo para la promoción de la salud de Nola Prender.

### 4.3.2 *Objetivos específicos*

- Valorar al paciente de manera objetiva a través de un examen físico céfalocaudal, y de forma subjetiva tomando como referencia los diez (10) factores de cuidados de Jean Watson, los ocho (8) requisitos de autocuidado de Dorothea Orem y los conceptos del modelo de promoción de la salud de Nola Pender para la identificación de sus problemas.
- Enunciar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los factores de cuidados, requisitos del autocuidado y conceptos de promoción de la salud alterados, en conjunto con la taxonomía NANDA (2021-2023), que permitan la atención de la paciente mediante planes de cuidado.
- Identificar los resultados esperados de acuerdo con la clasificación de objetivos NOC (2018-2021), que permitan la evaluación de las intervenciones.
- Planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo a los factores de cuidados, los requisitos del autocuidado y los conceptos de la promoción de

la salud alterados, a través de la taxonomía NOC (2018-2021) para la atención de la paciente.

- Ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo a los factores de cuidados, los requisitos del autocuidado y los factores de la promoción de la salud alterados a través de la taxonomía NIC (2018-2021), para la atención del paciente.
- Evaluar la evolución del paciente mediante los criterios establecidos en las intervenciones de enfermería y el cumplimiento de los resultados esperados de la taxonomía NOC (2018\_2021), utilizando una escala Likert.

#### **4.4 Historia de Enfermería**

##### **4.4.1. Anamnesis**

###### ***Datos personales***

- Nombre: H.B
- Fecha de nacimiento: 05/11/1979
- Edad: 42 años.
- Sexo: Femenino.
- Estado civil: Casado.
- Dirección: Avenida Bolívar, edificio Rio alto, Porlamar, municipio Mariño, Estado Nueva Esparta.
- Nacionalidad: Venezolana.
- Ocupación: Asesor de viaje y gestora de visa. (desde casa)
- Grado de instrucción: Graduada en educación preescolar.
- Ocio: ver tv, películas.
- Pasatiempo: Leer.
- Religión: Cristiana

###### ***Antecedentes Personales***

- Diabetes Mellitus tipo II

- Hipertensión Arterial

***Antecedentes familiares***

- Madre viva, sufre de Hipertensión.
- Padre murió, padecía de Cáncer de estómago.
- Hermana aparentemente sana
- Esposo aparentemente sano.
- Hijo aparentemente sano

***Antecedentes quirúrgicos***

2024 Implantación de catéter agudo de hemodiálisis en vena yugular derecha.

2024 Implantación de catéter permacath de hemodiálisis en vena yugular derecha.

***Hábitos de Vida***

- Tipo de Alimentación: trata de cumplir una dieta adaptada a sus necesidades.
- Defecación: estreñimiento.
- Descanso: en la mañana
- Relajación y sueño: incomodidad al dormir, sueño nocturno alterado.

***Datos Psicosociales.***

- Nivel de Estrés: alto.
- Sufrimiento y confort: Un poco incómodo debido a la enfermedad y al catéter que utiliza para su tratamiento, siente comodidad respecto a los espacios del área de hemodiálisis.
- Nivel Comunicativo: comunicativa.
- Adaptación: no se adapta ni acepta su enfermedad.

***4.4.2 Valoración del paciente***

**4.4.2.1 Valoración Objetiva: Examen Físico Céfalo-Caudal.**

- ***Signos Vitales***

**Tensión Arterial:** 190/94mm/hg

**Frecuencia Cardíaca:** 130 ppm.

**Frecuencia Respiratoria:** 30 Rpm

**Temperatura:** 37,6 °C.

**Saturación de oxígeno:** 87%

➤ **Medidas antropométricas:**

**Talla:** 1,78 cm.

**Peso seco:** 79,200 kg.

**Peso húmedo:** 81,400 kg.

**Índice de Masa Corporal:** 24,99

➤ **Cabeza:** Normo cefálica, cuero cabelludo limpio, sin lesiones ni tumoraciones en la palpación, con cabello bien implantado, liso, corto, de color castaño claro. Pabellón auricular normo implantado, sin presencia de cerumen, orificios auditivo permeable. Cara limpia, con ligera palidez cutánea, sin lesiones ni tumoraciones. Ojos simétricos, color marrón oscuro, pupilas isocóricas reactivas ante reflejo de luz, mucosas húmedas en ambos ojos, presencia de ojeras. Cejas simétricas color negro, bien implantadas, sin cicatrices. Nariz simétrica, fosas nasales permeables, sin presencia de secreción ni pólipos. Boca con labios finos, de coloración rosada, presencia dentaria completa, sin presencia de caries.

➤ **Cuello:** Simétrico, sin tumoraciones ni ganglios linfáticos inflamados a la palpación.

➤ **Tronco:** catéter permacath tunelizado a la altura de yugular derecha, tórax simétrico, ruidos aéreos abolidos en ambos campos pulmonares, disnea, con frecuencia respiratoria de treinta (30) respiraciones por minuto, abolidos en ambas bases pulmonares, frecuencia cardíaca de 96 palpaciones por minuto. Abdomen blando, expansible, no doloroso a la palpación.

- **Extremidades:** Extremidades superiores asimétricas, uñas de ambas manos limpias, cortas y sin esmalte. Extremidades inferiores simétricas, sin lesiones, uñas de ambos pies cortas y limpias.

#### **4.4.2.2 Valoración subjetiva: 10 procesos de caridad de Jean Watson.**

**1- Cultivo de la práctica del amor-bondad y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás como base de la conciencia de la caridad.**

**Datos subjetivos:** paciente refiere “no se mucho sobre lo que tengo, ni que puedo o no hacer”

**Análisis:** este factor se encuentra alterado, el paciente no recibe las orientaciones y apoyo correspondiente para el manejo de su enfermedad.

**2- Estar presente de verdad: posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno.**

**Datos subjetivos:** “una enfermera me comparo con otra paciente, y cuando le pregunte quien era, me dijo, una que se murió”

**Análisis:** factor alterado, no está fortalecido el vínculo con el paciente para que sienta la empatía y el apoyo necesario para afrontar su enfermedad.

**3-Cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, superación del ego propio.**

**Datos subjetivos:** “hablo con Dios y le pido”

**Análisis:** factor no alterado, mantienen conexión espiritual en busca de su mejoría.

**4- Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza.**

**Datos subjetivos:** “solo conectan y hacen sus cosa”

**Análisis:** factor alterado, no existe a empatía y comunicación con el paciente

**5- Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos positivos y negativos.**

**Datos subjetivos:** “hay días de días y muy poco me hablan”

**Análisis:** este factor se encuentra alterado. El paciente no mucho expresa sus sentimientos, pero si hace saber sus necesidades, dudas, preocupaciones de manera espontánea.

**6- Uso creativo del yo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado; implicación en el arte de la enfermería de la caridad.**

**Datos subjetivos:** “estoy aprendiendo en el tema”

**Análisis:** no se encuentra alterado, el paciente está abierto aprender sobre sus Cuidados y se preocupa por seguir todas las indicaciones.

**7- Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro.**

**Datos subjetivos:** “aquí no me dicen mucho de mi enfermedad”

**Análisis:** afectado. No hay esa retroalimentación continua que ayude al paciente a entender los procesos y cuidados necesarios para desarrollar habilidades que permitan el mantenimiento de hábitos saludables.

**8- Creación de un entorno de curación a todos los niveles.**

**Datos subjetivos:** “no puedo dormir nada por las noches y el catéter me incomoda”

**Análisis:** factor alterado, la paciente siente incomodidad física por el catéter.

**9- Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado-curación con atención a las necesidades humanas básicas.**

**Datos subjetivos:** “ellas me atienden pero pocos me hablan”

**Análisis** factor alterado. Se brindan los cuidados humanos, pero hace falta la conexión de la parte psicológica y espiritual.

**10- Apertura y atención a los aspectos espirituales/misteriosos y a las dudas existenciales sobre la vida-muerte.**

**Datos subjetivos:** “yo hablo con Dios, y le pido su ayuda”

**Análisis:** no se encuentra alterado, el paciente confía en su sanación.

#### **4.4.2.3 Valoración subjetiva: Dorothea Orem.**

##### **1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

**Datos subjetivos:** “a veces me cuesta mucho respirar, siento que me ahogo”

**Análisis:** Este requisito no se cumple ya que al momento de que sus pulmones se llenan de líquido por la imposibilidad de la excreción renal no se lleva a cabo la ventilación ni la respiración adecuada

##### **2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

**Datos subjetivos:** “desde que me entere de la enfermedad todo lo que como es sano”

**Análisis:** este requisito se cumple, la paciente sigue una dieta balanceada adaptada a sus necesidades

##### **3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

**Datos subjetivos:** “me cuido porque sé que no debo tomar muchos líquidos”

**Análisis:** este requisito se cumple, la paciente mantiene el control de ingesta de líquidos

##### **4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.**

**Datos subjetivos:** “orino, no muchísimo pero si orino”

**Análisis:** este requisito no se cumple su sistema renal no cumple con la función excretora correctamente.

##### **5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.**

**Datos subjetivos:** “no puedo dormir nada por las noches, me siento incomoda”

**Análisis:** este requisito no se cumple, el paciente no cumple con la cantidad de horas ininterrumpida, necesarias para el descanso nocturno (6-8 horas)

##### **6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.**

**Datos subjetivos:** “no hablo mucho, ni tampoco me hablan mucho”

**Análisis:** este requisito no se cumple, la paciente le cuesta un poco la interacción con el personal de salud y los pacientes de la unidad, se aísla en el teléfono durante su turno de hemodiálisis.

**7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

**Datos subjetivos:** “tengo miedo”

**Análisis:** este requisito no se cumple, el paciente necesita cumplir con su tratamiento farmacológico y hemodialítico, para poder evitar correr riesgo y una amenaza de muerte.

**8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.**

**Datos subjetivos:** “trabajo desde casa”

**Análisis:** este requisito se cumple, la paciente desarrolla su talento humano sin que su enfermedad le represente ningún tipo de impedimento.

**4.4.2.4 Valoración subjetiva: Nola Pender.**

1. **Conducta relacionada previa:** La conducta relacionada previa alude a la frecuencia de comportamientos iguales o parecidos en el pasado. Esto tiene efectos directos e indirectos sobre la probabilidad de que el paciente adopte conductas que fomenten la salud.

**Datos subjetivo:** “desde que tengo diabetes cuido mi alimentación”

**Análisis:** esta característica no se encuentra afectada, el conocimiento de su enfermedad base, creo la conciencia de salud en la paciente.

2. **Factores personales:** Los factores personales se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictores de una conducta determinada y vienen modulados por la naturaleza del comportamiento diana que se esté planteando.

- **Factores biológicos personales:** Dentro de los factores biológicos personales se incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado puberal, la menopausia, la capacidad aeróbica, la potencia, la agilidad y el equilibrio.

**Datos objetivos:** “nadie de mi familia sufre de enfermedad renal”

**Análisis:** esta característica no se encuentra afectada, no posee familiares con la patología que puedan dar indicios a desarrollar la conducta de prevención.

-**Factores psicológicos personales:** Los factores psicológicos personales incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud.

**Datos subjetivos:** “nada de esto ha sido fácil para mi”

**Análisis:** esta característica esta afectada, paciente siente bajo autoestima provocada por su enfermedad.

- **Factores socioculturales personales:** Algunos factores socioculturales son la raza, la etnia, la aculturación, la educación y el estado socioeconómico.

**Datos subjetivo:** “yo trabajo desde casa”

**Análisis:** esta característica no se encuentra afectada, la paciente no presenta factores socioculturales que alteren su condición patológica.

3. **Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta:** Los siguientes son aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta a los que se atribuye una importancia mayor a nivel de la motivación; estas variables se pueden modificar mediante las acciones enfermeras.

**Datos subjetivos:** “no hablo mucho, ni tampoco me hablan mucho”

**Análisis:** esta característica esta afectada, la paciente trata de desconectarse de la realidad y reprime sus sentimientos.

4. **Beneficios percibidos de la acción:** Los beneficios percibidos de la acción son resultados positivos anticipados de una conducta de salud.

**Datos subjetivos:** “me gustaría aprender sobre mi enfermedad”

**Análisis:** esta característica no está afectada, la paciente está abierta a recibir orientaciones para mejorar su estilo de vida saludable.

5. **Barreras percibidas para la acción:** Las barreras percibidas para la acción son bloqueos anticipados, imaginados o reales, y los costes personales de asumir una conducta determinada.

**Datos subjetivos:** “tengo miedo de morir”

**Análisis:** característica afectada, la paciente tiene pensamientos negativos impulsado por su miedo a la muerte que no permiten una conducta de salud adecuada.

6. **Autoeficacia percibida:** La autoeficacia percibida es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta de promoción de la salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras percibidas para la acción, de forma que una eficacia más alta determina una menor percepción de las barreras para conseguir realizar la conducta.

**Datos subjetivos:** “me gustaría aprender sobre mi enfermedad. Me dicen pero no me explican que debo o no hacer”

**Análisis:** característica no afectada, más allá del miedo que pueda sentir a la muerte la paciente tiene disposición por aprender cómo llevar su enfermedad de la manera más adecuada.

7. **Afecto relacionado con la actividad:** El afecto relacionado con la actividad describe los sentimientos subjetivos positivos o negativos que se producen antes, durante o después de una conducta, y que se basan en las propiedades de estímulo de la conducta en sí misma. El afecto relacionado con la actividad influye sobre la autoeficacia percibida, lo que implica que, cuanto más positivo sea el sentimiento subjetivo, mayor será la sensación de eficacia. A su vez, el aumento del sentimiento de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

**Datos objetivos:** “tengo que cuidarme”

**Análisis:** característica no afectada, paciente tiene una actitud de interés por mejorar su salud.

8. **Influencias interpersonales:** Estas influencias son aspectos cognitivos relacionados con las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de personas significativas), apoyo

social (estimulación instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje vicario mediante la observación de otras personas que practican una conducta determinada). Las principales fuentes de estas influencias interpersonales son las familias, los compañeros/amigos y los profesionales sanitarios.

**Dato subjetivo:** “mi familia es sana”

**Análisis:** característica no afectada, por lo observado e indagado por el investigador en conversación con el familiar de la paciente, tratan de cuidar su salud para evitar más enfermedades.

**9. Influencias situacionales:** Las influencias situacionales son percepciones y aspectos cognitivos personales ante una determinada situación o contexto y que pueden facilitar o dificultar un comportamiento. Incluyen percepciones de las opciones disponibles, características exigidas y rasgos estéticos del entorno en el cual se plantea realizar una conducta promotora de la salud determinada. Las influencias situacionales pueden condicionar la conducta de salud de forma directa o indirecta.

**Datos subjetivo:** “una enfermera dijo que me parecía a una paciente, le pregunte quien era y me dijo, ya ella falleció”

**Análisis:** característica afectada, la paciente lidia con el miedo a la muerte y estas situaciones, pueden afectar su disposición a una conducta de promoción para la salud.

**10. Antecedentes inmediatos de la conducta y de los resultados de la misma:** Los siguientes son los antecedentes inmediatos de la conducta o los resultados de la misma. Una conducta se inicia mediante un compromiso para la acción salvo que exista una exigencia contraria que no se pueda evitar o una preferencia competidora que no sea posible resistir.

**Datos subjetivo:** “no sé lo que puedo, no hacer”

**Análisis:** característica no afectada, la paciente está interesada en conocer las acciones que pueda hacer para mejorar su salud.

**11. Compromiso con un plan de acción:** Este compromiso describe el concepto de intención e identificación de una estrategia planificada, que conduce a la aplicación de una conducta de salud.

**Datos subjetivo:** “me gustaría conocer más sobre mi enfermedad”

**Análisis:** característica no afectada, la paciente tiene ya iniciativa de aprender hábitos saludables y aplicarlos en pro de su salud y bienestar.

12. **Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata:** Las exigencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos tienen un bajo control, por la existencia de contingencias ambientales, como las responsabilidades de trabajo o cuidado familiar. Las preferencias competitivas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos ejercen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para un tentempié.

**Datos subjetivos:** “trabajo desde casa y con eso mantengo a mi hijo”

**Análisis:** característica no afectada, la paciente es capaz de tomar decisiones importantes, considerando siempre su salud.

13. **Conducta de promoción de la salud:** Una conducta de promoción de la salud es un resultado o consecuencia de una acción orientada a conseguir un efecto positivo sobre la salud, como un bienestar óptimo, la satisfacción personal o una vida productiva. Los ejemplos de conductas de promoción de la salud son la ingesta de una dieta saludable, la práctica regular de ejercicio, el control del estrés, el logro de un reposo y crecimiento espiritual adecuado, y la formación de relaciones positivas.

**Datos subjetivos:** “me gustaría aprender”

**Análisis:** característica no afectada, esta conducta favorece a la adquisición de conocimientos que le permitan a la paciente sobre llevar las dificultades de la enfermedad y conseguir su bienestar físico y emocional.

#### ***4.4.3 Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado***

Según Miñan (2024) Un cuadro analítico es un tipo de herramienta de visualización de datos que permite a los usuarios analizar y visualizar grandes cantidades de datos de manera interactiva. Se caracteriza por presentar información

en forma de cuadros, gráficos y tablas, lo que facilita la comprensión y el análisis de los datos.

Facilitando al investigador el orden de ideas y problemas identificados en a paciente objeto de estudio.

Por otra parte los planes de cuidado son definidos por Velázquez (2024) acciones y procedimientos emprendidos por profesionales de enfermería con el propósito de prevenir, tratar y fomentar la salud en individuos, familias o comunidades.

Permitiendo organizar un conjunto de intervenciones y estrategias según las necesidades y problemas que presento la paciente, para posteriormente evaluar la evolución y el alcance del mismo. A continuación se describen los cuadros analíticos y planes de cuidados realizados y aplicados a la paciente objeto de estudio de esa investigación:



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

**Cuadro 09**

*Cuadro analítico para Necesidad de eliminación: Facilitar la excreción de desechos y toxinas*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere “ <i>orino, no muchísimo pero si orino</i> ”	-Oliguria. 150ml en 24h  -Edema  -Ganancia interdialitica  2. 2 Litros	- Disminución de la micción  <div style="background-color: #a0c0ff; text-align: center; padding: 2px;"><b>Necesidades</b></div> - Eliminar y excreción	<b>Requisito 04: Necesidad de eliminación: Facilitar la excreción de desechos y toxinas. (Orem)</b>	<b>(00016) Deterioro de la eliminación urinaria</b>  Relaciona con disminución del filtrado glomerular  Manifestado por oliguria

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 10

*Plan de cuidado para Necesidad de eliminación: Facilitar la excreción de desechos y toxinas*

Diagnóstico Real: <b>00016 deterioro de la eliminación urinaria.</b> Relaciona con disminución del filtrado glomerular, manifestado por oliguria.								
Dominio:03	Eliminación e intercambio	Clase: 04	Función urinaria	Criterio de Evaluación				
Enunciado teórico	Criterios de Resultado (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	06. Grado de suficiencia en cantidad para corregir un estado deseado				
<b>Requisito de Necesidad de Eliminación: Facilitar la excreción de desechos y toxinas. (Orem)</b>	0601 Equilibrio Hídrico	-Determinar signos vitales y peso basal de la paciente -Determinar y registrar la función hemodinámica de la paciente -Utilizar técnicas estériles para lavar y cebar los tubos arteriales, los venosos y el hemofiltro con solución salina heparinizada. -Extraer todas las burbujas de aire del sistema de hemofiltración -Utilizar mascarillas, guantes y bata para evitar el contacto con la sangre	2110 Hemofiltración	1 I	2 LA	3 MA	4 SA	5 CA
				AI		DI		
	Indicadores			A	D			
	Dominio: 02 Salud Fisiológica		Clase: G Líquidos y electrolitos	Dominio: 02 Fisiológico: complejo	060101 Presión Arterial	1-I	3-MA	
				Clase: G Control de electrolitos y acido-básico	060112 Edema periférico	1-I	3-MA	
			060107 Entradas y salidas de líquidos equilibradas	1-I	4-SA			
			060120 Densidad específica Urinaria	3-MA	3-MA			
				I				

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



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

### Cuadro11

*Cuadro analítico para Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza/ Mantenimiento de un aporte de aire/ Barreras percibidas para la acción.*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere “a veces me cuesta mucho respirar, siento que me ahogo”	- Disnea -Ausencia de murmullo vesicular -Frecuencia Respiratoria 30rpm -sOx 87%	- Disnea	<b>Factor 04: Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza. (Watson)</b>	<b>(00030) Deterioro del intercambio gaseoso</b>  Relacionado con acumulación de agua en los espacios alveolares Manifestado por Disnea
		- Liquido en los pulmones	<b>Requisito 01: Mantenimiento de un aporte de aire (Orem)</b>	
			<b>Concepto 05. Barreras percibidas para la acción. (Pender)</b>	
		<b>Necesidades</b>		
		-Oxigenación		

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 12

*Plan de cuidado par Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza./Mantenimiento de un aporte de aire/ Barreras percibidas para la acción.*

Diagnóstico Real: <b>00030 Deterioro del intercambio gaseoso.</b> Relacionado con acumulación de agua en los espacios alveolares, manifestado por Disnea																																																
Dominio:03		Eliminación e intercambio		Clase: 04		Función respiratoria		Criterio de Evaluación																																								
Enunciado teórico		Criterios de Resultados(NOC)		Plan		Intervenciones (NIC)		06. Grado de suficiencia en cantidad para conseguir un estado deseado.																																								
<b>Factor 04: Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidados de ayuda-confianza.(Watson)</b> <b>Requisito 01: Mantenimiento de un aporte de aire (Orem)</b> <b>Concepto 05. Barreras percibidas para la acción. (Pender)</b>	0415 Estado Respiratorio		-Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. -Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humificado. -Controlar la eficiencia de la oxigenoterapia.		3320 Oxigenoterapia		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><b>1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>4</b></td> <td><b>5</b></td> </tr> <tr> <td><b>I</b></td> <td><b>LA</b></td> <td><b>M</b></td> <td><b>SA</b></td> <td><b>CA</b></td> </tr> <tr> <td><b>AI</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>DI</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Indicadores</b></td> <td><b>A</b></td> <td><b>D</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">060101 Presión arterial</td> <td><b>02-LA</b></td> <td><b>04-SA</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">060104 Presión pulmonar enclavada</td> <td><b>01-I</b></td> <td><b>3-MA</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">060105 Pulsos periféricos</td> <td><b>02-LA</b></td> <td><b>03-MA</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">060117 Humedad de membranas mucosas</td> <td><b>02-LA</b></td> <td><b>03-SA</b></td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>I</b>	<b>LA</b>	<b>M</b>	<b>SA</b>	<b>CA</b>	<b>AI</b>			<b>DI</b>		<b>Indicadores</b>			<b>A</b>	<b>D</b>	060101 Presión arterial			<b>02-LA</b>	<b>04-SA</b>	060104 Presión pulmonar enclavada			<b>01-I</b>	<b>3-MA</b>	060105 Pulsos periféricos			<b>02-LA</b>	<b>03-MA</b>	060117 Humedad de membranas mucosas			<b>02-LA</b>	<b>03-SA</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>																																											
	<b>I</b>	<b>LA</b>	<b>M</b>	<b>SA</b>	<b>CA</b>																																											
	<b>AI</b>			<b>DI</b>																																												
	<b>Indicadores</b>			<b>A</b>	<b>D</b>																																											
	060101 Presión arterial			<b>02-LA</b>	<b>04-SA</b>																																											
060104 Presión pulmonar enclavada			<b>01-I</b>	<b>3-MA</b>																																												
060105 Pulsos periféricos			<b>02-LA</b>	<b>03-MA</b>																																												
060117 Humedad de membranas mucosas			<b>02-LA</b>	<b>03-SA</b>																																												
<b>Dominio: 02</b> Salud Fisiológica		calectado y humificado.		<b>Dominio: 02</b> Fisiológico Complejo		060104 Presión pulmonar enclavada		<b>01-I</b>	<b>3-MA</b>																																							
<b>Clase: E</b> Cardio Pulmonar				<b>Clase: F</b> Control respiratorio		060105 Pulsos periféricos		<b>02-LA</b>	<b>03-MA</b>																																							
						060117 Humedad de membranas mucosas		<b>02-LA</b>	<b>03-SA</b>																																							

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



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

### Cuadro 13

*Cuadro analítico para factor Estar presente de verdad / Conducta de promoción de la salud*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere “ <i>aquí no me dicen mucho de mi enfermedad</i> ”	-déficit de conocimiento  -Interés por saber y conocer las medidas para conservar la salud.	-Desconocimiento de hábitos saludables adaptados a su patología	<b>Factor 02: Estar presente de verdad: posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno. (Watson)</b>	<b>(00262) Disposición para mejorar la alfabetización en la salud</b>  Relacionado por interés de adquirir conocimientos sobre la patología
		<b>Necesidades</b>		
		-Conocimiento		

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 14

*Plan de cuidado para Estar presente de verdad / Conducta de promoción para la salud*

Diagnóstico de bienestar: <b>00262 Disposición para mejorar la alfabetización en la salud.</b> Relacionado por interés de adquirir conocimientos sobre la patología						
Dominio:01	promoción para la salud	Clase: 01	conciencia de la salud			
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación		
<b>Factor 02: Estar presente de verdad: posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno. (Watson)</b>	1602. Conducta de fomento de la salud	-Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables  -Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos y familia	5510 Educación para la salud	<b>13 frecuencia aclarar por informe o conducta</b>		
				<b>1</b> ND	<b>2</b> RD	<b>3</b> AD
	<b>Dominio:04</b> Conocimiento y Conducta de salud	<b>Clase: Q</b> Conducta de salud	-Priorizar las necesidades de aprendizaje en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera y recursos	<b>Dominio: 03</b> Conductual	<b>Indicadores</b>	
					<b>AI</b>	<b>DI</b>
<b>Concepto 13: Conducta de promoción para la salud (Pender)</b>	<b>Clase: Q</b> Conducta de salud	-Priorizar las necesidades de aprendizaje en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera y recursos	<b>Clase: S</b> Educación para los pacientes	160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos.	<b>1-ND</b>	<b>5-SD</b>
				169224 Obtiene controles regulares	<b>1-ND</b>	<b>4-FD</b>
				160215 Utiliza método eficaz de control de peso	<b>2-RD</b>	<b>3-AD</b>

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



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

### Cuadro 15

*Cuadro analítico para Creación de un entorno de curación a todos los niveles/ mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y de canso/  
 Influencias situacionales*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere “no puedo dormir nada por las noches y el catéter me incomoda”	-Alta irritabilidad -Ojeras -Duerme en el día y no duerme de noche	-Alteración del patrón del sueño	<b>Factor 08: Creación de un entorno de curación a todos los niveles (Watson)</b>	<b>(00198) Trastorno del patrón de sueño</b> Relacionado con incomodidad por el catéter. Manifestado por, ojeras, irritabilidad, verbalmente “no pudo dormir por las noches”
		<b>Necesidades</b>	<b>Requisito 05: Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso (Orem)</b>	
		-Sueño y descanso	<b>Concepto 09: Influencias situacionales (Pender)</b>	

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 16

*Plan de cuidado para Creación de un entorno de curación/ Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso/ Influencias situacionales*

Diagnóstico Real: <b>00198 Trastorno del patrón de sueño.</b> Relacionado con incomodidad por el catéter, manifestado por, ojeras, irritabilidad, verbalmente "no pudo dormir por las noches"											
Dominio:04		Actividad y descanso		Clase: 01		Dormir y descansar					
Enunciado teórico		Criterios de Resultados (NOC)		Plan		Intervenciones (NIC)		Criterio de Evaluación			
<b>Factor 08: Creación de un entorno de curación a todos los niveles (Watson)</b> <b>Requisito 05: Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso (Orem)</b> <b>Concepto 09: Influencias situacionales (Pender)</b>		004 Sueño		-Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad -transmitir al paciente garantía de su seguridad personal -sentarse y hablar con el paciente -instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad		5880 Técnica de relajación 6040 Terapia de relajación		<b>17. Grado de proximidad a un estado deseado</b>			
								<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		<b>E</b>	<b>J</b>			<b>B</b>	<b>MB</b>	<b>E</b>			
		<b>AI</b>				<b>DI</b>					
		<b>Dominio: 01</b> Salud Funcional		<b>Dominio: 03</b> Conductual		<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>		
						<b>Clase: A</b> Mantenimiento de la energía		000401 Horas de sueño		<b>1-E</b>	<b>3-B</b>
								000407 Hábitos de sueño		<b>1- E</b>	<b>3-B</b>
				<b>Clase: T</b> Fomento de la comodidad psicológica		000420 Temperatura de la habitación confortable		<b>1-E</b>	<b>5-E</b>		

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



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

### Cuadro 17

*Cuadro analítico para Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje auténtica / Conducta de promoción de la salud*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere “aquí no me dicen mucho de mi enfermedad”	-Desconoce de hábitos saludables acordes a su patología - interés sobre la patología, tiramiento y pronostico	- Desconocimiento	<b>Factor 07: Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro (Watson)</b>	<b>(00161) Disposición para mejorar los conocimientos</b> Relacionado con desconocimiento sobre su patología
		<b>Necesidades</b>	<b>Concepto 13: Conducta de promoción de la salud (Pender)</b>	
		-Orientación -conocimiento		

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 18

*Plan de cuidado para Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje/ Conducta de promoción de la salud*

Diagnóstico de bienestar: 00161 Disposición para mejorar los conocimientos. Relacionado con desconocimiento sobre su patología							
Dominio:05	Percepción y cognición	Clase: 02	Orientación				
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación			
<b>Factor 07: Implicación en una experiencia de enseñanza aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro (Watson)</b> <b>Concepto 13:Conducta de promoción de la salud (Pender)</b>	1820 Conocimiento: control de la Diabetes 1857 Conocimiento: manejo de la Enfermedad Renal	-Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo -Disponer un ambiente que introduzca el aprendizaje	5520 Facilitar el Aprendizaje	<b>20. Grado de información cognitiva</b>			
				<b>1</b> NC	<b>2</b> CE	<b>3</b> CM	<b>4</b> CS
				<b>AI</b>		<b>DI</b>	
				<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>
	<b>Dominio: 04</b> Conocimiento y conducta de salud		-Diferenciar el contenido crítico del contenido deseable	<b>Dominio: 03</b> Conductual	182002 Papel de la dieta en el control de la glucemia	<b>2</b> CE	<b>4</b> CS
<b>Clase: S</b> Gestión de salud		-Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida y rutina del paciente	<b>Clase: P</b> Terapia cognitiva	185703 Curso habitual del proceso de la enfermedad	<b>2</b> CE	<b>3</b> CM	
				185707 Estrategias para prevenir complicaciones	<b>2-CE</b>	<b>4_CS</b>	

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



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

### Cuadro 19

*Cuadro analítico para Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos / mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad/ Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere “ <i>tengo días de días, y muy poco me hablan</i> ”	- Apatía -Poca comunicación	-Disminución de la comunicación verbal	<b>Factor 05: Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos positivos y negativos. (Watson)</b>	<b>(00157) Preparación para mejorar la comunicación</b>
		-Disminución de la manifestación de las emociones		
		<b>Necesidades</b>	<b>Requisito 06: Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad (Orem)</b>	
		-Desarrollar relaciones empáticas interpersonales -canalizar las emociones como método terapéutico para el control de pensamientos perturbadores	<b>Concepto12: Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata (Pender)</b>	Manifestado por poca comunicación verbal, desanimo

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 20

*Plan de cuidado para Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos / Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad/ Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata*

Diagnóstico Real: <b>00157 Preparación para mejorar la comunicación.</b> Relacionado con estimulación inadecuada, baja autoestima , manifestado por poca comunicación verbal, desanimo																														
Dominio:05		Percepción / Cognición		Clase: 05		Comunicación																								
Enunciado teórico		Criterios de Resultados (NOC)		Plan		Intervenciones (NIC)		Criterio de Evaluación																						
<b>Factor 05: Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos positivos y negativos. (Watson)</b> <b>Requisito 06: Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad (Orem)</b> <b>Concepto12: Exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata (Pender)</b>		1503 Implicación social		-Identificar la propia actitud con respecto al paciente y la situación. -Abordar los sentimientos personales evocados por el paciente que pueden interferir en la efectividad de las interacciones terapéuticas -Comentar la confiabilidad de la información compartida -Estar atenta a los mensajes no verbales del paciente		5000 Elaboración de relaciones complejas		<b>11.Frecuencia aclarar por informe o conducta</b>																						
		<b>Dominio: 03</b> Salud psicosocial				<b>Dominio: 03</b> Conductual		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><b>1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>4</b></td> <td><b>5</b></td> </tr> <tr> <td>ND</td> <td>RD</td> <td>AD</td> <td>FD</td> <td>SD</td> </tr> <tr> <td>AI</td> <td></td> <td>DI</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Indicadores</b></td> <td><b>A</b></td> <td><b>D</b></td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	ND	RD	AD	FD	SD	AI		DI			<b>Indicadores</b>				<b>A</b>	<b>D</b>
								<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>																		
		ND	RD			AD	FD	SD																						
AI		DI																												
<b>Indicadores</b>				<b>A</b>	<b>D</b>																									
150302 Interacción con vecinos		<b>1</b>	<b>4</b>																											
150311 Participación en actividades de ocio		<b>2</b>	<b>4</b>																											
<b>Clase: P</b> Internación psicosocial																														

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



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

### Cuadro 21

*Cuadro analítico para Factores personales*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere “ <i>nada de esto ha sido fácil para mi</i> ”	-Deterioro del funcionamiento social	-insatisfacción con los compromisos sociales	<b>Concepto 02: Factores personales /Factores psicológicos personales (Pender)</b>	<b>(00052) Deterioro de la interacción social</b>  Relacionado con alteración del auto concepto  Manifestado por discomfort en situaciones sociales
		<div style="background-color: #a0c0ff; text-align: center; padding: 2px;"><b>Necesidades</b></div> - Satisfacer compromiso social		

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 22

*Plan de cuidado para Factores personales*

Diagnóstico Real: 00052 Deterioro de la interacción social. Relacionado con alteración del auto concepto, manifestado por discomfort en situaciones sociales						
Dominio:07	Rol relaciones	Clase: 07	Desempeño del rol			
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación		
<b>Concepto 02: Factores personales /Factores psicológicos personales (Pender)</b>	15501 desempeño del rol	-Establecer una buena relación con empatía, cordialidad, espontaneidad, organización, paciencia y persistencia -Determinar las necesidades de aprendizaje de habilidades para la vida diaria del paciente -Potenciar la motivación mediante el establecimiento de metas asequibles progresivas	5326 potenciación de las aptitudes para la vida diaria	<b>06 Grado de suficiencia en cantidad para conseguir un estado deseado</b>		
				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
				<b>I</b>	<b>L</b>	<b>M</b>
				<b>AI</b>		<b>DI</b>
	<b>Dominio: 03</b> Salud psicosocial		<b>Dominio: 03</b> Conductual	150107 Descripción de los cambios de rol con la enfermedad		<b>1</b> <b>I</b>
	<b>Clase: P</b> Interacción social		<b>Clase: R</b> Ayuda para el afrontamiento	150104 Desempeño de las conductas de rol laboral		<b>3</b> <b>M</b>
						<b>5</b> <b>C</b>

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



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

### Cuadro 23

*Cuadro analítico para Cultivo de la práctica del amor-bondad / Influencias situacionales*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Paciente refiere <i>“una enfermera dijo que me parecía a una paciente, le pregunte quien era y me dijo, ya ella falleció”</i>	-no hay una relación enfermero paciente eficaz que brinde apoyo y confianza	Apoyo emocional	<b>Factor 01. Cultivo de la práctica del amor-bondad y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás como base de la conciencia de la caridad.(Watson)</b>	<b>(00223) Relación ineficaz</b> Relacionado con falta de relación enfermero paciente  Manifestado por comunicación insatisfactoria
		<b>Necesidades</b>	<b>Concepto 09. Influencias situacionales (Orem)</b>	
		Empatía con la paciente		

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 24

*Plan de cuidado para Cultivo de la práctica del amor-bondad / Influencias situacionales*

Diagnóstico Real: <b>00223 Relación ineficaz</b> . Relacionado con falta de relación enfermero paciente, manifestado por comunicación insatisfactoria							
Dominio:07	Rol/ relaciones	Clase: 03	Desempeño de rol				
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación			
<b>Factor 01. Cultivo de la práctica del amor-bondad y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás como base de la conciencia de la caridad.</b>	1502 Habilidades de interacción social	-Reconocer la iniciativa a la hora de afrontar la situación presente -Ayudar al paciente a darse cuenta de sus puntos fuertes, potencial y capacidades personales	4364 Elogios	<b>13. Frecuencia aclarar por informe o conducta</b>			
				1 ND	2 SD	3 AD	4 FD
	<b>Dominio: 03</b> Salud psicosocial	-Demostrar que se valora al individuo -proporcionar retroalimentación positiva para alentar y apoyar nueva conducta	<b>Dominio: 03</b> Conductual	<b>Indicadores</b>		A	D
				150201 Divulgación si es apropiado	1 ND	4 FD	
<b>Concepto 09.</b> Influencias situacionales	<b>Clase: P</b> Implicación social		<b>Clase: O</b> Terapia conductual	150203 Cooperación con los demás	1 ND	3 AD	
				150209 Mostrar calidez	1 ND	3 AD	

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



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

### Cuadro 25

*Cuadro analítico para Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta*

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
<i>Paciente refiere “no hablo mucho, ni tampoco me hablan mucho”</i>	- Poca comunicación con el personal sanitario y compañeros	-Aislamiento social	<b>Concepto 03. Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta</b>	<b>(00051) Deterioro de la comunicación verbal</b>  Relacionado con dificultad para mantener la comunicación  Manifestado por poca comunicación con el personal, aislamiento social
		<b>Necesidades</b>  - fortalecer la comunicación		

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 26

*Plan de cuidado para Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta*

Diagnóstico Real: <b>00051 Deterioro de la comunicación verbal.</b> Relacionado con dificultad para mantener la comunicación, manifestado por poca comunicación con el personal, aislamiento social							
<b>Dominio:05</b>	<b>Percepción/ cognición</b>	<b>Clase: 05</b>	<b>Comunicación</b>				
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de Resultados (NOC)</b>	<b>Plan</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>			
<b>Concepto 03. Aspectos cognitivos y afectos específicos de conducta</b>	1502 Habilidades de interacción social	-Abordar sentimientos personales abocados por el paciente que puedan interferir en la efectividad terapéutica. -proporcionar unas condiciones físicas cómodas antes la interacción	5000 Elaboración de relaciones complejas	<b>13.frecuencia aclarar por informe o conducta</b>			
				<b>1 ND</b>	<b>2 RD</b>	<b>3 AD</b>	<b>4 FD</b>
				<b>AI</b>		<b>DI</b>	
				<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>
	<b>Dominio: 03</b> Salud psicosocial	-crear un clima cálido y de aceptación -mantener un postura corporal abierta	<b>Dominio: 03</b> Conductual	150212 Relación con los demás	<b>1 ND</b>	<b>4 FD</b>	
	<b>Clase: P</b> Interacción social		<b>Clase: Q</b> Potenciación de la comunicación				

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



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

**Cuadro 27**

*Cuadro analítico para Administración de los actos sagrados en enfermería/ La prevención de peligros para la vida*

Datos Objetivos	Problemas	Factor Alterado / Requisito Afectado/ Concepto Incumplido	Diagnóstico NANDA
Minimizar el mayor de los riesgos de complicaciones para el paciente	Riesgo a una infección de catéter	<b>Factor 09: Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado-curación con atención a las necesidades humanas básicas.(Watson)</b>	<b>(00004) Riesgo de infección</b>  Relacionado con agente extraño(catéter) y el no cumplimiento correcto de las técnicas y antisepsia
	<b>Necesidades</b>	<b>Requisito 07: La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</b>	
	Seguridad		

Fuente: Historia clínica, Examen Físico, Entrevista a la paciente (2024), Taxonomía NANDA (2021-2023)



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

### Cuadro 28

*Plan de cuidado para Administración de los actos sagrados en enfermería/ La prevención de peligros para la vida*

Diagnóstico Riesgo: <b>00004 Riesgo de infección.</b> Relacionado con agente extraño(catéter) y el no cumplimiento correcto de las técnicas y antisepsia							
Domino:11	Seguridad/ Protección	Clase: 1	Infección		Criterio de Evaluación		
Enunciado teórico	Criterios de Resultados (NOC)	Plan	Intervenciones (NIC)				
<b>Factor 09:</b> Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado-curación con atención a las necesidades humanas básicas.(Watson)  <b>Requisito 07:</b> La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	0702 Estado Inmune	-inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema o inflamación -observar las características del cualquier drenaje -limpiar la zona con una solución antiséptica desde la zona limpia hacia menos limpia, utilizar bastecillos de algodón estériles para una limpieza eficaz, limpiar la zona que rodea el catéter -cambiar apósitos -instruir al paciente sobre los cuidados del acceso catéter	3440 cuidados del sitio de incisión	<b>14.Grado de un estado o respuesta negativo o adverso</b>			
	<b>Domino:</b> 02 Salud fisiológica		<b>Domino:</b> 02 Fisiológico complejo	AI	DI		
	<b>Clase:</b> H Respuesta inmune		<b>Clase:</b> L Control de la piel/ heridas	<b>Indicadores</b>		<b>A</b>	<b>D</b>
				070335 Colonización de acceso vascular		1 G	3 M
			070303 supuración fétida		5 N	5 N	

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

## **CAPÍTULO V**

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL PROCESO ENFERMERO EN LA UNIDAD BOLIVARIANA DE HEMODIÁLISIS DR. EDGAR MOGLIA**

En este capítulo se describe la experiencia profesional durante el proceso enfermero en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia del Hospital Luis Ortega, definiendo aspectos significativos como Proceso Enfermero, objetivos, principios, etapas y funciones realizadas para la atención del caso clínico; también se relatan los desafíos y perspectivas del profesional de enfermería la experiencia personal del investigar durante las prácticas profesionales utilizando una serie de técnicas y herramientas de investigación para obtener los datos presentados.

#### **5.1 Proceso Enfermero**

Morales (2018) define el Proceso Enfermero (PE) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Por su parte Mitjà (2023) señala que, el PE se caracteriza por:

- Tener validez universal.
- Utilizar una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Estar centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Estar orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Constar de cinco etapas cíclicas.

Con la finalidad de los siguientes objetivos:

- 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.

Mora (2019) describe que las acciones realizadas durante el Proceso Enfermero (PE) tienen como deber fundamental el compromiso moral de preservar la vida humana y se rige bajo los cuatros (4) principios básicos de la enfermería:

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

Por otra parte el Blog salusplay (2024) describe que el PE consta de cinco etapas que cuya finalidad es obtener unos resultados en salud tras aplicar los cuidados planificados para una respuesta humana alterada, en riesgo de alterarse o en disposición a mejorar. De manera introductoria y resumida, las etapas del PE son:

### ***5.1.2 Valoración***

La valoración, primera fase del proceso enfermero, consiste en la recogida, interpretación y organización de los datos sobre el paciente, familia y entorno. Proporciona datos que constituyen la base para las decisiones y actuaciones enfermeras posteriores.

### ***5.1.3 Diagnóstico***

Es una conclusión a la que se llega mediante el pensamiento crítico, tras el análisis de los datos recogidos acerca de la situación de salud de un individuo, familia o comunidad. La NANDA (2021-2023), lo define como “un juicio clínico acerca de las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base de la selección de intervenciones enfermeras para alcanzar los resultados de los que la enfermera es responsable”.

En esta etapa se vuelven a analizar los datos, reuniendo la información para llegar a conclusiones específicas. Se distinguen en este proceso dos fases, el análisis de los datos y la elaboración de inferencias e hipótesis; y la formulación de los problemas detectados (problemas interdependientes o de colaboración y diagnósticos enfermeros). Para la formulación correcta del diagnóstico es necesario que la valoración sea exacta y completa, además va a determinar los objetivos y actividades, pudiéndose afirmar que el diagnóstico está íntimamente relacionado con todas las etapas del proceso enfermero, formando un todo estructurado y dinámico.

La Taxonomía de la NANDA (2021-2023) nos proporciona una clasificación de diagnósticos que sirve de guía, para la denominación común entre los miembros de la disciplina, de las conclusiones a las que llegan las enfermeras en las intervenciones profesionales. Vincula los diagnósticos con las actuaciones y los resultados, intentando que el término diagnóstico debe utilizarse solamente para los problemas en los que las enfermeras tienen la responsabilidad de prescribir y llevar a cabo el tratamiento y cuidados al individuo. En el momento que hubiera que compartir la responsabilidad, se hablaría de problema o diagnóstico interdependiente, llamado por Luis Fernández y Navarro, problemas de colaboración.

### ***5.1.4 Identificación***

La identificación en el proceso enfermero se refiere a la recogida de datos relevantes para la persona, con el objetivo de formular diagnósticos enfermeros o identificar problemas de colaboración.

### ***5.1.5 Planificación***

Durante esta etapa se anota un plan de cuidados individualizado, consensuado con el individuo y dirigido al logro de objetivos. Como proceso dinámico, la planificación puede sufrir cambios, debidos a la evolución de la persona a la que se prestan cuidados. Implica una serie de etapas o pasos en la que podemos diseccionarla:

- Fijación de prioridades: identificamos la importancia de los distintos problemas y realizamos una gradación de importancia de cada uno según unos criterios, con la ayuda de los diagnósticos.
- Establecimiento de resultados esperados, con la utilización y guía que nos proporciona el NOC (2018-2021). Formulamos objetivos esperados a conseguir tras las intervenciones enfermeras y en qué tiempo lo queremos lograr. Estos además, nos ayudarán a medir y evaluar continuamente el proceso y verificar cómo está evolucionando el paciente.
- Determinación de las intervenciones enfermeras: aquí planificamos las intervenciones más adecuadas para lograr los objetivos fijados, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
- Documentación del plan de cuidados: el registro por escrito del plan nos facilitará la comunicación entre profesionales, dirige nuestros cuidados y la anotación de estos, proporciona un registro y una base de datos.

### ***5.1.6 Ejecución***

Durante esta fase se llevan a cabo las intervenciones planificadas para lograr los objetivos propuestos, realizándolos cuidados específicos y promoviendo en el individuo los autocuidados. Para la realización del plan de cuidados es necesario realizar una preparación en la que determinemos si las intervenciones y actividades propuestas aún son apropiadas en la situación actual de la persona, reunir y organizar los recursos necesarios y preparar el entorno para realizar las actividades; realizar las intervenciones y por último registrar la actuación y sus resultados.

### ***5.1.7 Evaluación***

La evaluación constituye una actividad básicamente valorativa e investigadora, que intenta comprobar si se han alcanzado y en qué grado, los objetivos previamente establecidos. Realizaríamos durante el proceso tres evaluaciones, no excluyentes entre sí:

- Evaluación inicial o valoración: en la que se pone de manifiesto la situación de partida de la persona.
- Evaluación procesal o continua: en la que hacemos un control constante de las intervenciones puestas en marcha, para verificar la efectividad de estas y retomar o cambiar en caso necesario.
- Evaluación final: en la que volvemos a retomar todo lo anterior para poner de manifiesto la efectividad o no del plan llevado a la práctica.

En las prácticas profesionales de Enfermería realizada durante el Cursos Especiales de Grado, mención Nefrología, llevada a cabo en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, se ejecutó el PE aplicado a una paciente adulta con Enfermedad Renal Crónica Grado V/V secundario a Nefropatía Diabética, realizando acciones de cuidado, promoción para la salud, empatía con el paciente, con el fin de

lograr un estado de bienestar en el paciente. Se utilizó un diagrama de Gantt donde se expresa las actividades realizadas (ver cuadro 29)

### Cuadro 29

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

Funciones	Semana	Abri 1		Mayo				Junio				J ulio	
										0 1	1 1	1 2	
1	Asistencial												
2	Docente												
3	Administrativa												
4	Investigativa												

### 5.2 Funciones Asistenciales en Hemodiálisis para Atención de Caso Clínico

Según lo descrito por la biblioteca virtual Infomet (2018) señala que el personal de Enfermería realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas mediante una firme actitud humanística, ética, de responsabilidad legal y con conocimientos en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno. Está entrenado en las técnicas específicas del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería, acorde al desarrollo científico y tecnológico de las ciencias. Estas funciones asistenciales que se realizan para la atención de los pacientes en hemodiálisis son:

- Preparar el material de diálisis necesario que se utilizará con cada paciente (paños estériles, jeringuilla y agujas para analítica, agujas fístula).
- Pesar al paciente antes de iniciar la sesión y anotarlo.
- Recibir al paciente asegurándose que esté cómodo y comprobar que la máquina está lista para utilizarse.
- Verificar que el paciente está en condiciones óptimas para iniciar la sesión. Si hay alguna anomalía o incidencia, deberá anotarla y comunicarla al médico.
- Comprobar signos vitales del paciente.
- Pesar al paciente después de cada sesión y anotarlo.
- Realizar test de presencia de ácido peracético antes de conectar al paciente.
- Medir presión arterial cada 30 minutos y anotarlo.
- Anotar ingesta y diuresis realizados durante la sesión.
- conectar y desconectar al paciente a la fístula o catéter.
- Desmontaje y desinfección de los monitores de diálisis una vez terminada la sesión y de todo el material utilizado en la misma.
- Retirar, preparar y empaquetar el material que vaya a ser esterilizado posteriormente.
- Limpieza y desinfección
- Preparar el material necesario para el siguiente paciente.
- También participará en la creación de un clima agradable para la persona dializada y tendrá un trato humano con ésta.

Durante la práctica profesional realizada en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, en el desarrollo del Curso Especial de Grado, fueron realizadas una serie de tareas y actividades asistenciales de con el objetivo de atender las necesidades de los pacientes y ofreciendo cuidados y bienestar necesarios durante su tratamiento hemolítico estas actividades fueron:

- Realizar la desinfección externa del dispositivo extracorpóreo (monitor de diálisis) utilizado para hemodiálisis.

- Iniciar la desinfección interna del dispositivo extracorpóreo (monitor de diálisis) utilizado para hemodiálisis.
- Verificar la presencia de los insumos para hemodiálisis (kit para pacientes, sistema extracorpóreo, y medicación), de no estar completo, informar al depositario.
- Vestimenta de la máquina de hemodiálisis: colocación de componentes y cebado de sistema extracorpóreo.
- Recepción del paciente.
- Cuantificar y registrar signos vitales, cada hora durante la sesión, a través de dispositivos electrónicos (tensiómetro digital, monitor de diálisis).
- Configuración de los parámetros del monitor de diálisis (peso, talla, sexo, KT/V, tiempo y tasa de Ultrafiltración).
- Efectuar la asepsia del catéter, para posteriormente dar comienzo a la conexión e inicio de la hemodiálisis.
- Cuidados del acceso vascular.
- Vigilancia de signos vitales y síntomas.
- Supervisión del paciente durante el tratamiento dialítico.
- Cumplir tratamiento médico indicado mediante las diferentes vías de administración.
- 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.

### **5.3 Funciones Docentes para Atención de Caso Clínico**

El personal de enfermería en su formación integral cumple con el rol de docencia tanto para los pacientes, familiares, comunidad, personal de salud y para los estudiantes de las disciplinas relacionadas con el área de la salud, ejerciendo este rol

de manera natural y continúa proporcionando conocimientos que incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas.

Arco (2018) define la función docente del profesional de enfermería se refiere principalmente a las actividades de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos profesionales, capaces de generar cambios integrales a la sociedad y al ámbito sanitario. Para ejecutar la función, los profesionales de enfermería deben cumplir con requisitos académicos como habilidades propias de la docencia.

Consecuente a esto la biblioteca virtual Infomet (2018) define que sus funciones docentes son:

- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.

Entre las función docente realizadas durante las prácticas profesionales del Curso Especial de Grado, en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia,, enfocadas en la orientación y educación de los pacientes, familiares y personal de la unidad destacan:

- Interrogar a los pacientes, para conocer el nivel de información que manejan acerca de: Enfermedad Renal Crónica, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y los tipos de acceso vascular.
- Brindar información sobre la dieta adecuada según su patología, aclarando dudas y fomentando el cambio hacia una alimentación beneficiosa.

- Reforzar conocimientos acerca de las medidas de protección y los cuidados necesarios para el acceso vascular (catéter o fístula).
- Educar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la relación enfermera-paciente.

#### **5.4 Funciones Administrativas para Atención de Caso Clínico**

Los enfermeros realizan tareas administrativas y de atención al paciente y, por supuesto, existen enfermeros y enfermeras encargados de distribuir los turnos y optimizar el aprovechamiento de los recursos disponibles, con la capacidad de manejar datos numéricos y tomar decisiones en base a estos datos. Desarrollando un talento para diseñar, crear y aplicar procesos necesarios para el mantenimiento y administración de los recursos.

La biblioteca virtual Infomet (2018) describe que las funciones administrativas se basan en:

- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Vigilar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
- Vigilar por el cumplimiento de los principios éticos.
- Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
- Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.
- Participar en el pase de visita de enfermería.
- Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio

En las prácticas profesionales llevadas a cabo durante el Curso Especial de Grado en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia se realizaron

tareas administrativas, relacionadas con la planificación, organización y funcionamiento de actividades como:

- Registro y control de los signos vitales, control de peso seco y húmedo, ganancia interdialítica y medicamentos administrados de cada paciente.
- Verificar el funcionamiento correcto de las máquinas de diálisis en cada sesión dialítica.
- Mantener la unidad ordenada y limpia.
- Registrar los nombres de los pacientes atendidos por sesión en el libro correspondiente.
- Ordenar y verificar la existencia de las carpetas de diálisis de los pacientes de cada sesión.
- Mantener ordenadas las historias médicas según los turnos y horarios de tratamiento dialítico.

### **5.5 Funciones Investigativas para Atención de Caso Clínico**

Articles (2023) la enfermería es una figura consolidada y cada vez más importante en muchos equipos de investigación multiprofesionales, con roles y responsabilidades definidas. Una parte importante de este crecimiento es resultado del desarrollo de redes colaborativas y de la necesidad de dar cobertura a las distintas áreas del proceso de investigación.

La biblioteca virtual Infomet (2018) describe que las funciones de investigación en casos clínicos se centran en:

- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
- Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.

- Vigilar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
- Vigilar por el cumplimiento de los principios éticos.
- Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
- Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.
- Participar en el pase de visita de enfermería.
- Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio.

En la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia en el desarrollo de las prácticas profesionales del Curso Especial de Grado mención Nefrología, se llevó a cabo la función investigativa con el fin de recolectar datos e información que permitieron realizar de esta investigación y obtener resultados de manera satisfactoria, algunas de estas actividades fueron:

- Consultar material bibliográfico para la recolección de información que permitió describir y conocer sobre la historia, organigramas, visión, misión del Hospital Dr. Luis Ortega.
- Entrevistar al personal de salud de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia, para la recolección de datos que fueron utilizados en la Aproximación Diagnóstica realizada a la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.
- Consultar al personal de enfermería acerca de la historia y forma de trabajo de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.
- Solicitar información en la Coordinación de Enfermería de la unidad acerca de su visión, misión, objetivos, forma de trabajo y estructura organizativa.
- Entrevistar a la paciente seleccionada del Caso Clínico, para obtener datos e información presentados en esta investigación.
- Verificación de historia clínica para obtener información más detallada en cuanto a patología de la paciente, tratamiento y antecedentes.

## **5.6 Retos, desafíos y perspectivas del profesional de Enfermería en el contexto actual**

Pizarro (2023) explica que los desafíos que enfrenta la profesión de enfermería crean la necesidad de continuar el proceso educativo basado en la idoneidad, el conocimiento y la calidad, que permita a los profesionales posicionarse y recuperar la autonomía y el liderazgo en la disciplina asistencial, el profesional de enfermería se enfrenta, en conjunto, con el equipo de salud. Es importante destacar la necesidad de repensar la gestión primaria y hospitalaria desde la cooperación, integración y uso de herramientas que propicien a los pacientes y personas sanas una atención de calidad desde una visión humanista e integral.

En relación con lo anterior el Blog de la Universidad Privada del Norte (2016) señala que la medicina en los últimos años ha presentado grandes avances en materia tecnológica, pero muchos enfermeros no han ido a la par de estos cambios, generando brechas que son difíciles de suplir en un mercado tan competitivo, esto conlleva a que los profesionales afronten nuevos retos para satisfacer una demanda que cada día crece debido al aumento de la población en el mundo y los desafíos que deberá enfrentar después de la pandemia a causa del COVID 19.

Espinoza (2023) refiere que el sistema de salud evolucionó, sin embargo hay carencias que abren la necesidad de robustecer su fuerza laboral e invertir su formación profesional, para tener personal apto para hacer frente a los múltiples retos. La implementación de tecnologías de información y comunicación, la digitalización de los servicios, la generación de nuevas políticas, son solo algunos de los retos que la actualidad ha puesto en frente al sistema de salud.

En el mundo de la enfermería, cada día es una nueva aventura, llena de retos que hay que superar, y a medida que tienes más responsabilidades, estos desafíos se complican. Sin embargo los profesionales de enfermería cada día luchan y se reinventan para asegurar de que los pacientes reciban el mejor cuidado posible, convirtiéndose en un personal preparado para cualquier contratiempo. Los retos y

desafíos son mantenerse al día con las leyes, regulaciones, y constante formación para estar en vanguardia con las actualizaciones del sistema de salud en beneficio del equilibrio entre la calidad del cuidado y el presupuesto.

Con la fortaleza de un espíritu de bondad y amor dispuesto atender las necesidades de los pacientes. Trabajando duro a pesar de las dificultades para identificar áreas de mejora, implementar cambios basados en evidencia y medir el impacto de esos cambios para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad más altos y mejorar la atención que damos a nuestros pacientes.

En el caso venezolano uno de los mayores retos y desafíos que presenta el personal de enfermería, es la situación económica que atraviesa el país, pues deben hacer maravillas para poder trabajar con los insumos disponibles, para la atención del paciente y hacerlo con el mayor profesionalismo, humanidad y ética que exige la carrera. Su vocación es el motor fundamental para día a día ofrecer un servicio de calidad, que es de suma importancia a nivel clínico, ya que es personal de enfermería es quien vela por el bienestar y los cuidados necesarios para sobre guardar la vida del paciente. Y muchos de estos profesionales lidian con situaciones económicas difíciles, por el bajo sueldo que reciben, pues no alcanza para poder mantener el hogar, adquirir uniformes, pagar el pasaje diario a su trabajo, sin contar que estos deben buscar dos o tres empleos fuera de su profesión para poder sustentarse, y aun así muchos de los profesionales se van a sus trabajos sin el alimento diario necesario. Pero su humanidad y profesionalismo los lleva a dar lo mejor de sí para el bienestar de cada paciente, ofreciendo un servicio de calidad que salva vidas.

#### ***5.6.1 Opinión de un profesional de Enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia.***

Durante las Prácticas Profesionales de Enfermería como requisito del Curso Especial de Grado modalidad Nefrología en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis

Dr. “Edgar Moglia” se entrevistó a un profesional de enfermería quien nos comentó lo siguiente respecto al tema.

“Mi nombre es Carmen Escalona Martínez, de profesión Lcda. En Enfermería, tengo treinta y cuatro (34) años de servicio en la Unidad de Bolivariana de Hemodiálisis. Los retos durante este tiempo para mí han sido lograr que el paciente tenga una buena estabilidad, buena comunicación, que el paciente se sienta seguro y protegido con el personal de enfermería.

Entre el desafío que se presentó, fue cuando llegó la pandemia, nosotros nos preparamos y evitamos un alto de contaminación, de que los pacientes que llegaran acá tuvieran bien protegidos, cuidando las medidas de bioseguridad tanto para mí como para el paciente, evitando así la proliferación de virus.

Desde mi perspectiva me gustaría que esta unidad sea con mejor calidad, se arreglen las cosas aquí, haya buen funcionamiento de agua, material acorde para el depósito de basura, funcionamiento del quirófano y el acondicionamiento del área peritoneal, para que los paciente que lleguen se sientan bien, satisfechos y se puedan hacer su procedimientos sin ninguna dificultad.

Como sugerencia para la unidad es que se mantenga mejor, que arreglen la planta de tratamiento para que los pacientes se puedan dializar bien, que hayan especialistas en nutrición, psiquiatría, la incorporación de nuevo personal, y que el personal que ya está, motive y capacite a las enfermeras nuevas y estudiantes a estudiar y prepararse para que trabajen aquí con nosotros.

Como sugerencia para los estudiantes es que aprendan bastante, pregunten, se capaciten y que lean antes de venir para acá, y así conozcan en verdad que es la Unidad de Diálisis y que finalidad tiene”.

### ***5.6.2 Opinión del participante de los Cursos Especiales de Grado de Enfermería sobre la experiencia profesional***

Durante las prácticas profesionales en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia puedo describirlo un reto de superación personal, donde pude adquirir nuevos conocimientos, aprender nuevas técnicas y procedimientos por parte de los profesionales de salud que allí laboran, pero más allá de eso pude aprender sobre la acción que tiene la empatía, el estar y escuchar al paciente, como los vínculos de bondad pueden hacer de una lucha por la salud un momento de confort y tranquilidad, generando al paciente la fuerza para continuar con su tratamiento y en el personal que se está formando ese deseo insaciable de no desistir en su formación continua para ayudar y salvar vidas.

El desafío que afronté fue el de lograr que el personal profesional de enfermería de la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis, cumpliera con la labor docente en cuanto a explicar los procedimientos correspondientes a la conexión, desconexión, cambio de apósitos y manejo de la máquina de diálisis, a los estudiantes del Curso Especial de Grado, que desempeñó sus prácticas profesionales en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. “Edgar Moglia” algunos con mucha disposición me daban la oportunidad de aprender y la confianza de hacerlo por mí misma bajo su supervisión, pero otros solo me dejaban observar los procedimientos y no les gustaba que metieras las manos en su trabajo.

La fortaleza la pude encontrar en los pacientes que a pesar que saben que eres estudiantes ponen en ti la confianza de que realices los procedimientos y puedes ver en sus ojos una mirada de esperanza en la oportunidad de ser parte de la formación de nueva generación de profesionales de la salud.

Como sugerencia para el profesional de enfermería les dejo tener un poco más de disposición por formar a los futuros profesionales que desean aprender de sus conocimientos y años de experiencia, más allá de ocupar un espacio en la unidad solo desean aprender de ustedes y ayudarlos en su labor.

Como sugerencia para los futuros cursantes de Trabajo Especial de Grado en el área de Nefrología es buscar las maneras de aprovechar cada licenciado o licenciada que se dispone a enseñarlos, preguntar cualquier duda e interrogantes que tengas, agradecerles por permitir su formación como futuros profesionales.

## CONCLUSION

El proceso enfermero es una metodología sistemática que permite brindar una atención de calidad a los pacientes. Creando una relación terapéutica con el paciente y su entorno, facilitando la obtención y recopilación de información y datos relevantes. Para este proceso se plantean objetivos de cuidado, se implementan intervenciones específicas y se evalúa de manera continua el progreso del paciente.

Durante las prácticas profesionales de enfermería en la Unidad Bolivariana Dr. Edgar Moglia se aplicó el Proceso Enfermero a femenina adulta con Enfermedad Renal Crónica secundario a Nefropatía Diabética en Tratamiento en esta unidad de hemodiálisis durante el periodo del año 2024, utilizando la taxonomía NANDA (2021-2023), Intervenciones NIC (2018-2021), NOC (2018-2021) y una triangulación de la filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, la teoría de autocuidado de Dorothea Orem y el modelo para la promoción de la salud de Nola Pender.

Para llevar a cabo el Proceso Enfermero se valoró al paciente de manera objetiva a través de un examen físico céfalo-caudal y subjetivamente guiados por la teoría de Jean Watson, Dorothea Orem y Nola Pender detectando los problemas de cuidado transpersonal, auto cuidado y de promoción de salud en el paciente.

Permitiendo enunciar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los aspectos teóricos de Jean Watson, Dorothea Orem y Nola Pender, usando la taxonomía NANDA (2021-2023), para la formulación y elaboración de planes de cuidados. Analizando y comparando los datos objetivos y subjetivos identificados.

En secuencia de lo antes mencionado, se identificaron los resultados de la clasificación de objetivos NOC (2018-2021), que permitieron la planificación de las intervenciones de enfermería de acuerdo a las teorizantes, para la atención del paciente.

Dando paso a la ejecución de intervenciones de enfermería de acuerdo a los factores de cuidados, los requisitos de autocuidado y los conceptos de la promoción

de la salud incumplidos a través de la taxonomía NIC (2018-2021), tomando en cuenta las teorías metodológica y teórica, manteniendo el enfoque de la investigación.

Evaluando así los resultados de la evolución del paciente mediante los criterios establecidos en las intervenciones de enfermería y el cumplimiento de los resultados esperados de la taxonomía NOC (2018\_2021), utilizando los criterios de evaluación.

Compartiendo durante el desarrollo de esta investigación de manera práctica durante las pasantías en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia con un equipo de profesionales de enfermería capacitado para orientar, atender y ejecutar acciones propias de enfermería con el objetivo de brindar bienestar al paciente, unidos a ellos se pudo práctica los conocimientos y habilidades profesionales adquiridas para garantizar la calidad de cuidados al paciente, fortaleciendo no solo el conocimiento, sino, también la cooperación entre equipo, al igual que una relación enfermero- paciente llena de valores y cuidados, para lograr obtener un cambio de conducta en beneficio de un calidad de vida saludable.

## RECOMENDACIONES

Como recomendaciones para la paciente es continuar con el cumplimiento de las medidas terapéutica indicadas, seguir fortaleciendo una conducta de promoción para la salud y mantener la comunicación efectiva con el personal. Para así juntos seguir manteniendo una relación enfermero paciente basado en el amor y la bondad.

Para el familiar de la paciente seguir brindado el apoyo y esperanza que necesita la paciente para continuar en este proceso.

Al profesional de enfermería, tener un poco más de disposición por formar a los futuros profesionales que desean aprender de sus conocimientos y años de experiencia, más allá de ocupar un espacio en la unidad solo desean aprender de ustedes y ayudarlos en su labor.

Para los futuros cursantes de Trabajo Especial de Grado en el área de Nefrología es buscar las maneras de aprovechar cada licenciado o licenciada que se dispone a enseñarlos, preguntar cualquier duda e interrogantes que tengas, agradecerles por permitir su formación como futuros profesionales representando dignamente la generación de relevo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar, Orte y Otero (2008). Nefrología. Enfermedad Renal Crónica Avanzada. Nefrología, 28. <https://www.revistanefrologia.com/es-enfermedad-renal-ernica-avanzada--articulo-X0211699508032379>
- Martínez (2020). Multimed. Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales, 24. <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1929>
- Amigos Trasplantados de Venezuela ATV (2021). Situación del derecho a la salud de las personas con enfermedad renal crónica en Venezuela. [file:///C:/Users/pc/Documents/trabajo%20especial%20de%20grado/JS5\\_UPR40\\_VEN\\_S\\_Main.pdf](file:///C:/Users/pc/Documents/trabajo%20especial%20de%20grado/JS5_UPR40_VEN_S_Main.pdf)
- Pérez, Porto y Merino (2021) Reseña histórica - Qué es, definición y concepto. <https://definicion.de/resena-historica/#:~:text=Una%20rese%C3%B1a%20hist%C3%B3rica%2C%20en%20definitiva,con%20un%20formato%20descriptivo%2Dinformativo.>
- Sinek (2023). ¿Qué es un Propósito?. *Human Development Solution*. <https://humandevelopmentsolutions.com/que-es-un-proposito/>
- Moron (2023). Proceso Enfermero a Paciente masculino anciano septuagenario con Enfermedad Renal Crónica estadio V/V secundario a Nefroangioesclerosis en tratamiento hemodialítico en la Unidad Bolivariana de hemodiálisis Dr. Edgar Moglia [Trabajo Especial de Grado UDO]
- Editorial, Equipo (2019). "Filosofía Organizacional". *Significados.com*. <https://www.significados.com/filosofia-organizacional/>
- Rojas (2022). Proceso Enfermero aplicado a paciente femenino adulto con Enfermedad Renal Crónica secundario a Uropatía Obstructiva con diuresis conservada en tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de hemodiálisis "Dr Édgar Moglia". [Trabajo Especial de Grado UDO].
- Koontz, Weihrich & Cannice (2012). Administración. Una perspectiva global y empresarial.

[https://frh.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/22766/mod\\_resource/content/1/Administracion\\_una\\_perspectiva\\_global\\_y\\_empresarial\\_Koontz.pdf](https://frh.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/22766/mod_resource/content/1/Administracion_una_perspectiva_global_y_empresarial_Koontz.pdf)

Ordaz (2022). Proceso Enfermero aplicado a paciente masculino con Enfermedad Renal Crónica, secundario a Hipertensión Arterial, que acude a la Unidad de hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. [Trabajo Especial de Grado UDO].

Chiavenato (2017). Elementos de la Filosofía de Gestión que sustentan la competitividad en empresas del sector construcción. Revista de Ciencias Sociales (RCS). (5). <file:///C:/Users/pc/Downloads/Dialnet-ElementosDeLaFilosofiaDeGestionQueSustentanLaCompe-8471683.pdf>

Millán (2023). Proceso Enfermero aplicado a paciente adulto masculino con Enfermedad Renal Crónica por Hipoplasia Renal bilateral, con tratamiento dialítico en la Unidad Bolivariana de hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia”. [Trabajo Especial de Grado UDO].

Fleitman (2000) ¿Qué es la Visión?. *promonegocios*. [https://www.promonegocios.net/empresa/mision-vision-empresa.html#google\\_vignette](https://www.promonegocios.net/empresa/mision-vision-empresa.html#google_vignette)

Editorial Etecé (2021). Objetivos organizacionales. *Concepto*. (5) <https://concepto.de/objetivos-organizacionales/> .

Anes (2023) **Proceso Enfermero a paciente femenina con Enfermedad Renal Cronica secundaria a Nefropatía Diabética en Tratamiento Sustitutivo en la Unidad Bolivariana de hemodiálisis Dr. Edgar Moglia**. [Trabajo Especial de Grado UDO].

Editorial Equipo (2023). Ubicación geográfica. *Significados.com*. <https://www.significados.com/ubicacion-geografica/>

Amorós (2007). Estructura organizacional, qué es, cómo se diseña y su importancia. *Licenciatura en RR.HH. Universidad de Champagnat*. <https://www.gestiopolis.com/la-estructura->

organizacional/#:~:text=La%20estructura%20organizacional%20es%20el,A  
mor%C3%B3s%2C%202007

Arriaza (2023). La unidad del paciente. RCI revista sanitaria de investigación.  
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-unidad-del-paciente/>

Rojas (2023). Proceso Enfermero a paciente adulta con Enfermedad Renal Crónica por Uropatía Obstruictiva en hemodiálisis en la Unidad Bolivariana de hemodiálisis Dr. Edgar Moglia. [Trabajo Especial de Grado UDO].

Rinaudo (2017). La Aproximación Diagnóstica: Una Herramienta para el Acercamiento a las Comunidades y Producción de Conocimientos. (3).  
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18879>

Medina (2013). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. scielo. (1).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202015000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202015000100004&script=sci_arttext)

Trend y Jick (1979). Historia de los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto: raíces y momentos decisivos.  
[https://www.uv.mx/personal/vcarreon/files/2012/02/Historia\\_enfoques.pdf](https://www.uv.mx/personal/vcarreon/files/2012/02/Historia_enfoques.pdf)

Creswell (2014). Investigación-acción. Universidad de colima  
[.https://recursos.uco.mx/tesis/investigacion\\_accion.php](https://recursos.uco.mx/tesis/investigacion_accion.php)

Guevara (2020). La Investigación Descriptiva con Enfoque Cualitativo en Educación. Facultad de educación. <https://files.pucp.education/facultad/educacion/wp-content/uploads/2022/04/28145648/GUIA-INVESTIGACION-DESCRIPTIVA-20221.pdf>

Palella y Martins (2010). Diseño de la investigación.  
<http://aprendometodologia.blogspot.com/>

Sampieri, Collado y Baptista (2014). Honoris causa.(2).  
<https://revista.uny.edu.ve/ojs/index.php/honoris-causa/article/view/303/386>

Medina (2013). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. scielo. (1).

- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202015000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202015000100004&script=sci_arttext)
- Trend y Jick (1979). Historia de los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto: raíces y momentos decisivos. [https://www.uv.mx/personal/vcarreon/files/2012/02/Historia\\_enfoques.pdf](https://www.uv.mx/personal/vcarreon/files/2012/02/Historia_enfoques.pdf)
- Creswell (2014). Investigación-acción. Universidad de colima. [https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion\\_accion.php](https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion_accion.php)
- Guevara (2020). La Investigación Descriptiva con Enfoque Cualitativo en Educación. Facultad de educación. <https://files.pucp.education/facultad/educacion/wp-content/uploads/2022/04/28145648/GUIA-INVESTIGACION-DESCRIPTIVA-20221.pdf>
- Palella y Martins (2010). Diseño de la investigación. <http://aprendometodologia.blogspot.com/>
- Sampieri, Collado y Baptista (2014). Honoris causa.(2). <https://revista.uny.edu.ve/ojs/index.php/honoris-causa/article/view/303/386>
- Verd y Lozares (2016). observación participantes. UOC. [https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147145/5/MetodosDeInvestigacionCualitativaEnElAmbitoLaboral\\_Modulo2\\_LaObservaconParticipante.pdf](https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147145/5/MetodosDeInvestigacionCualitativaEnElAmbitoLaboral_Modulo2_LaObservaconParticipante.pdf)
- (Cortazzo y Trindade, 2014). Técnicas y estrategias de investigación cualitativa. Universidad de la plata. [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento\\_completo\\_\\_\\_pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento_completo___pdf?sequence=1)
- Martínez y Mendieta (2013-2015). Informantes o versionantes. <https://fredesvindamendez.blogspot.com/2018/04/informantes-o-versionantes.html>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 36.860
- Ley Orgánica de Salud [LOS]. (1998). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 36.579*. <https://www.espromedbio.gob.ve>

- Ley Sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos. (2012). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 4.497.
- Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. (2009). <https://licdojesusurbina.file.word.press.com>
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N.37.967. (2004). Normas que establecen los requisitos arquitectónicos y de funcionamiento para la creación de unidades de hemodiálisis, en establecimientos médico-asistenciales públicos y privados. <https://www.svnefrologia.com/sites/default/files/GACETOFICIALHEMODIALISIS.PDF>
- Sellares y Rodríguez (2023). Enfermedad Renal Crónica. España. [Hospital Universitario de Canarias]. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- Calzadilla (2022) Comportamiento De La Nefropatía Diabética En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez 2020- 2022.Cuba.[ Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín] <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2522>
- Acuña, López y Artola (2019) Nefropatía En Pacientes Con Diabetes Mellitus Que Son Atendidos En Medicina Interna Del Hospital Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” Del Departamento De Managua Durante Los Meses De Julio – Diciembre Del Año 2019.Nicaragua.[Universidad Nacional Autónoma Managua-Nicaragua]<https://repositorio.unan.edu.ni/14292/1/14292.pdf>
- Orlandoni y Cumares (2023). Enfermedad renal crónica en pacientes de la unidad de diálisis del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes 2022. [Universitario de Los Andes]. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/351/3514553003/html/>

- Gualdron (2016). Consulta de Enfermería: Inicio Programado para Pacientes con Enfermedad Renal.[Universidad Central de Venezuela]  
<http://saber.ucv.ve/handle/10872/19553>
- Muñoz (2010).Información que ofrece la enfermera (o) a los usuarios con insuficiencia renal crónica acerca de su autocuidado en la Unidad de Diálisis del Hospital Uyapar, Puerto Ordaz Estado Bolívar.[Universidad de Venezuela].  
<http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/4608/1/Cuidado%20humano%20al%20paciente%20renal.pdf>
- Hernández (2022) Proceso Enfermero A Sexagenario, Masculino Con Diagnóstico Médico De Enfermedad Renal Crónica, Secundaria Hipertensión Arterial, Uropatía Obstruictiva Por Hiperplasia Prostática Y Nefrolitiasis, En La Unidad Bolivariana De Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia Del Hospital Dr. Luis Ortega De Porlamar.[Universidad De Oriente]
- Organización Mundial para la Salud (OMS).Diabetes.<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Brutsaert (2022). Diabetes mellitus (DM). <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetes-mellitus-dm>
- Stewart (2019).Diabetes Mellitus: Clasificación, Fisiopatología y Diagnostico. Medwave.<https://www.medwave.cl/puestadia/aps/4315.html>
- Mayoclinic (2013). Diabetes de tipo 2. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>
- Sanitas (2023). Complicaciones de la diabetes mellitus o de tipo 2. <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/enfermedades-y-trastornos/diabetes/diabetes-mellitus-complicaciones>

- Universidad de Navarra (2024). Nefropatía diabética.  
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/nefropatia-diabetica>
- Bádenas (2022). ¿Qué es la nefropatía diabética?. <https://diabetesmadrid.org/que-es-la-nefropatia-diabetica/>
- Universidad de Cantabria (2021). Nefropatía diabética en España: Prevalencia, factores de riesgo y prevención.  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/21993/ARROYO%20OTI,%20CAROLINA.pdf?sequence=1>
- Mayoclinic (2023). Nefropatía diabética (enfermedad renal).  
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetic-nephropathy/symptoms-causes/syc-20354556>
- Malkina (2023). Enfermedad renal crónica o nefropatía crónica.  
<https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/insuficiencia-renal/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica-o-nefropat%C3%ADa-cr%C3%B3nica>
- Clinic de Barcelona (2028). Insuficiencia Renal Crónica.  
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/insuficiencia-renal-cronica/tratamiento>
- Instituto nacional de higiene Rafael Rangel (2023).  
[https://inhr.gob.ve/fichasfarma/formweb/buscar\\_fichas.php?pagina=4&orden=dc\\_i\\_nombre&Campo=dc\\_i\\_publicar&Condicion=contiene&Termino=1](https://inhr.gob.ve/fichasfarma/formweb/buscar_fichas.php?pagina=4&orden=dc_i_nombre&Campo=dc_i_publicar&Condicion=contiene&Termino=1)
- Vademécum Venezuela  
 (2023).<https://www.vademecum.com/ve/medicamentos/hierro-sacarosa>
- Alligood (2018). Modelos y teorías de enfermería.Elsevier.(9).España.

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,**

<b>Título</b>	Proceso enfermero aplicado a femenina adulta con enfermedad renal crónica secundario a nefropatía diabética en tratamiento hemodialítico en la unidad bolivariana de hemodiálisis Dr. Edgar Moglia 2024.
<b>Subtítulo</b>	

**Autor (es):**

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código ORCID / e- mail</b>
Bauza Verde Iscar Leonelis del Valle	<b>ORCID:</b>
	<b>e-mail:</b> iscarbauza@gmail.com
	<b>e-mail:</b>

**Palabras o frases claves:**

proceso enfermero,  
 enfermedad renal crónica  
 nefropatía diabética  
 hemodiálisis

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,**

Área	Subárea
Ciencias de la Salud	Enfermería

**Resumen (abstract):**

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo aplicar el Proceso Enfermero a femenina adulta con Enfermedad Renal Crónica grado v/v secundario a Nefropatía Diabética que recibe tratamiento hemodialítico en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis “Dr. Edgar Moglia” utilizando la Taxonomía NANDA (2021-2023)-NIC-NOC (2018-2020) y una triangulación de teorías entre Jean Watson, Dorothea Orem y Nola Pender que permitió brindar una atención holística a la paciente. Se trató de una investigación con enfoque cuali-cuantitativo sistematizado a través de la investigación acción-participante durante las prácticas profesionales y en relación directa e interactiva con la paciente, durante el cual se aplicaron técnicas como la observación participante y entrevista haciendo un trabajo documental y de campo. Se concluyó que la Enfermedad Renal Crónica, afecta al paciente desde el punto de vista biológico, psicológico y social. El personal de enfermería desempeña un rol importante en el tratamiento de hemodiálisis, al igual que en la promoción de la salud y el apoyo emocional, lo cual generó cambios conductuales hacia estilos de vida saludable en el paciente y aportó beneficios para su bienestar físico y emocional. Dejando como recomendación la paciente cumplir con las medidas terapéuticas y mantener la comunicación con el personal de salud.

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,****Contribuidores:**

<b>Apellidos y Nombre</b>	<b>ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL</b>				
Hernández Jaime	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
					<b>x</b>
	<b>ORCID</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
Velásquez, Ysabel	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
					<b>x</b>
		<b>ORCID</b>			
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
Noriega Andreina	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
		<b>ORCID</b>			
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>E_MAIL</b>				

**Fecha de discusión y aprobación:**

<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>DIA</b>
<b>2024</b>	<b>08</b>	<b>07</b>

**LENGUAJE. SPA**

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,****Archivo (s):**

Nombre del Archivo	Tipo MIME
NNECTG_BVIL2024	*.doc
NNECTG_BVIL2024	*.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:** inespecial**Temporal:** intemporal**Título o grado asociado con el trabajo:**

Licenciada 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

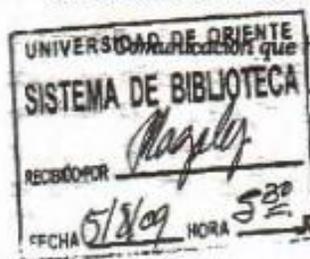
Cumaná, 04 AGO 2009

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 CUNPEL  
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 Telemática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/manja

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso,

DERECHOS

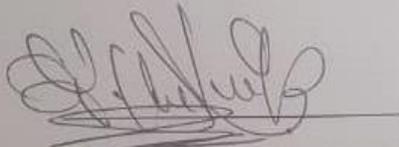
Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del II semestre 2009, Según comunicado CU-0342009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará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

Isicar Bauza

BAUZA VERDE, ISCAR LEONELIS DEL VALLE

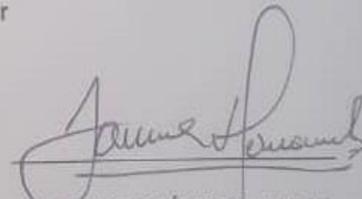
C.I:26.501.549

Autor



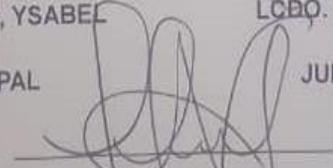
LCDA. VELÁSQUEZ, YSABEL

JURADO PRINCIPAL



LCDO. HERNÁNDEZ, JAIME

JURADO PRINCIPAL



LCDA. NORIEGA, ANDREINA

JURADO PRINCIPAL



