



UAGro
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

Universidad Autónoma de Guerrero.
Hospital General Regional “Vicente Guerrero” N.1 Acapulco Guerrero.
Jefatura de Enseñanza e Investigación.
Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería.

TESINA:

COMPETENCIA DE LA CALIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE RENAL EN EL SERVICIO DE DIALISIS PERITONEAL
DEL “HOSPITAL GENERAL REGIONAL N.1 VICENTE GUERRERO” PERIODO
OCTUBRE- NOVIEMBRE 2018.

PRESENTA:

Heriberta Mondragón Mercado.

Para obtener el Grado de Especialista en Gestión y Docencia.

ASESORA:

M.C.E. Juana Barrera García.

COORDINADORA:

M.C.E. Gregoria Juárez Flores.

DEDICATORIA

Dedico este estudio de investigación a mi esposo, hijos y padres los cuales siempre estuvieron conmigo apoyándome en todo momento, ya que sin ellos no lo hubiera logrado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme dado las fuerzas necesarias para poder llegar a este objetivo alcanzado.

A mi esposo Roberto Federico Barrreda Santamaria por amarme, quererme y comprenderme siempre, así mismo por todo el apoyo durante esta etapa de mi vida.

A mis hijos Ángel Daniel y Maritzel Barrreda Mondragón, por ser mi motor para poder seguir día con día dándome las fuerzas y fortaleza para seguir adelante.

A mis padres Demetrio Mondragón Sánchez y María Mercado Martínez, por darme la vida y la mejor herencia del mundo mis estudios, por ellos soy lo que soy, gracias por siempre estar conmigo.

A mi Maestra Juana Barrera García por la paciencia, comprensión y apoyo durante este proyecto de investigación.

Resumen:

El trabajo de investigación presentado es de la “Calidad de Enfermería: Cuidado del Paciente en el Servicio de Diálisis Peritoneal en un Hospital, durante el periodo de octubre- noviembre 2018”, Objetivo: Determinar la calidad de competencia de Enfermería en el cuidado del paciente del servicio de diálisis peritoneal en el Hospital Regional N. 1 Vicente Guerrero del IMSS. en el periodo comprendido de Octubre- Noviembre 2018. Hipótesis: Si la calidad de las competencias del cuidado de enfermería en pacientes DP es mayor, entonces tiene la probabilidad de que menores factores de riesgo sean ocasionados. Metodología: Tipo de estudio: cuantitativa, ya que todas las observaciones fueron cuantificadas. Temporalidad del estudio: transversal ya que el cuestionario fue aplicado en un solo momento. Diseño del estudio: observacional, debido a que no fueron manipuladas las variables independientes. Alcance del estudio descriptivo, ya que solo se describió la distribución de la calidad de las competencias de Enfermería en el cuidado del paciente, en el Servicio de Diálisis Peritoneal Del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero “, Universo de estudio; fueron todas las enfermeras que laboran en el servicio de Diálisis Peritoneal. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra: no probabilístico, ya que se incluyeron todas las enfermeras del servicio de diálisis peritoneal. El tamaño de la muestra fue calculada mediante criterios de; a) Inclusión: todas las enfermeras que laboran en el Servicio de DP. Criterios de exclusión; las enfermeras que no se encontraron, en el momento de la aplicación del cuestionario. También se excluyeron las enfermeras que no desearon participar en la investigación. Variable dependiente: La calidad de las competencias. Variable independiente: edad, turno, antigüedad en años, servicio en años, escolaridad y categoría. Instrumento de medición: Para alcanzar el objetivo se diseñó un cuestionario con 16 preguntas personales y 23 ítems que evalúan las competencias que integra cuatro ítems que identifican cuatro grados diferentes de dominio de la competencia, establecidos a nivel de los definidos por Labruffe y Senlle, con Likert de: Bueno (B), Regular (R) y/o Malo (M). También por tratarse de una técnica especificase utiliza el cuestionario “Técnica para cambiar la bolsa manual: Sistema de Baxter para Diálisis Peritoneal. Técnica de recolección de datos: técnica de estudio de sombra, así como para verificar la realización correcta del proceso de atención de enfermería mediante el plan de cuidados estandarizados en pacientes

con DP. Siguiendo el protocolo de la Guía Clínica donde se enfatiza con el Test de equilibrio peritoneal (Guía Clínica Secretaria de Salud 2013), para definir el gradiente de concentración, verificando el cumplimiento de las Normas Mexicanas Num. 019. Completándose con una valoración física del enfermo por los patrones funcionales de Margory Gordon. Previo consentimiento informado del personal de enfermería. Análisis de datos: Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 21, en el cual se generaron las tablas y gráficas. Para alcanzar el objetivo general, se realizó la suma de las puntuaciones obtenidas por las respuestas de cada ítem, es decir, la calidad de las competencias por cada enfermera se calculó de la siguiente manera: Donde "CC" es la calidad de las competencias, "j" representa la cantidad de ítems, "p" es el último ítem, por lo que al sustituir. Si la suma se encuentra en el rango de 0 a 26 significa mala calidad, Si la suma está en el rango de 27 a 52 esto indica que la calidad es regular y si la suma se encuentra en el rango de 53 a 78 indica que existe buena calidad. Resultados: De acuerdo a los objetivos específicos se encontró que la competencia de las enfermeras fue entre regular y bueno (48.57% cada uno). Con respecto a la calidad que ofrece las enfermeras a los pacientes fue de regular (60%). Palabras claves: Calidad, Diálisis Peritoneal, Cuidado, Competencias de enfermería.

En la actualidad el personal de enfermería que aplica la DP, la mayoría no cuenta con especialidad nefrológica, sin embargo las unidades de salud que otorgan la atención, tanto en clínicas públicas o privadas, han capacitado al personal de enfermería en el tratamiento sustitutivo de DP, en practica tecnológica del manejo de la maquina Cicladora Home Choice, programándose de acuerdo al gradiente de concentración, litros y ciclos correspondientes a la terapia indicada por el médico.

En este sentido, la competencia de enfermería se mecaniza a las órdenes de la empresa, sin llevar un cuidado humano al paciente, por lo que se requiere como menciona Benner (1996) que para un cuidado de pacientes críticos como es la intervención de enfermería en un cuidado humanizado científico y de calidad.

Los aspectos de seguridad para el paciente con DP, es un procedimiento invasivo que expone la cavidad peritoneal, considerada un medio estéril, representa alto riesgo de complicaciones, principalmente las del orden infeccioso durante la conexión y

desconexión del sistema de infusión. Proporciona cuidados de enfermería libres de riesgos durante el recambio de la bolsa de diálisis, implica conocer y evitar todos aquellos pasos en la técnica de recambio que conlleva un procedimiento inseguro y afectan negativamente el estado clínico del paciente. La técnica de recambio es el conjunto de actividades que lleva a cabo el personal profesional de enfermería para realizar el cambio de bolsa de DP de manera eficaz y segura para el paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal.

Dedicatoria.....III
Resumen.....IV

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| CAPITULO 1 | 14 |
| GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 14 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 15 |
| 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA..... | 16 |
| 1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 17 |
| 1.4 OBJETIVOS..... | 17 |
| 1.4.1 Objetivos general..... | 17 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 17 |
| 1.5 HIPOTESIS | 17 |
| 1.6 JUSTIFICACION..... | 18 |
| CAPITULO II..... | 20 |
| 2. MARCO TEORICO..... | 20 |
| 2.1 MARCO CONCEPTUAL | 21 |
| 2.1.1 Calidad:..... | 21 |
| 2.1.2 Calidad en Salud..... | 23 |
| 2.1.3 La evaluación de la calidad en salud | 25 |
| 2.1.4 La Calidad del cuidado en enfermería:..... | 28 |
| 2.2.1 Condiciones de la práctica..... | 33 |
| 2.2.2 Guía de Práctica Clínica | 34 |
| 2.2.3. El cuidado en Pacientes en DP:..... | 35 |
| 2.2.4. Las competencias de enfermería en el cuidado del paciente con DP: | 37 |
| 2.2.5 Proceso de Atención de Enfermería: Plan de Cuidados (Pc) Estandarizados en pa- ciente con DP. | 41 |
| 2.2.6 Proceso de Atención de Enfermería: Plan de cuidados (pc) Estandarizados). | 43 |
| 2.3 ANTECEDENTES DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN | 49 |
| 2.4.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA | 57 |
| 2.4.1- Anatomía del riñón..... | 57 |
| 2.4.2 Nefroprotección..... | 66 |
| 2.5 CONTEXTO DE LA INVESTIGACION. | 70 |
| CAPÍTULO III | 75 |
| 3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 75 |

| | |
|---|-----|
| 3.1 Tipo de estudio..... | 76 |
| 3.2 Temporalidad del estudio..... | 76 |
| 3.3 Diseño del estudio | 76 |
| 3.4 Alcance del estudio..... | 76 |
| 3.5 Universo de estudio | 76 |
| 3.6 Tipo de muestreo y tamaño de la muestra | 77 |
| 3.7. Criterios de selección | 77 |
| 3.7.1 Criterios de inclusión..... | 77 |
| 3.7.2 Criterios de exclusión | 77 |
| 3.8 Variables | 77 |
| 3.8.1 Variable dependiente..... | 77 |
| 3.8.2 Variables independientes | 77 |
| 3.9 Instrumento de medición | 78 |
| 3.10 Técnica de recolección de datos | 78 |
| 3.11 Análisis de datos | 78 |
| CAPITULO IV | 80 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 80 |
| Conclusiones..... | 99 |
| Bibliografía..... | 100 |
| ANEXOS | 101 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Sexo | 76 |
| Tabla 2: Turno | 77 |
| Tabla 3: Escolaridad..... | 78 |
| Tabla 4: Categoría..... | 79 |
| Tabla 5: Trabajo en equipo en el servicio de DP, y Empatía respetuosa con el paciente y familiar | 80 |
| Tabla 6: Aplicación del proceso enfermero, Técnicas y procedimientos del cuidado y Capacitación para el liderazgo..... | 82 |
| Tabla 7: Proceso | 83 |
| Tabla 8: Calidad enfermera-paciente | 85 |
| Tabla 9: Competencias..... | 86 |
| Tabla 10: Calidad general del servicio de diálisis peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero..... | 87 |
| Tabla 11: Cruce de variables entre Turno y Calidad | 88 |
| Tabla 12: Cruce de variables Turno vs Competencias..... | 89 |
| Tabla 13: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Calidad | 90 |
| Tabla 14: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Competencias | 91 |
| Tabla 15: Cruce de variables entre la Categoría vs Calidad | 92 |
| Tabla 16: Cruce de variables entre la Categoría vs Competencias | 93 |

ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | |
|---|----|
| Gráfica 1: Sexo | 77 |
| Gráfica 2: Turno | 78 |
| Gráfica 3: Escolaridad..... | 79 |
| Gráfica 4: Categoría..... | 80 |
| Gráfica 5: Trabajo en equipo en el servicio de DP y Empatía respetuosa con el paciente y familia | 82 |
| Gráfica 6: Aplicación del proceso enfermero, Técnicas y procedimientos del cuidado y Capacitación para el liderazgo | 83 |
| Gráfica 7: Calidad enfermera-paciente | 86 |
| Gráfica 8: Competencias..... | 87 |
| Gráfica 9: Calidad general del servicio de diálisis peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero | 88 |
| Gráfica 10: Cruce de variables entre Turno y Calidad | 89 |
| Gráfica 11: Cruce de variables Turno vs Competencias..... | 90 |
| Gráfica 12: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Calidad | 91 |
| Gráfica 13: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Competencias | 92 |
| Gráfica 14: Cruce de variables entre la Categoría vs Calidad..... | 93 |
| Gráfica 15: Cruce de variables entre la Categoría vs Competencias | 94 |

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Diálisis Peritoneal (DP), en el Hospital General Regional N. 1 Vicente Guerrero IMSS, en Acapulco Guerrero, el trabajo operativo de enfermería es de un especial cuidado centrado en el paciente, donde se demanda continuamente poseer relaciones interpersonales en el sistema organizacional de enfermería, como el profesional que, con una actitud científica responsable ejerce el liderazgo, con un perfil de competencias, para una comunicación asertiva al paciente que acude, a la terapia sustitutiva renal por DP; enfrentar una enfermedad como la afección renal crónica en cualquier etapa de la vida del ser humano, representa un sin número de situaciones que solo podrán ser explicados por quienes han tenido que vivirlas o han acompañado en su caminar a la persona afectada, es en esta relación donde a veces se omite que el servicio de DP, no solo es aplicar rutinas, sino más bien conocer, y aplicar las competencias necesarias para realizar el cuidado de enfermería, en este tipo de pacientes, donde proyecta una percepción de esperanza hacia la persona que lo cuida en un procesos desde su ingreso en constante desempeño, donde la enfermería, se le dificulta comunicarse debido a la complejidad de la práctica de enfermería.

Es así, que la enfermería en el servicio de DP, tiene un rol importante en las diferentes etapas de la enfermedad renal de ahí que en el trabajo de investigación que se presenta, parte de establecer competencias, para medir 9 competencias para la calidad del cuidado de enfermería, desde el manejo de las complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal, con el instrumento de competencias Labruffe y Senlle, y la Guía de Práctica clínica en el manejo de Diálisis Peritoneal de la Secretaria de Salud 2016 con énfasis en la Técnica para cambiar la bolsa manual: Sistema de Baxter para Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y para Diálisis Peritoneal Intermitente en Hospitalización (DPI), los procedimientos y protocolos establecidos a través de los Diagnósticos de Enfermería, de ahí que la perspectiva del resultado que se presenta, es la posición de la calidad y la seguridad del paciente como el eje central de la atención y establecer procesos de gestión dirigidos al cumplimiento de las políticas, en un proceso de vigilancia continua de la calidad de la atención con mecanismos de control y monitoreo, desarrollando una cultura de calidad y seguridad, donde el hacer las cosas bien y libres de riesgo sea un compromiso que involu-

cre a todos los niveles de la organización y permita transitar a un comportamiento consciente de la necesidad de asegurar un ambiente de calidad y seguridad.

CAPITULO 1
GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cuidado de Enfermería en las terapias dialíticas son alternativas, para los pacientes con enfermedad renal crónica, a través del tratamiento de instalación de diálisis peritoneal, tratamiento que se realiza a través de la membrana natural “peritoneo”, donde enfermería prevé, planea, vigila y controla, sustentada con los conocimientos científicos actuales, Los Diagnósticos de Enfermería: a) volumen de líquidos excesivo; b) eliminación urinaria afectada; c) perfusión tisular ineficaz: 1) renal, 2) hipotermia; d) movilidad física disminuida: 1) debilidad, 2) fatiga, 3) intolerancia a la actividad; e) integridad de la piel afectada, f) disfunción sexual; g) deterioro de la dentición; h) percepción sensorial perturbada (visual y auditiva); i) patrón de sueño alterado: 1) insomnio, 2) memoria afectada; j) dolor agudo; k) dolor crónico; l) estreñimiento; ll) diarrea; m) falta de adhesión; n) conocimientos deficientes; ñ) control ineficaz del régimen terapéutico; o) déficit de autocuidado; p) desequilibrio en la nutrición por defecto; q) comportamiento de salud propenso a riesgo; r) control ineficaz de la salud; s) temor; t) ansiedad; u) desesperanza, y aislamiento social.

En cuanto a los diagnósticos potenciales de enfermería más frecuentes en pacientes hospitalizados son: a) riesgo de desequilibrio electrolítico, b) riesgo de infección, c) riesgo de caídas, riesgo de glicemia inestable, d) riesgo de soledad, y riesgo de baja autoestima situacional.

Las actividades desarrolladas en los procedimientos de la diálisis son: participación en la instalación de catéter peritoneal, cambio de bolsa, manejo de bomba cicladora, reconocer los síntomas de infección de la inserción del catéter y de la infección peritoneal, aplicación de los diferentes líquidos utilizados en Diálisis Peritoneal en función del agente osmótico y del tampón utilizado (glucosa, aminoácidos, icodextrina, bicarbonato, lactato entre otros), control de líquidos entrantes y saliente, presión arterial media siendo importante en adultos debe estar arriba de 70 mmhg. monitorizada por ser unos de los eventos adversos más importantes dada la hipotensión por el uso de soluciones hipertónicas, los cuidados de enfermería en las competencias específicas de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal, es un proceso que requiere de vigilancia estrecha del catéter que se encuentre debidamente instalado, ya que

al momento de movilización sin un cuidado previa puede llegar a la perforación intestinal.

El fallo de la técnica dialítica en el autocuidado, se debe a la depresión del paciente y familia y la falta de interés en la técnica de los mismos, debido a que la capacitación en pacientes ambulatorios es colectiva y no individual, convirtiéndose en procesos de eventos adversos de una competencia desarrollada en la habilidad técnica, mas no en una competencia centrada el proceso de la enfermedad y su tratamiento, teniendo como causa principal la peritonitis,

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

En el Servicio de Diálisis Peritoneal del Hospital General Regional N. 1 Vicente Guerrero del IMSS, en Acapulco Guerrero, el personal de enfermería que desconoce, de manera técnico-científica: desde el manejo en la instalación de bolsas, hasta la detección de complicaciones más frecuentes, como: hemoperitoneo, infección peritoneal, roturas o desconexión del prolongador, problemas de infusión o drenaje, fuga por la inserción; a la vez el déficit de seguridad del paciente de una asepsia de manos y el desconocimiento combinaciones del tratamiento, sobre todo en los líquidos utilizados en Diálisis Peritoneal, en función del agente osmótico y del tampón utilizado (glucosa, aminoácidos, icodextrina, bicarbonato, lactato), esto conlleva, a infección de peritonitis continua en pacientes con Diálisis Peritoneal, que previene del talento de enfermería no actualizado de los conocimientos requeridos para el cuidado.

La Diálisis Peritoneal, es esencialmente una modalidad de autocuidado, que le permite al paciente controlar su propio tratamiento y tener conciencia de su propio cuidado, en este proceso, están ligados a objetos y equipamientos, como la máquina, tubo insertado en el abdomen, fluido introducido en el cuerpo durante horas y horas, cambios en el peso y en la forma del cuerpo, constante presencia de dolor e incomodidad, además de la pérdida del órgano vital y de la disminución de las habilidades físicas, desempeñan un papel decisivo en el proceso educativo por parte de enfermería, siendo un olvido frecuente, por el gran número de pacientes, se tienen dificultades para enseñar el autocuidado de manera individual, en un autocuidado centrado en su persona, sobre su comprensión a respecto de la enfermedad y del tratamiento, sobre cuáles son sus fuentes de estrés e inseguridad y sobre el impacto

de la diálisis en sus vidas, las instituciones de salud capacitan en grupos de colectivos, en la técnica dialítica, quedando dudas y dificultando el seguimiento del tratamiento y por consiguiente las infecciones peritoneales.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la Calidad de las competencias de Enfermería en el cuidado del paciente, en el Servicio de Diálisis Peritoneal del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” IMSS, en el Periodo octubre-noviembre 2018?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivos general

Determinar la calidad de Competencias de Enfermería en el cuidado del paciente del servicio de diálisis peritoneo del Hospital General Regional N. 1 Vicente Gro. del IMSS en el periodo Octubre- Noviembre 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar las competencias de calidad de enfermería en el cuidado del paciente del servicio de diálisis peritoneo del Hospital General Regional N. 1 Vicente Gro. del IMSS en el periodo Octubre- Noviembre 2018.
- 2) Analizar las competencias de calidad de enfermería en el cuidado del paciente del servicio de diálisis peritoneo del Hospital General Regional N. 1 Vicente Gro. del IMSS en el periodo Octubre- Noviembre 2018.
- 3) Evaluar las competencias de calidad de enfermería en el cuidado del paciente del servicio de diálisis peritoneo del Hospital General Regional N. 1 Vicente Gro. del IMSS en el periodo Octubre- Noviembre 2018.

1.5 HIPOTESIS

Si la calidad de las competencias del cuidado de enfermería en pacientes DP es mayor, entonces tiene la probabilidad de que menores factores de riesgo sean ocasionados.

1.6 JUSTIFICACION

Las causas de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatía obstructiva. Actualmente, en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida en frecuencia por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. (Amato D, 2005/Méndez Duran A, 2010), la evolución de la ERC es variable dependiendo de su etiología; por lo general, comienza de manera insidiosa y progresa lentamente en un periodo de años. La etapa 5, ocurre cuando es necesario recurrir a terapias de remplazo renal (TRR), para preservar la vida del paciente, de ahí que estas terapias son llamadas “soporte de vida”. Sin embargo, no todos los pacientes progresan hasta la etapa final.

En nuestro país, el problema de la ERC terminal posee dimensiones alarmantes y con base en proyecciones, se estima que el número de casos continuará en aumento, de hecho si las condiciones actuales persisten, para el año 2025 habrá cerca de 212 mil casos y se registrarán casi 160 mil muertes relacionadas a dicha enfermedad. (López-Cervantes M, 2009) la mortalidad en pacientes con diálisis es de 6.3 a 8.2 veces mayor al compararse con la población general. (Keith D, 2004). En pacientes adultos con ERC, se ha registrado una incidencia que oscila entre 337 a 528 casos por millón de habitantes y una prevalencia de 1,142 por millón de habitantes. (Méndez-Durán A, 2010/Amato D, 2005). A pesar de que en la población pediátrica, no existen reportes epidemiológicos, la incidencia en diferentes registros internacionales oscila entre 7 a 15 por millón de población de 0 a 19 años; la prevalencia según el Registro Nacional de Datos de Norteamérica en el año 2007 es de 84.5 por millón en el mismo grupo de edad. (Schaefer F, 2012/Harambat J, 2012)

Datos recientes del IMSS demuestran una población de 59,754 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales 35,299 se encuentran en diálisis peritoneal (59%) y 24, 455 en hemodiálisis (41%); las principales causas relacionadas en la población adulta son: diabetes mellitus con 53.4%, hipertensión arterial 35.5% y glomerulopatías crónicas 4.2%; los grupos de edad mayormente afectados son los mayores de 40 años. (Méndez DA, 2014) Mientras que en la población pediátrica las principales causas de ERC son las malformaciones congénitas, principalmente la uropatía obstructiva, aplasia- hipoplasia renal y las glomerulonefritis. (Harambat J, 2012) La TRR

incluye la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal. México, es un país en el que históricamente ha predominado el uso de diálisis peritoneal, aunque recientemente se ha dado impulso a la hemodiálisis. El trasplante renal es la mejor opción de tratamiento para la ERC; no obstante, en nuestro país ésta no es una solución viable debido a la falta de donaciones, los altos costos iniciales y el nivel de deterioro orgánico que presentan los pacientes por las enfermedades primarias. (López-Cervantes M, 2009)

Enfermería se mueve en un alto número de ingresos de pacientes con enfermedad nefrótica, que son instalados DP, lo que significa, aumento de trabajo en la unidad, disminución del tiempo para la dedicación que precisa cada paciente y en consecuencia han surgido diferentes complicaciones, sobre todo infecciones peritoneales con distinta incidencia en estos, siendo acompañado por la inseguridad miedo, y por sus características particulares, hace a los pacientes más susceptibles de aumentar su peso y presentar obesidad, ya que provoca una sobrecarga de glucosa y desencadena una serie de efectos metabólicos como hiperglicemia, diabetes, etc ; además, la absorción de glucosa provocada por los líquidos usados en D.P, favorece altas concentraciones de triglicéridos en el organismo.

En el Servicio de Diálisis Peritoneal en el Hospital General Regional Vicente Guerrero del IMSS, se aplica la estandarización del cuidado de enfermería a estos pacientes, sin embargo, por lo que se hace necesario efectuar una evaluación de competencias del cuidado de enfermería, en dicho servicio, en el trabajo de investigación a realizarse llevara a cabo, en una primera parte, la aplicación del plan de cuidados estandarizados con los diagnósticos de Enfermería que son prioritarios, en una segunda parte, a las intervenciones de enfermería en el tratamiento sustitutivo de la Enfermedad Renal Crónica mediante la D.P., en una tercera parte el accionar de enfermería de la prevención, control de síntomas y complicaciones metabólicas y cardiovasculares asociadas al Síndrome Metabólico (SM), de mayor prevalencia incluso que las propias complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo como la infección peritoneal.

CAPITULO II
2. MARCO TEORICO.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Calidad:

Las bases de la filosofía de Edwin Deming es descubrir mejoras: Productos / Servicios, reducir incertidumbre y variabilidad en los procesos; de ahí que la Calidad es un ciclo, para evitar variaciones, se emula el lenguaje a mayor calidad, mayor productividad, en un proceso continuo, a través del monitoreo en la gestión sustantiva y/ o adjetiva.

De ahí que la Calidad de mejora se convierte en un diseño de la calidad, donde se definen los criterios de calidad a cumplir, se implementan en los servicios que están ya están trabajando, considerando a las problemáticas como oportunidades de mejora, a estas problemáticas se les analiza con el objetivo de intervenir para mejorarlas. Esto constituye el eje central de la calidad y requiere de la participación social y activa de todos los actores sociales implicados en cualquier área de nuestra vida, que vincula el buen vivir, para una calidad humana de persona en la nueva sociedad globalizada.

Vizguin, (1982) citado por Bondarenko PN (2007), identifican que fue Aristóteles quien llevó a cabo el estudio sistémico de la naturaleza de la calidad, ofreció una clasificación de la calidad, elaboró la estructura jerárquica de la calidad de los objetos materiales e incluso, propuso el concepto “cualitativo” de la cantidad. Más adelante, la teoría aristotélica fue retomada en los trabajos de Kant y Hegel. Así, Kant explicó el proceso de transición de la calidad interna (o potencial) de los objetos en la calidad externa (o real) e incluyó este concepto en su sistema de conceptos. Hegel, al igual que Aristóteles, reiteró la primacía de la calidad ante la cantidad, la incorporó en el primer grupo de las categorías del ser y postuló la ley de la transición de los cambios cuantitativos en una nueva calidad. Luego, a los dos tipos de la calidad establecidos por Hegel –natural y funcional– (Yakovlev, 2002) Marx agregó uno más: calidad sistémica, la cual significa que todos los productos (incluyendo los productos educativos) adquieren cualidades sistémicas de tipo social que reflejan su inclusión en el sistema de relaciones sociales de la sociedad. Hasta aquí, todos los autores mencionados han coincidido en definir la calidad como conjunto de rasgos

esenciales que hacen que un objeto o fenómeno sea lo que es y no otro, visualizando este concepto como absoluto y discreto.

Bondarenko PN (2007), Hasta aquí, todos los autores mencionados han coincidido en definir la calidad como conjunto de rasgos esenciales que hacen que un objeto o fenómeno sea lo que es y no otro, visualizando este concepto como absoluto y discreto. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, el concepto de la calidad se fue transformando y se le fueron agregando otros elementos. El desarrollo posterior de esta categoría se debe a la revolución industrial y a la expansión de las comunicaciones de toda índole. En el Diccionario de la Real Academia Española (RAE 2006) se encuentran las siguientes definiciones de la “calidad”:

1. Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.
2. En sentido absoluto, buena calidad, superioridad o excelencia.

Moreno, Hernández, Lengster, Moreno y González (s/f) citado por Bondarenko PN (2007), afirman que en la literatura especializada sobre la calidad, se pueden encontrar siete definiciones principales de la misma:

1. Aptitud para el uso
2. Satisfacción del cliente
3. Conveniencia al uso o conveniencia al propósito
4. Conformidad con los requisitos
5. Un producto libre de defectos
6. Capacidad para satisfacer las expectativas del consumidor
7. Cumplimiento o superación de las expectativas del cliente a un costo que le represente valor. Garvín (1992) identifica cinco aproximaciones de calidad y asegura que cualquier definición que se le otorgue puede situarse fácilmente en cualquiera de ellas:

1. La trascendente de la filosofía
2. La basada en el producto
3. La basada en el usuario
4. La basada en la fabricación

5. La basada en el valor del producto

Moreno et al. (s/f) opinan que para cualquier análisis de la calidad hay que tener en cuenta las siguientes dos definiciones que abarcan las dimensiones del usuario, fabricación y valor por ello cita a Garvín (1992) con las siguientes definiciones:

1. Calidad es el conjunto de características de un producto que satisface las necesidades de los clientes y, en consecuencia, hacen satisfactorio el producto.

2. Calidad consiste en no tener deficiencias.

Moreno MMG (2013), cita a Valdez (2005), clasifica el concepto de calidad en tres tendencias principales: (a) la primera, busca definirlo teóricamente, (b) la segunda, trata de definirlo operacionalmente, (c) la tercera, evita definirlo. A su vez, dentro de la primera tendencia se destacan definiciones centradas en el producto, al igual que definiciones que tienen que ver con cualquier otro elemento pertinente. La segunda tendencia define la calidad por medio de indicadores como la relevancia, la eficacia, la equidad, la eficiencia, etc. De todas estas consideraciones, llama la atención el énfasis en el aspecto pragmático del concepto calidad, centrada principalmente en las nociones del producto, cliente, valor, etc. El aspecto filosófico del problema se menciona muy brevemente y no recibe una mayor atención ni desarrollo más profundo. El libro de Peters y Waterman, Jr. (1982) *En busca de la excelencia*, es un punto de referencia muy importante acerca de cómo se concibe la calidad y excelencia en el campo produccional, ya que recopila la experiencia en la calidad y excelencia de las empresas mejor gerenciadas de los Estados Unidos.

2.1.2 Calidad en Salud

La calidad está recibiendo una creciente atención en todo el mundo y se debe a que está presente en lo esencial de toda actividad humana. Es por ello, que se ha tenido la presión urgente de convertir y desarrollar los servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad. Organización Mundial de la Salud (OMS 2009): La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios cumple con los estándares internaciona-

les de calidad y los protege de riesgos inherentes al sistema de salud, es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud.

Entre los principales involucrados y responsables de la calidad y seguridad de la atención podemos destacar tres ámbitos fundamentales: el clínico, el formativo y el del usuario receptor de la atención. La sinergia entre estos tres ámbitos se considera el eje estructural para garantizar una atención libre de riesgo y que contribuya a mejorar los resultados en la salud de la población.

En relación con el ámbito clínico, integrado por las instituciones de salud y los proveedores de atención, se requiere: a) Contar con políticas institucionales donde se posicione la calidad y la seguridad del paciente como el eje central de la atención y establecer procesos de gestión dirigidos al cumplimiento de las políticas, b) Establecer un proceso de vigilancia continua de la calidad de la atención con mecanismos de control y monitoreo bien definidos, que permitan evaluar los resultados e implementar medidas de mejora y correctivas en caso necesario y, c) Desarrollar una cultura de calidad y seguridad, donde el hacer las cosas bien y libres de riesgo sea un compromiso que involucre a todos los niveles de la organización y permita transitar a un comportamiento consciente de la necesidad de asegurar un ambiente de calidad y seguridad, donde no exista temor a notificar los errores y el reporte se convierta en una oportunidad de aprendizaje a nivel individual y organizacional.

Varo J (1994) citado por Molina A, Quezada M, et al (2004) Define dimensiones de la calidad asistencial:

- 1)Eficacia: Algunos autores la definen como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales.
- 2)Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles.
- 3)Eficiencia clínica: Está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios. Su evaluación se realiza por medio de auditorías que son equipos técnicos que revisan la documentación clínica. Pueden ser equipos internos al hospital o institución o un equipo externo que realiza auditorías.

- 4)Accesibilidad: Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios sanitarios, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.
- 5)Disponibilidad: Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. La disponibilidad incluye la accesibilidad.
- 6)Calidad científico-técnica: Nivel de aplicación de los conocimientos y la tecnología disponible en la actualidad (actualización constante de conocimientos: formación continua).
- 7)Aceptabilidad, aquí también se incluye: La satisfacción del cliente: Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuánto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.
- 8)Cooperación del paciente: Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria.
- 9) Continuidad: Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones.
- 10) Competencia profesional: Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización.
- 11) Seguridad: Balance positivo de la relación beneficios / riesgos.

2.1.3 La evaluación de la calidad en salud

Donabedian citado por Frenk J (1985), propone: El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que son: estructura, proceso y resultado, ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.

El término "estructura" comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen del financiamiento, la organización formal e informal de la prestación de los servicios y el sistema retributivo. El examen de la estructura de atención a la salud constituye un método indirecto de medida de la calidad de la prestación de la atención, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la "acreditación".

El "proceso" hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Se basa en la suposición de que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada. Saura, (1997) citado por Salina RJ et al (2006), menciona que de esta manera , se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica.

Las guías de práctica clínica son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de lograr una atención adecuada para unas circunstancias de salud-enfermedad concretas. Las Guías constituyen un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos. Parten del supuesto de que si se miden sistemáticamente los resultados y se revisa el tratamiento que precedió a éstos, puede determinarse el tratamiento óptimo.

Por último, los "resultados" Donabedian, (1980) hacen referencia a los logros, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación de servicio determinada. Mira, Fernández y Vitaller, (1992), refieren que la evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los mismos cuando estos no son óptimos, también por la intrínseca dificultad de medir "salud" y por la insuficiente información sobre resultados psicosociales.

En la organización de los servicios de salud, se ha definido a la calidad considerando los siguientes criterios básicos:

- Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia.
- Prestar los cuidados apropiados a las necesidades.
- Otorgar en forma idónea la atención de cuidados de salud de que se es capaz y;
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

Lee y Jones, (1993), citado por Salina RJ (2006) De acuerdo a dichos criterios, los parámetros de la atención a la salud deben establecerse por la comunidad científica.

De esta manera, los parámetros de la calidad en el campo de la atención a la salud serán diferentes, dependiendo de la posición funcional que las personas guarden dentro del sistema de cuidado de la salud. Por consiguiente, el concepto de calidad para el médico, enfermería, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, etc. no es el mismo, propiciando que haya una gran diversidad de parámetros de la calidad, con la consecuente dificultad teórica y metodológica para compararlos o complementarlos para lograr un índice único y válido.

Sin embargo Grönroos (1983), intentando sistematizar los diferentes parámetros de la calidad, los ha agrupado en cuatro tipos, denominándolos conceptualmente como:

- a) Calidad científico-técnica (que se juzga en relación a los avances técnicos y científicos disponibles en ese momento y con base en el juicio profesional).
- b) Calidad funcional (es la atención que se presta tal como es percibida por el paciente o su familia).

c) Calidad corporativa (por ejemplo, la imagen que transmite un centro de salud, juzgada por los pacientes, sus familiares, los pacientes potenciales y los propios profesionales y que condiciona a los otros elementos de la calidad).

d) Gestión de la calidad (que son un conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una institución).

Varo J (1994) citado por Molina A, Quezada M, et al (2004), mencionan los elementos de la calidad de atención del usuario:

- ❖ Disponibilidad y oferta de insumos
- ❖ Información al cliente
- ❖ Capacidad técnica del prestador de servicios
- ❖ Relaciones interpersonales con el cliente
- ❖ Organización de servicios

2.1.4 La Calidad del cuidado en enfermería:

Daza CR (2005): La calidad de cuidados del paciente debe estar bajo un marco institucional que permita el desarrollo y el fortalecimiento de la misma y a su vez que permita a los pacientes y usuarios sentirse respaldados; la enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, la institución, la ética, las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes.

Desde que por vez primera, en 1859, fuera reconocida por Florence Nightingale como "la encargada de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él". La pregunta por el ser y hacer de enfermería ha sido abordada por diferentes teóricos de enfermería desde la década de los 50 hasta nuestros días, identificándose el cuidado como la esencia de la profesión; este cuidado se caracteriza por la relación de ayuda a la persona, familia y grupos comunitarios con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en la rehabilitación y aliviar el dolor.

En el proceso de conceptualización del cuidado se han identificado dimensiones como la interacción, la participación, el afecto y la ética como esenciales en el acto de cuidar:

Interacción. Los autores que han abordado el concepto de interacción como elemento esencial en el cuidado de enfermería, asocian en sus teorías algunas características como empatía, respeto, responsabilidad, comunicación, reciprocidad, relación de ayuda, compasión y apoyo, como se presenta a continuación:

-Kash (1986) en referencia a la dimensión interacción enfermera-paciente considera que la enfermería es un proceso de interacción social mediante la cual la enfermera induce una mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico; "la enfermera es una estrategia de la comunicación que controla el comportamiento interpersonal para aumentar la probabilidad de alcanzar objetivos e intenta satisfacer las necesidades de comunicación de un paciente realizando diversas funciones".

-Lamongtane (1988) plantea que la relación de ayuda es una herramienta en el proceso de enfermería y es una condición necesaria para cuidar verdaderamente y acompañar al paciente durante todo su proceso de recuperación o de acercamiento a la muerte con dignidad y autenticidad.

-King Imogene (1990), considera que "la interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno o entre una persona y otra que se manifiesta por conductas verbales dirigidas hacia un objetivo", para ella esta relación se constituye en una experiencia de aprendizaje a través de la cual dos personas interaccionan para enfrentarse a un problema de salud presente para colaborar en su evolución y para buscar formas de adaptarse a la situación.

-Gala E. Díaz (1990) dice que una enfermera socialmente hábil, es capaz de interactuar y comunicarse eficazmente entablando una interacción con sus pacientes y demás profesionales, convencida de la importancia de ellos.

-Pike (1990) considera que la empatía es la clave para la comunicación del interés y apoyo al paciente; se puede establecer una relación de empatía mirando al mundo desde el punto de vista del paciente y sintiendo el mundo del paciente.

-Bizier (1992) considera que como la enfermera está habitualmente en contacto con personas que tienen necesidad de ayuda, es importante que establezca relaciones de calidad, de tal manera que permita al paciente expresarse abiertamente sin tener miedo a ser juzgado ni rechazado. Se debe velar para aplicar siempre este principio con la preocupación constante de propiciar los cuidados con carácter humano.

-Hobble, Lasinger y otros, basadas en los planteamientos de Travelbee (1994), consideran que la enfermera en la interacción de humano a humano vive la socialización como la transmisión de saberes y valores, como adaptación al medio, costumbres y normas en el encuentro existencial de un yo con un tú y un nosotros en condiciones de igualdad, respeto y afecto.

-Henderson (1994) plantea que el proceso de cuidado de enfermería no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el paciente; es necesario que se establezca una relación significativa en la que la enfermera debe adoptar actitudes de respeto, comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva.

Al explorar con las personas sus vivencias acerca de la interacción enfermera-paciente todas identifican al personal de enfermería como proveedor del cuidado, del cual, Malvares RJ (2011): menciona que la razón de ser y la tarea de enfermería en las instituciones de salud es el cuidado directo, continuo y permanente de personas en situación de enfermedad. Por tanto, brindar calidad para enfermería es un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado y la satisfacción de los usuarios. No obstante, para obtener este logro, es necesario tener en cuenta que la presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas de ese cuidado. Además, se constituyen en insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad de las personas bajo cuidado. Goodrich, (2006) citado por, Alain AS.; Reinel FV (2010) promueve que "la enferme-

ría consiste ante todo en ayudar al individuo (enfermo o sano) en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud o a su recuperación (o alcanzar una muerte tranquila); actividades que puede llevar a cabo sin la ayuda de otros, siempre que tenga la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Es también labor peculiar de la enfermería preparar a los individuos a independizarse de dicha ayuda tan pronto sea posible".

2.1.4.1 La Gestión de la Calidad en enfermería: Son los aspectos de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. (Varo, 1999) Planificación, Organización para la calidad, cuya estructura organizacional, son los recursos establecidos para gestionar la calidad, con la división y coordinación de las funciones y tareas en cada una de las partes del proceso, donde también se especifica el control de la calidad que abarca las técnicas y acciones de carácter operativo utilizadas en la verificación de los requisitos que implica la calidad, esto nos lleva a la mejora de la calidad, que parte desde un proceso en visión del sistema planificado de búsqueda del perfeccionamiento, para llegar al sistema de calidad, que se conceptualiza como el conjunto de toda la estructura organizativa, con sus responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos que se disponen para llevar a cabo la gestión de la calidad.

En este marco se conceptualiza con una estandarización sistémica través de manual de calidad, que es el documento planificado que evaluara los procesos vertidos en cada una de sus partes para proporcionar el cuidado específico estandarizando dimensiones, variable e indicadores que nos visualiza la competencia a seguir, del perfil laboral de enfermería en sus categorías respectivas institucionales relacionadas con el cuidado.

Al estandarizar la gestión del cuidado de enfermería en México, estos se establecen por las Normas Mexicanas, discriminándose en guías de práctica clínica, para la aplicación de la gestión de calidad en enfermería de cuyo origen emana del sistema de gestión de la calidad de salud, derivándose en tres ámbitos:

Primero: Macro-gestión (Rubio, 2009): Es la intervención del Estado para desarrollar la equidad y corregir disfunciones del mercado. La corrección de disfunciones abordar las externalidades, regular los monopolios, y corregir la desin-

formación teniendo en cuenta cómo tales disfunciones quedan afectadas por el cambio tecnológico. Las políticas de salud se manifiestan por medio de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y de otros aspectos relacionados con la salud. Las disciplinas de salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macro-gestión sanitaria.

Meso-gestión sanitaria (Rubio, 2009): Intervienen las autoridades sectoriales que coordinan y motivan en un entorno social específico como por ejemplo pueblos, ciudades.

Micro-gestión sanitaria (Rubio, 2009): Intervienen las autoridades de una institución de salud. El médico asigna el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar y motivar. Dentro del micro-gestión abarca estrategia básica que fomenta los factores de riesgo, por medio de la constatación de variaciones en la práctica aparentemente arbitrarias que estimulen la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios.

2.2 Marco legal:

La enfermería en el mundo es una de las profesiones de salud, más numerosas, las competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud; desde el instituto de alta especialidad, los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, en el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo; su principal función es desde la visión de promoción de la salud, el nivel preventivo, su intervención en el tratamiento mediante el cuidado específico del paciente y la rehabilitación, su base conceptual basada en el paradigma de Leavell y Clark en la historia natural de la enfermedad, en el accionar funcional donde permea la prevención de riesgos en todos los niveles, ya que sus acciones, en el cuidado del usuario/ paciente, se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la glo-

balización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

2.2.1 Condiciones de la práctica

En este escenario las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por los efectos del desarrollo tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados, pero también por el impacto que los cambios en el panorama epidemiológico. Sin embargo y más allá de la diversidad y del cambio que enfrentamos las enfermeras en la atención a la salud y en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro que hacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional, para tal fin, sus funciones parten de un marco legal a partir de los preceptos marcados en la Constitución Federal en la normativa aplicable a través de la Normas Oficiales Mexicanas, que la profesión exigen en su praxis técnica, que posibilitan una práctica correcta y un cuidado seguro donde el artículo 5º Constitucional, otorga una garantía para los pacientes, y una autorización para quienes cumplan, se plasma en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería, declara la enfermería como disciplina y la obligatoriedad de aporta procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña, igualmente en el cuidado involucra un entorno físico adecuado establecido en Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y de manera específica para cuidados al paciente en el preoperatorio, esta conjunción de procesos normativo, se involucran, la protección de residuos biológicos peligrosos, establecidos en Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, vinculado Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, donde es necesaria la regulación de los servicios de salud, para su funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, Norma Oficial Mexicana NOM-206-

SSA1-2002. Enfermería se ve obligada a cumplir la ley de responsabilidad administrativa de los servidores públicos, por lo consiguiente es obligatoriedad de cumplir la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, en este contexto se traducen en que, al paciente, en el preoperatorio tiene el derecho de un cuidado fundamental en tres aspectos: conocimiento, prevención y corrección.

Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica(2016 Dirección General de Epidemiología México): La vigilancia de las Infecciones Asociadas a la atención de la Salud (IAAS) en México está a cargo de la Red de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (RHOVE), este sistema de vigilancia centinela se estableció formalmente en 1997, y es responsable de unificar los criterios para la recopilación dinámica, sistemática y continua de la información generada por cada unidad de atención médica hospitalaria afiliada a la RHOVE mediante la NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Nosocomiales, y el manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica. Con el objetivo de generar información de calidad de uso clínico y epidemiológico. La vigilancia epidemiológica de las IAAS constituye un instrumento de vital importancia para identificar, medir, analizar y dimensionar el alcance de las IAAS, evaluar el impacto de los programas de prevención y control, y reducir la morbi-mortalidad, los costos extra y la sobre estancia hospitalaria.

2.2.2 Guía de Práctica Clínica

La Guía de Práctica Clínica en las intervenciones de enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal- Diálisis peritoneal (2013 consejo de salubridad de la Secretaria de Salud en México), señala los procesos del cuidado en flujo de acuerdo al tipo de diálisis peritoneal como:

- a) Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)
- b) Diálisis peritoneal automática (DPA) está en diversas modalidades (Sandi 2010), que puede ser Diálisis Peritoneal continua clásica (DPCC), la Diálisis peritoneal ambulatoria diurna (DPAD), la Diálisis Peritoneal intermitente (DPI), y la Diálisis Peritoneal Intermitente Tidal (DPIT).

La guía propone los instrumentos utilizados para el cuidado de enfermería como es: El test de equilibrio peritoneal (TEP), que es una escala para evaluar estados funcionales, el algoritmo del proceso (ver gráfico 1) y los diagnósticos de enfermería que más adelante se señalan aplicando el plan de cuidados en cada uno de ellos.

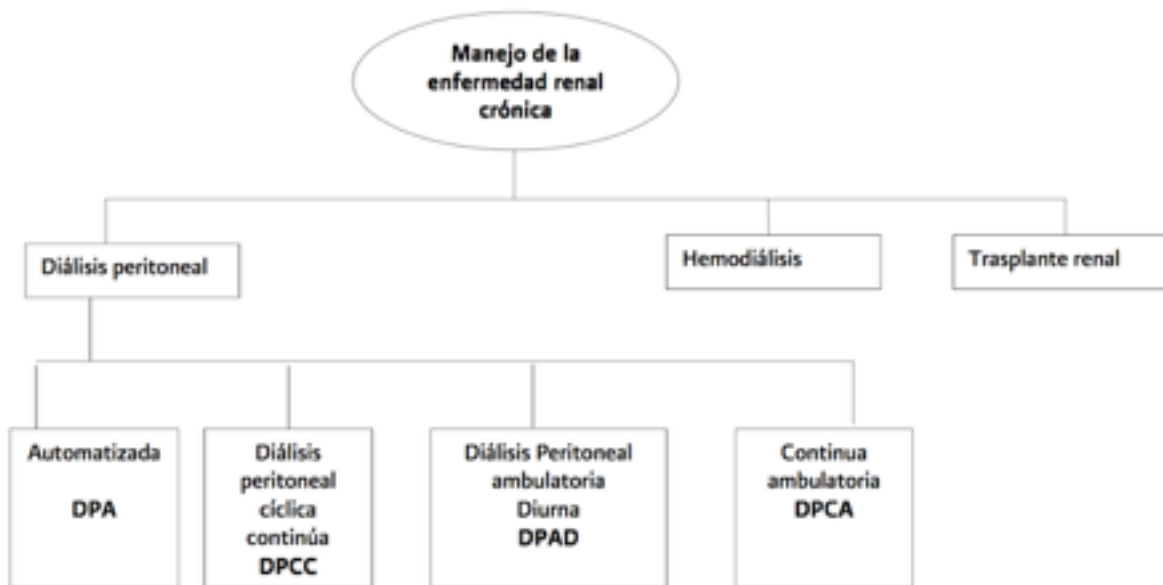


Grafico 1: Algoritmo del cuidado de enfermería en Diálisis Peritoneal del paciente ambulatorio:

2.2.3. El cuidado en Pacientes en DP:

Jiménez MJF (2017), refiere que, el cuidado en situaciones crónicas de salud, se demanda que, el profesional de enfermería, habilidades interpersonales y competencias específicas, para brindar cuidado, con conocimiento y destreza, en torno a las afecciones físicas y las patologías que provocan en la persona una situación de cronicidad; el cuidado de enfermería como un principio profesional,

hacia la persona es necesario reconocer las necesidades sentidas, la sintomatología clínica y los factores relacionados con la entidad patológica y la terapéutica, que permitan abordarla de manera holística y que coadyuven en el logro de las acciones de seguridad para la aplicación del tratamiento terapéutico, en el plan de cuidados. El aprender a “Ser” en un cuidado de enfermería a través del Proceso de Enfermería, que vincula, el cómo es, estar con el otro, de sentir lo que el otro siente y poder interpretar su sufrimiento a través de identificar, sus actitudes, intereses, motivaciones, miedos, desesperanza, ansiedad, aspectos que enfermería reconoce en la estandarización del accionar de enfermería de acuerdo al meta paradigma “entorno, salud, paciente, enfermería”, donde construye y realimenta, la información del emisor, para poder enlazar el accionar de la gestión enfermera en tres elementos importantes: 1) planear, 2) hacer, 3) Verificar y 4) Actuar.

En la Planeación del cuidado para el caso de los pacientes con DP se valora: sus antecedentes personales, su cultura socio histórica, que permitirá, observar el trasfondo de convivir con la terapia de remplazo renal, como lo es la diálisis peritoneal, donde se enfatiza en la valoración del PE para detectar las necesidades y/o patrones que alteran el estado de salud del paciente, y llegar al diagnóstico de enfermería (NANDA); también mediante el proceso de la planeación, se determinan los objetivos a seguir, para poder evaluar el cuidado (NOC), aplicando las estrategias, para alcanzarlas como son: a) Número de pacientes con DP, b) Necesidades de los paciente, c) Insumos requeridos, y d) las bolsas de reemplazo para el tratamiento de la DP.

En el Hacer: El cuidado abarca el conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un servicio va a cumplir los requisitos del cuidado otorgados al paciente, de ahí que, se pasará a analizar la gestión de calidad del cuidado de enfermería que abarca todos los procedimientos, actividades, responsabilidades que realiza el personal de enfermería frente a las personas que reciben que favorecen a conducir, regular, brindar asistencia técnica en el procedimiento de reemplazo por DP.

En la verificación: Se parte de la estructura organizativa, con los recursos establecidos para gestionar del cuidado de enfermería en el paciente, con la división y coordinación de las funciones y tareas en cada una de las partes del proceso, en una visión de medir las escalas alternativas, en escalas de la intervención de enfermería con calidad, utilizando la monitorización tecnológica, planificada y rutinaria en la DP.

En el actuar: Al utilizar PE, con la taxonomía diagnóstica de la NANDA, en la atención de pacientes con DP, proporciona las bases para la obtención de las intervenciones de enfermería más eficaces para llegar a unos resultados óptimos de cuidado; igualmente la utilización de los diagnósticos enfermeros favorece un lenguaje común y coherente, que representa el definir el cuerpo de conocimientos de enfermería, por la autonomía profesional que les otorga y por la continuidad de participación y alto nivel de calidad en los cuidados que recibe el usuario.

2.2.4. Las competencias de enfermería en el cuidado del paciente con DP:

Es indispensable en las competencias de enfermería en DP, que se realicen desde un enfoque humanístico, así como un abordaje integral encaminado a un diálogo y trabajo colaborativo entre los profesionales que brindan sus cuidados al individuo con la enfermedad y su familia. De tal forma, es primordial reconocer el papel que desempeña enfermería como disciplina que lidera el cuidado, y como principal responsable en la monitorización y control de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes cada día en diversos entornos.

Con el fin de brindar la mejor calidad de cuidados de enfermería a los usuarios que los requieren, las enfermeras, han creado el Proceso de Enfermería (PE) como un método de trabajo que aporta grandes beneficios, al lograr la vinculación del paciente a su cuidado, como ente participativo del mismo; de igual forma el PE ha proporcionado ganancia profesional, pues al trabajar con un método estructurado, posibilita la unificación de criterios entre enfermeros, todo esto orientado hacia el desarrollo y crecimiento de la profesión de enfermería.

Lo que aporta una evidencia y refleja la eficacia de la labor de enfermería en el funcionamiento de la unidad de diálisis, garantizando la atención integral al paciente, la continuidad de cuidados y el seguimiento diario, transmitiendo seguridad y confianza a este, tanto en su relación con los profesionales sanitarios como en la aceptación de su enfermedad.

Feletti, Firman y Sansón-Fisher (2001) citado por Lozada RM (2013), plantea 10 dimensiones en las competencias del área de la salud:

- 1) Mutuo entendimiento en la relación médico-enfermera-paciente.
- 2) Percepción del paciente de su individualidad /Médico-enfermera como modelo.
- 3) Cantidad de tiempo de consulta y la participación de enfermería.
- 4) Continuidad de cuidados percibida.
- 5) Tipo y calidad de la información.
- 6) Competencia en el examen físico del paciente/Competencia en el dominio físico.
- 7) Competencia en el dominio emocional.
- 8) Competencia en relaciones sociales. Estos autores concluyen que las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante);
- 9) Competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales);
- 10) percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo) Influencia en la Satisfacción del paciente.

El cuidado de enfermera en pacientes con DP, se basa en procesos sistematizados y planificados, utilizando estrategias de docencia, educación en salud , investigación comunitaria y publica , servicio asistencial y administrativo , lo cual brinda efectividad al actuar del profesional de enfermería , en las funciones de valoración, evaluación a través del análisis y opiniones informadas respecto a lo histórico social del paciente, con la finalidad de favorecer la efectividad y minimizar las complicaciones . Uno de los pilares en el tratamiento es la educación del paciente y familia generando conductas favorables; es así que la consulta influye en: reducir el im-

pacto emocional, generar espacios de comunicación en la familia, fomentar el cumplimiento del tratamiento y favorecer la conducta de estilo de vida saludable. El profesional de enfermería, en el cuidado al paciente con DP, dispone de múltiples oportunidades para compartir los conocimientos necesarios con los pacientes y familiares, frente a las demandas de tratamiento y obligaciones sociales; la intervención de las competencias de enfermería, se basa en el respeto a los derechos humanos, el trato amable, respetuoso y satisfacción del paciente favoreciendo la inclinación del paciente a quedarse en el programa de DP.

Con la finalidad de aumentar el autocuidado, bienestar y disminuir la ansiedad, enfermería asiste, educa, capacita y retroalimenta al paciente y familia en su autocuidado, con el propósito de prevenir, controlar, evaluar, limitar y rehabilitar al enfermo renal; teniendo en cuenta el modelo de enfermería de Virginia Henderson quien afirma que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales y paciente, enfocándose en ayudar a la realización de aquellas actividades que contribuyan a la mejora de su salud, recuperación de la enfermedad o muerte aceptable. Por lo cual, es crucial para la enfermería, cumplir con un perfil profesional basado en competencias y habilidades para brindar una consulta adecuada a los pacientes, favoreciendo sus conocimientos y conductas. En la actualidad el personal de enfermería que aplica la DP, la mayoría no cuenta con especialidad nefrológica, sin embargo las unidades de salud que otorgan la atención, tanto en clínicas públicas o privadas, han capacitado al personal de enfermería en el tratamiento sustitutivo de DP, en practica tecnológica del manejo de la maquina Cicladora Home Choice, hasta los monitores electrónicos, donde se enfatiza la asepsia y antisepsia del aseo de la mesa Pasteur, la técnica de lavado de manos estricto con agua y jabón, preparación física del paciente donde se le instala cubre bocas, posición de semifowler, colocación de la línea del catéter peritoneal (tenkoff) , preparación de bolsas colocándola en la parte superior de la máquina , cubriendo el sensor de la temperatura, programándose de acuerdo a los litros y ciclos correspondientes a la terapia indicada por el médico.

En este sentido, la competencia de enfermería se mecaniza a las órdenes de la empresa, sin llevar un cuidado humano al paciente, por lo que se requiere como

menciona Benner (1996) que para un cuidado de pacientes críticos como es la intervención de enfermería en DP, las competencias a ejercer son:

- 1) Un sólido marco científico-técnico que considera la complejidad y diversidad de los problemas de salud como la aplicación de la tecnología apropiada.
- 2) Habilidad en los procedimientos y técnicas avanzadas que implica la rápida y correcta toma de decisiones para la resolución de situaciones que implican riesgo para la vida de los pacientes.
- 3) Reflexión y análisis en un pensamiento crítico influenciado por el conocimiento y la experiencia, para la aplicación integral del cuidado, la confianza, la perspectiva contextual, la creatividad, la flexibilidad, la curiosidad, la integridad intelectual, intuición, apertura mental, la perseverancia y la reflexión.

De ahí que las competencias profesionales que requiere la enfermera son en una visión humanística del cuidado que Watson en su declaratoria afirma: “Enfermería es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma para generar procesos de conocimiento de sí mismo”, por ello se requiere que los pacientes con DP, sean los cuidados humanísticos fenomenológicos y la transcultural, reconociendo que debe ser entendida como un proceso que es vivido de un modo particular por un individuo que a su vez tiene una serie de particularidades sociales y culturales, que van encaminadas, al manejo de esa situación con el objeto de prestar un apoyo lo más congruente y competente posible con el padecimiento, para lo cual se requiere de una adecuada formación de experto en materia de relación terapéutica.

En las competencias de enfermería para un desarrollo del cuidado, Benner adopta el Modelo de Dreyfus para permear el conocimiento heurístico en la práctica profesional poniendo de relieve la existencia de cinco grados de competencias: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta; a la vez identifica nueve dominios (situaciones importantes alrededor de las cuales se organizan objetivos). En cada uno de estos dominios se destacan seis aspectos del juicio clínico y del comportamiento de la enfermera experta:

1. Pensamiento en acción y razonamiento en transición.
2. Conocimientos técnicos expertos.

3. Práctica basada en la respuesta.
4. Representación-mediación.
5. Agudeza perceptiva y habilidad de implicación.
6. Enlace clínico y ético (Arreciado, Estorach, y Ferrer, 2011).

2.2.5 Proceso de Atención de Enfermería: Plan de Cuidados (Pc) Estandarizados en paciente con DP.

Valoración: En el Hospital Regional Vicente Gro del IMSS, la valoración se realiza a través de los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, siguiendo el protocolo de la Guía Clínica donde se enfatiza con el Test de equilibrio peritoneal (Guía Clínica Secretaria de Salud 2013), para definir el gradiente de concentración, donde se verifica el cumplimiento de las normas mexicanas 019. completándose con una valoración física del enfermo por los patrones funcionales de Margorit Gordon. Se interpretan y se analizan los datos correspondientes del paciente, obteniéndose unos diagnósticos de enfermería, que se han organizado según dichos patrones. Para la denominación de los diagnósticos se aplica la Taxonomía NANDA II, y en cada uno de ellos se considera las características definitorias, los factores relacionados y los factores de riesgo.

- 1) En el patrón nutricional-metabólico, se diferencian seis diagnósticos de enfermería, dos de alto riesgo y cuatro reales, Destaca el de Alto riesgo de infección, que se manifiesta y el de Exceso de volumen, presentándose el resto de los diagnósticos con menos frecuencia, así el de Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Desequilibrio nutricional por defecto, Desequilibrio nutricional por exceso y Deterioro de la integridad cutánea.
- 2) En el patrón actividad-ejercicio, hay seis diagnósticos reales. Es el Deterioro en el mantenimiento del hogar el diagnóstico que a más afecta dentro de este patrón, le sigue Fatiga, y Déficit de autocuidado, Intolerancia a la actividad, Déficit de actividades recreativas y Deterioro de la movilidad física.
- 3) En el patrón cognitivo-perceptual se presentan tres diagnósticos reales. Destaca claramente el diagnóstico Dolor crónico y los otros dos diagnósticos, dife-

renciándose Déficit de conocimientos farmacológicos, y en relación con el acceso vascular, y el otro diagnóstico, que es el de Alteraciones de los procesos sensorceptivos visuales y auditivos.

- 4) En el patrón autopercepción-autoconcepto cuatro diagnóstico: El más preocupante es el del de Temor, le sigue el de Baja autoestima crónica se diagnosticó y los de Desesperanza y Ansiedad en cinco.
- 5) En el patrón eliminación tres diagnósticos, dos reales y uno de alto riesgo, el de Alto riesgo de estreñimiento y finalmente Diarrea.
- 6) En el patrón rol relaciones tres diagnósticos de enfermería, destacando el de Duelo disfuncional, el de Deterioro de la interacción social y el Deterioro de la comunicación verbal.
- 7) En el patrón adaptación-tolerancia al estrés. En la valoración de este patrón se detectan dos diagnósticos de enfermería: Cansancio en el desempeño del rol cuidador y Alto riesgo de cansancio en el desempeño.
- 8) En el patrón percepción-manejo de la salud. se detecta el diagnóstico, Mantenimiento inefectivo de la salud.
- 9) En el patrón sueño-descanso el diagnóstico Deterioro del patrón del sueño que se manifiesta en 25 pacientes.
- 10) En el patrón sexual-reproductivo presenta el diagnóstico de Disfunción del patrón sexual.
- 11) En el patrón valores y creencias, no se detectó ningún diagnóstico de enfermería.

2.2.6 Proceso de Atención de Enfermería: Plan de cuidados (pc) Estandarizados).

DX: Riesgo de infección R/C Procesos invasivos.

| Diagnóstico de Enfermería (NANDA) | Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) | | | |
|---|--|--|---|---|
| | Resultados | Indicadores | Escala(s) de Medición | Puntuación diana |
| <p>Dominio: 11 Seguridad / protección Clase: 1 Infección</p> <p>Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos (Diálisis).</p> | <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Respuesta Inmune</p> <p>Resultado: Estado Inmune</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Recuento leucocitario • Estado respiratorio • Estado gastrointestinal • Estado genitourinario | <p>1 Gravemente comprometido</p> <p>2 Sustancialmente comprometido</p> <p>3 Moderadamente comprometido</p> <p>4 Levemente comprometido</p> <p>5 No comprometido</p> | <p>Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos</p> |
| <p>Problema interdependiente</p> <p>Riesgo de peritonitis S/C procedimiento invasivo peritoneal</p> | <p>Dominio: Salud Fisiológica (II)</p> <p>Clase: Nutrición (K)</p> <p>Resultado: Estado nutricional</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión alimentaria • Relación peso/talla | <p>1 Desviación grave del rango normal</p> <p>2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p> | |
| Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) | | | | |
| Campo: (4) Seguridad Clase: (V) Control de riesgos | | | | |
| Intervenciones: Protección contra infecciones | | | | |
| <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Inspeccionar el estado de cualquier incisión/ herida quirúrgica • Fomentar una ingesta nutricional suficiente • Fomentar la respiración y tos profunda | | | | |

DX: Riesgo de desequilibrio electrolito R/C Disfunción Renal.

| Diagnóstico de Enfermería (NANDA) | Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) | | | |
|---|--|---|--|---|
| <p>Dominio: 2 Nutrición Clase: Hidratación</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C disfunción renal</p> | <p>Resultados</p> <p>Dominio: salud fisiológica (II) Clase: Líquidos y electrolitos (G) Resultado: Equilibrio electrolítico y acido base</p> <p>Dominio: Clase: Resultado: Función renal</p> | <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sodio sérico • Potasio sérico • Cloruro sérico • Calcio sérico • Magnesio sérico • PH sérico <p>• Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 horas</p> <p>• Hipertensión</p> | <p>Escala(s) de Medición</p> <p>1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal</p> <p>1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido</p> <p>1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno</p> | <p>Puntuación diana</p> <p>Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos</p> |
| Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) | | | | |
| Campo: (2) Fisiológico complejo Clase: (N) Control de la perfusión tisular | | | | |
| Intervenciones: Monitorización de líquidos | | | | |
| <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar ingresos y egresos. • Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de respiración • Llevar un registro preciso de ingresos y egresos. • Realizar diálisis, si procede, tomando nota de la respuesta del paciente | | | | |

DX: Exceso de volumen de líquido R/C compromiso de los mecanismos reguladores
M/P alteración de los electrolitos.

| Diagnóstico de Enfermería (NANDA) | Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) | | | |
|---|---|---|---|--|
| Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores M/P alteración de los electrolitos, anasarca, azoemia, cambios de la presión arterial, cambios en el patrón respiratorio | Resultados esperados Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Resultado: Líquidos y electrolitos (G) equilibrio hídrico Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación (F) Resultado: Función renal | Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial • Entradas y salidas diarias equilibradas • Peso corporal • Electrolitos séricos • Edema periférico • Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 horas • Nitrógeno ureico en sangre • Creatinina serológica • Electrolitos serológicos | Escala(s) de Medición 1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido 1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal | Puntuación diana Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos |
| Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) | | | | |
| Campo: (2) Fisiológico complejo Clase: (N) Control de la perfusión tisular | | | | |
| Intervenciones: Manejo de líquidos | | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar diálisis, si procede, tomando nota de la respuesta del paciente • Vigilar ingresos y egresos. • Vigilar parámetros hemodinámicos invasivos, si procede. | | | | |
| Campo: (2) Fisiológico complejo Clase: (G) Control de la perfusión tisular | | | | |
| Intervenciones: Terapia de diálisis peritoneal | | | | |

Actividades:

- Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada
- Valorar la permeabilidad del catéter, anotando la dificultad del flujo de entrada/salida
- Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.
- Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal.
- Asegurar la manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.
- Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal.
- Medir y registrar el perímetro abdominal.
- Medir y registrar el peso diariamente.
- Fijar las conexiones y el catéter firmemente.
- Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Realizar cambios de diálisis según protocolo del centro hospitalario.
- Observar si hay signos de infección (peritonitis)

DX: Riesgo de confusión aguda R/C Anomalías metabólicas.

| Diagnostico de Enfermería (NANDA) | Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) | | | |
|---|---|---|--|---|
| <p>Dominio: 5 Percepción/cognitivo Clase: 4 cognición</p> <p>Riesgo de confusión aguda R/C anomalías metabólicas (Azoemia, disminución de la hemoglobina, desequilibrio electrolítico, aumento de la urea y creatinina)</p> | <p>Resultados</p> <p>D o m i n i o : S a l u d fisiológica (II) Clase: Resultado: Líquidos y electrolitos (G) equilibrio electrolítico y acido base</p> | <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potasio sérico • Magnesio sérico • Calcio sérico • Creatinina sérica • Deterioro cognitivo | <p>Escala(s) de Medición</p> <p>1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal</p> <p>1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno</p> | <p>Puntuación diana</p> <p>Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos</p> |
| Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) | | | | |
| <p>Campo: (2) Fisiológico complejo Clase: (G) Control de electrolitos y acido base</p> | | | | |
| <p>Intervenciones: Monitorización neurológica.</p> | | | | |
| <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia. • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar los signos vitales. • Vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras. • Notificar al médico los cambios en el estado del paciente. | | | | |

DX: Disposición para mejorar gestión de la propia salud M/P Deseos de manejar el tratamiento.

| Diagnostico de Enfermería (NANDA) | Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) | | | |
|---|---|---|--|--|
| | Resultados | Indicadores | Escala(s) de Medición | Puntuación diana |
| Dominio: 1 Promoción a la salud Clase: 2 Gestión de la salud Disposición para mejorarla gestión de la propia salud M/P deseos de manejar el tratamiento | Dominio: Clase: Resultado: Conocimiento: régimen terapéutico | <ul style="list-style-type: none"> Proceso de la enfermedad Procedimientos prescritos Meditación prescrita Actividad prescrita Dieta prescrita | 1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso | Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos |
| Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) | | | | |
| Campo: (3) Conductual Clase: (S) Educación de los pacientes | | | | |
| Intervenciones: Enseñanza procedimiento tratamiento | | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente /ser querido acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento /tratamiento, si procede. Explicar el propósito del procedimiento /tratamiento Describir las actividades del procedimiento /tratamiento Explicar el procedimiento /tratamiento | | | | |
| Intervenciones: Enseñanza: Proceso de enfermedad | | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. Describir el fundamento de las recomendaciones de control /terapia / tratamiento Describir las posibilidades complicaciones Instruir al paciente sobre cuales son los signos y síntomas de alarma. | | | | |

2.3 ANTECEDENTES DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Nivel internacional.

Madrid, Raúl G, Jesús F, Isabel G, Alt. 2016. Satisfacción del paciente en diálisis (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal): aspectos a mejorar. **Objetivo:** Evaluar la satisfacción de los pacientes de una Unidad de diálisis de un mismo hospital con amplia representación tanto de hemodiálisis (HD) como de diálisis peritoneal (DP), analizando al mismo tiempo si existen diferencias entre ambas técnicas. **Metodología:** Se hizo un corte transversal de todos los pacientes en diálisis (HD y DP) de nuestro centro. Los criterios de inclusión fueron: no estar ingresado, llevar como mínimo un mes en diálisis y estar capacitado física y mentalmente para responder al cuestionario. El personal de Enfermería de la Unidad entregó para su cumplimentación anónima el cuestionario validado SERVQHOS modificado para HD (adaptando su redacción para DP) que evalúa la satisfacción con veintidós atributos y variables socio-demográficas que podrían condicionar la satisfacción. de la encuesta SERVQUAL utilizada para evaluar la calidad percibida en empresas de servicios. **Resultados:** Fueron incluidos en este estudio 143 pacientes que completaron el cuestionario, 50 de HD (35%) y 93 de DP (65%). En HD el 53% eran hombres, frente al 63% en DP. La edad media fue de 68 años en HD (37-91) y de 62 años en DP (31-88). Sólo un 7% era trabajador activo en HD, frente al 10,6% en DP. El 65% de los pacientes en HD tenía estudios primarios y un 13% no tenía estudios de ningún tipo, frente al 60% y el 5 % en DP, respectivamente. **Conclusiones:** El elevado porcentaje de cumplimentación obtenido (muy alto para este tipo de estudios) indica que los pacientes colaboran de buen grado. En vista de los resultados, podemos concluir que los pacientes en diálisis se muestran globalmente satisfechos pero que debemos mejorar, especialmente en HD la información, sobre todo la relacionada con la medicación. Este es el punto que nos planteamos como objetivo de mejora para el futuro dada además su vinculación con la Seguridad del Paciente.

Palabras clave: satisfacción; diálisis; seguridad.

España, 2015 María S, Luis G, Carmen C. Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. **Objetivo:** Analizar los factores que intervienen en la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis respecto al personal de enfermería. **Metodología:** Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo, de tipo fenome-

nológico, mediante grupo focal de 7 pacientes en hemodiálisis de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología de Córdoba. Los sujetos fueron seleccionados mediante muestreo intencionado, tras su consentimiento informado. **Resultados:** Se han categorizado los resultados según las dimensiones de la calidad percibida. Respecto a la accesibilidad creen que son bien atendidos, pero pierden mucho tiempo en la unidad de diálisis. Conclusiones: Este grupo de pacientes en hemodiálisis destaca la relación que se crea entre ellos y enfermería. Tienen un alto grado de confianza en el personal de enfermería, basado en su destreza para pinchar la fístula arteriovenosa y en su fiabilidad profesional. **Palabra clave:** satisfacción del paciente, hemodiálisis, grupo focal. (María, Luis, Carmen 2015).

Madrid, Daniela L, Lorena R, Sonia C, Alt. 2015. Los cuidadores de pacientes en terapia de diálisis peritoneal requieren fortalecer su habilidad de cuidado. **Objetivo:** Describir la experiencia del cuidador familiar que cuida a personas en diálisis peritoneal que asisten al programa "Cuidando a los cuidadores " Versión institucional". **Metodología:** Estudio cualitativo de tipo descriptivo, realizado en el primer semestre de 2015, con una muestra conformada por 277 relatos de cuidadores familiares de personas en diálisis peritoneal que asistieron al programa "Cuidando a los Cuidadores® versión institucional". **Resultados:** Dentro de las características de los cuidadores se encontró que en su mayoría son mujeres en edad productiva, que son las madres, hijas o esposas del familiar a quien cuidan. Se construyeron 7 categorías de análisis: nuevos conocimientos, interacción con otros, apoyo, descansar, bienestar, oportunidad de mejorar, nueva perspectiva. **Conclusiones:** La experiencia de participar en el programa Cuidando a los Cuidadores® versión institucional", es una experiencia que va desde adquirir nuevos conocimientos hasta tener una nueva perspectiva como cuidador. **Palabras clave:** cuidadores; diálisis peritoneal; habilidad; enfermería. (Daniela, Lorena, Sonia, Alt. 2005) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000300007

Colombia, Fernando AF-L, Manuel S, Daniel MB-L, Alt. (2018) Análisis de pacientes en diálisis peritoneal: factores clínico-epidemiológicos y tipo de transporte peritoneal con recambio hipertónico, **Objetivo:** determinar las características de la población y el tipo de transporte peritoneal (utilizando una solución dializante hipertónica). **Metodo-**

dología: estudio descriptivo transversal en pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa, durante el período comprendido entre el 1 de octubre al 15 de noviembre de 2016. **Resultados:** la nefropatía diabética fue identificada como la causa de nefropatía crónica en 18 (42.9 %) pacientes; seguida de la nefropatía hipertensiva, con 14 (33.3 %), y la nefropatía mesoamericana, con 8 (19.0 %). El tipo de transporte peritoneal más frecuente fue el promedio alto, en 21 (50.0 %) de los pacientes; seguido del promedio bajo, con 12 (28.6 %); el transporte bajo, con 7 (16.7 %); y el transporte alto, con 2 (4.8 %). **Discusión:** en Centroamérica, durante los últimos años, ha habido un aumento de incidencia de la enfermedad renal en trabajadores provenientes de la costa pacífica, especialmente varones agricultores sin factores de riesgo. Esto constituye una epidemia de la nefropatía mesoamericana. Existe una relación entre el aumento de la transferencia de solutos y la disminución de la ultrafiltración con el paso del tiempo. **Conclusiones:** la nefropatía mesoamericana es una causa emergente de enfermedad en la región. No se encontró relación entre el tiempo prolongado de diálisis peritoneal, o el antecedente de peritonitis, y un transporte peritoneal bajo. **Palabras-clave:** enfermedad renal; diálisis peritoneal; prueba de equilibrio peritoneal; transporte peritoneal; peritoneo; Honduras (Fernando, Manuel, Daniel, 2018).

Perú, YULI YRH, 2018 Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal del Centro de Salud Renal Es Salud

Objetivo: comparar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal del centro de salud renal ESSA-LUD Puno 2017. **Metodología:** El estudio fue de tipo descriptivo- comparativo de corte transversal, el grupo de estudio estuvo conformada por una muestra de 30 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y 30 pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal seleccionados según criterio de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta. Como instrumento: el cuestionario de salud SF-36 v 2.0 para determinar la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal, el cual consta de ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. **Resultados:** se halló que los pacientes en tratamiento diálisis peritoneal alcanzaron un mayor porcentaje en regular calidad de vida (60%), seguido de mala calidad de vida (27.7%) y buena calidad de vida (13.3%); en tanto comparativamente

los pacientes en tratamiento en hemodiálisis obtuvieron un porcentaje mayor en mala calidad de vida (53.3%) seguido de regular calidad de vida (40%) y buena calidad de vida (6.7%). Todos los datos obtenidos se analizaron con la prueba estadística T de Student afirmando la hipótesis nula, por tanto, **Conclusión:** que la calidad de vida es mejor en los pacientes con diálisis peritoneal, corroborado con el nivel de significancia del 5% es mayor al valor de alfa igual a 0.05. **Palabras clave:** Calidad de vida, insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal, hemodiálisis. (Yuli 2018).

Perú, Espinoza FMJ, Muñoz SKM, Sánchez GAE, 2017, Consulta de enfermería frente al manejo de las complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal. Centro Nacional de Salud Renal **Objetivo:** Evaluar la consulta de enfermería frente al manejo de complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal. **Metodología:** El presente estudio es cuantitativo, de diseño descriptivo de corte transversal. La población de estudio estará conformada por 48 pacientes que pertenecen al Programa de Diálisis Peritoneal en el Centro Nacional de Salud Renal – Es Salud. **Resultado:** los participantes de dicho estudio no serán sometidos a ningún riesgo que atente contra su salud, ya que en todo momento se respetara su autonomía, también será previa autorización del Centro Nacional de Salud Renal (CNSR) para tener acceso a las historias clínicas. **Conclusión:** reconocen que el respeto a la autonomía implica el derecho del paciente a aceptar o rechazar ser parte de esta investigación, en cualquier etapa del estudio, la aplicación de este principio se realizará mediante el consentimiento informado. **Palabras claves:** Consulta de enfermería, diálisis peritoneal, complicaciones infecciosas. (Espinoza, Muñoz, Sánchez 2017)

Ecuador, Suconata P, Ana AR, Evelin GIE, Alt., 2019 Proceso de atención de enfermería en paciente con enfermedad renal crónica más derrame pleural

Objetivo: Aplicar el proceso de atención de enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson para satisfacer las necesidades básicas de bienestar mental físico y social del paciente. **Metodología:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas confiables en bases de datos: Scielo, Redalcy, MEDLINE, Dialnet, ScenceDirect, Scopus. **Resultados:** se identificaron diferentes causas del derrame pleural en primer lugar son las infecciosas seguido de las neumonías y derrame paraneumónico, tuberculosis pulmonar, tuberculosis pulmonar más VIH 8,2%, con la Enfermedad Renal Crónica no se encontró relación directa. En relación a la

sintomatología en la Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural señala que la sintomatología es variable y depende directamente de la causa subyacente, pero las manifestaciones más comunes son: dolor pleurítico, disnea, tos seca y fiebre, lo que coincide con lo manifestado por la paciente. **Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados al desarrollo y progresión del derrame pleural dependen de causas subyacentes como la edad, atención médica, ubicación geográfica, más las enfermedades cardiovasculares, infecciosas e inmunológicas, por otra parte los signos y síntomas identificados como los más comunes sobre el derrame pleural son: dolor pleurítico, disnea y tos. Mediante la valoración del caso con la teoría de Virginia Henderson se determina que todas las necesidades básicas se encuentran alteradas, pero las agravantes para su estado de salud se reflejan en la Necesidad de respirar normalmente, necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas y necesidad de evitar los peligros. Dentro del proceso de atención de enfermería basándose en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, los problemas más sobresalientes recaen sobre las etiquetas diagnósticas con: Patrón Respiratorio Ineficaz, Exceso de Volumen de Líquidos, Dolor Crónico, Riesgo de Caídas y Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea. **Palabras claves:** Enfermedad renal crónica Derrame pleural, Teoría de Virginia Henderson, Atención de enfermería (Suconata, Ana, Evelin 2019)

Ecuador, Bryan GJA, Steven PHS, Francisco MM. 2018, Educación de los familiares sobre el cuidado y manejo de catéter peritoneal en los servicios de nefrología del hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante septiembre 2017 a marzo 2018, **Objetivo** de determinar las posibles causas que generan el riesgo de infección en el catéter peritoneal en pacientes atendidos en el Hospital Francisco de Icaza Bustamante en el periodo septiembre 2017 – marzo 2018. Se aplicó la **Metodología** descriptiva, transversal, cuantitativa, con uso de la encuesta aplicada a los cuidadores de los pacientes, cuyos **Resultados** identificaron que estos representantes pertenecieron al grupo etáreo de 21 a 40 años de edad, siendo su grado de instrucción de bachillerato; la infección que afectó a la mayor cantidad de pacientes fue la peritonitis, siguiéndole en orden de importancia la difusión del catéter y la bacteriemia, siendo las causas principales la limitada asepsia e higiene de la habitación y de las manos del cuidador, a lo que se añade que no se está cambiando en el tiempo oportuno los catéteres; no todo el personal enfermero se encuentra preparado para proporcionar

consejería especializada de autocuidado ni charlas educativas a los pacientes que tienen instalado el catéter de diálisis peritoneal, en **Conclusión**, la estrategia de intervención debe ser el diseño del programa educativo para familiares de pacientes portadores de catéter de diálisis peritoneal. **Palabras claves:** Programa educativo, Familiares de pacientes, Catéter de diálisis peritoneal, Riesgo de infección. (Bryan, Steven, Francisco 2018)

Colombia Claudia A., Fred G., 2015. Calidad del cuidado de enfermería percibida por paciente hospitalizado Objetivo: determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla, Colombia. Materiales y métodos: estudio descriptivo, transversal, cuantitativo. El tamaño muestral fue de 147 pacientes que tenían orden de egreso. Se utilizó el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CUCACE), versión en castellano, previo cumplimiento de criterios de inclusión. Se tuvieron en cuenta aspectos éticos y normativos, guardando el rigor científico y **metodológico**. Los datos fueron organizados en Excel y procesados en SPSS. Resultados: la satisfacción y las experiencias de los pacientes con el cuidado de enfermería están por encima del 70 %, lo que indica resultados altamente positivos según la escala del CUCACE. **Los resultados** de asociación solo mostraron relación entre dichas variables y el sexo, mas no se encontró asociación significativa con el resto de las variables sociodemográficas. El 58,5 % fueron mujeres y el 41,5 %, hombres. El 96,6 % de los pacientes con que el cuidado de enfermería no requiere mejoría. **Discusión y conclusión:** los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción, lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución es buena. Los resultados son coherentes con lo hallado en estudios similares a nivel nacional e internacional.

Palabras clave Cuidado de enfermería, calidad de la atención de salud, satisfacción del paciente, enfermería, hospitalización (Fuente: DeCS, BIREME) (Claudia, Fred. 2015).

Perú, Campos RR, Peña AHPE, Margarita AS, 2018, calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal en un hospital nacional lima, 2018, **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal en el servicio de nefrología en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, junio 2018. **Metodología:** La presente investigación será de tipo cuantitativa descriptiva de corte transversal. El estudio se realizará en una población compuesta por 80 pacientes del programa de hemodiálisis y 55 usuarios del programa de diálisis peritoneal que desempeñen con los criterios de selección. La recaudación de datos se aplicara la encuesta y la herramienta a utilizar el cuestionario Calidad de Vida (SF-36 v2). Plan de tabulación y análisis: La información recolectada será codificada e ingresada a una base de datos electrónica pre establecida en el programa Microsoft Excel 2016, luego procesada y analizada en el software estadístico SPSS versión 23. La asimilación de la calidad de vida entre los pacientes con terapia sustitutiva renal en hemodiálisis y/o diálisis peritoneal se efectuará usando la t de Student con un nivel de significancia estadística de $<0,05$. **Resultados** obtenidos serán demostrados en tablas y gráficos estadísticos. Durante la ejecución de la investigación los criterios del rigor científico y principios éticos serán nuestra prioridad. **Conclusión:** el fin de la enfermería, es guiar al individuo, ayudándole a identificar y hacer uso de su poder propio a medida que se les permita desenvolverse a niveles más altos de conciencia, apuntando al máximo bienestar en la vida. **Palabras claves:** Calidad de vida, Peritoneal, (Campos, Peña, Margarita, 2018)

Perú, Taboada M, Daniel A, Meléndez L, Alt: , 2017 Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, con Tratamiento Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Servicio Nefrología Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – Es salud, Callao **OBJETIVO:** Establecer la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal con tratamiento sea en Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal. Servicio de Nefrología. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren; **MÉTODOS:** El estudio según su tendencia fue cuantitativo, según su orientación fue aplicada, según el tiempo de ocurrencia de los hechos investigados fue prospectivo, según su periodo y la secuencia de los datos fue transversal y según su análisis y alcance de sus resultados fue descriptivo, en tanto el estudio fue inédito. **RESULTADOS:** La Calidad de vida en Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal fue medianamente saludable en un poco

menos de la mitad (45.24%) y en un poco más de la mitad (54.55%) respectivamente. Las dimensiones en HD y DIPAC, en la Función Física, Dolor corporal, Rol emocional y Salud mental, en ambos tratamientos la calidad de vida es medianamente saludable en un poco más de la mitad (52%), las dimensiones Salud General y en Función Social la calidad de vida es medianamente saludable un poco más de la mitad (57%) y un poco menos de la mitad (41%) respectivamente. **CONCLUSIÓN:** Se confirma la hipótesis estadística. Si hay diferencia en la calidad de vida en ambos tratamientos, siendo mayor en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. **PALABRAS CLAVE:** Pacientes, Insuficiencia Renal, Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis, Calidad De Vida, Cuestionario Sf-36 (Taboada, Daniel, Meléndez, 2017)

Nivel Nacional

Michoacán, México, Itzel JR, Saúl BG, Itzia ICC, Alt. 2016 Características clínicas de la peritonitis asociada a diálisis peritoneal en el Hospital General Regional no. 1 en Michoacán, México **Objetivo:** caracterizar clínicamente la peritonitis asociada a diálisis peritoneal (padp) e identificar los microorganismos presentes en esta enfermedad. **Métodos:** estudio transversal. De enero 2013 a diciembre de 2015 se obtuvo información de expedientes clínicos sobre variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio de 34 pacientes mayores de 18 años de edad, hospitalizados con diagnóstico de peritonitis asociada a diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital General Regional (hgr) no.1 Charo, Michoacán, México. Los datos fueron presentados en medias, desviación estándar para variables continuas y en frecuencia con porcentaje para variables categóricas. **Resultados:** la etiología de la enfermedad renal crónica terminal (erct) fue la nefropatía diabética en 15 pacientes (44.1%), desconocida en 11 (32.4 %), hipertensión arterial en 7 (20.6%) y un riñón poliquístico (2.9 %). Los microorganismos aislados fueron Staphylococcus epidermidis en 14 pacientes (41.2%), Escherichia coli en 8 (23.5%) y Enterococcus faecalis en 6 (17.6%); se observó resistencia antimicrobiana a cefalosporinas de tercera generación, ciprofloxacino y macrólidos. 19 pacientes (55.9%) requirieron estancia hospitalaria mayor a siete días; 14 (41.2 %) ameritaron cambio de modalidad dialítica y 6 (17.6 %) fallecieron. **Conclusión:** la peritonitis incrementa los días de hospitalización, la morbilidad y mortalidad en los pacientes con Staphylococcus epidermidis

fue el microorganismo más frecuentemente aislado. Es fundamental que se eduque a la población en materia de prevención, así como la participación del médico familiar quien debe fomentar una mayor vinculación con el segundo nivel de atención.

Palabras clave: enfermedad renal crónica terminal, diálisis peritoneal continua ambulatoria, peritonitis (Itzel, Saúl, Itzia 2016)

2.4.- ANATOMIA Y FISILOGIA

2.4.1- Anatomía del riñón.

Los riñones efectúan una gran variedad de funciones para el cuerpo, la mayor parte de las cuales es esencial para la vida. Algunas de las funciones del riñón tienen relaciones lógicas obvias e interconectadas por necesidad, riñón es un órgano que se encarga de manera primordial de la remoción de desechos metabólicos del cuerpo.

Los dos riñones se encuentran fuera de la cavidad peritoneal en contacto estrecho con la pared abdominal posterior, uno a cada lado de la columna vertebral. Cada uno de ellos es una estructura con forma de frijol. La superficie convexa o redondeada externa o lateral de cada riñón mira hacia el lado correspondiente del cuerpo y la superficie bidentada, llamada *hilio*, se dirige hacia la línea media o se orienta en sentido medial. Por cada hilio penetran una arteria renal, una vena renal, nervios y la porción ensanchada del uréter que se llama pelvis renal, y que en continuidad con éste se encarga de transportar la orina desde el riñón hacia la vejiga. La pelvis de cada uréter la forman cálices mayores, que a su vez están constituidos por cálices menores. Los cálices son estructuras en forma de copa o embudo que se ajustan a cada una de las porciones de tejido renal ahuecado en forma cónica subyacente que en conjunto se denominan *pirámides*. La punta de cada pirámide se llama *papila* y se proyecta hacia un cáliz menor. Los cálices actúan como recipientes colectores de la orina formada por el tejido renal en las pirámides. Estas últimas se distribuyen de manera radial alrededor del hilio, con las papilas apuntando hacia éste y las bases anchas de las pirámides mirando hacia las partes externa, superior y del fondo del órgano (desde la posición de las 12 hasta la de las 6 del reloj). Las pirámides constituyen la médula renal. Por encima de la médula se encuentra una corteza y la cubierta de tejido cortical sobre la superficie exterior del riñón es una cápsula delgada de tejido conjuntivo.

La masa tisular funcional tanto de la corteza como de la médula está formada sobre todo por túbulos (nefronas y túbulos colectores) y vasos sanguíneos (capilares y vasos de tipo capilar). Los túbulos y los vasos sanguíneos se encuentran entrelazados o en agrupamientos paralelos y en cualquiera de los casos siempre están muy cercanos entre sí. Entre los túbulos y los vasos sanguíneos se halla un *intersticio*, que comprende menos de 10% del volumen renal. El intersticio contiene células intersticiales diseminadas (fibroblastos y células de otras clases) que sintetizan una matriz extracelular de colágena, proteoglucanos y glucoproteínas.

La corteza y la médula tienen propiedades estructurales y funcionales muy distintas. Cuando se observan más de cerca se encuentra: 1) que la corteza tiene un aspecto muy granuloso, no perceptible en la médula. 2) que cada pirámide medular puede dividirse en una zona externa (adyacente a la corteza) y una zona interna, que incluye la papila. Todas estas distinciones reflejan la distribución de los diversos túbulos y vasos sanguíneos.

NEFRONAS: Cada riñón contiene cerca de un millón de nefronas; una de las cuales se ilustra de manera esquemática, cada nefrona consta de un componente filtrador esférico, denominado *corpúsculo renal*, y un túbulo que se extiende desde este último. Se empezará por el corpúsculo renal, que es el encargado de la etapa inicial de la formación de orina: la separación, a partir del plasma, de un líquido filtrado libre de proteínas.

CORPUSCULO RENAL: El corpúsculo renal consiste en un mechón compacto de asas capilares interconectadas, el *glomérulo*, o capilares glomerulares, rodeado por una cápsula hueca: la cápsula de Bowman. La sangre entra y sale de la cápsula de Bowman por arteriolas que penetran la superficie de la cápsula a nivel del polo vascular. Existe un espacio lleno de líquido (espacio urinario o de Bowman) en el interior de la cápsula y es a este espacio hacia el que se filtra el líquido. En el lado contrario al polo vascular, la cápsula de Bowman tiene una abertura que conduce hacia la primera porción del túbulo (parte inferior).

La barrera de filtración de la cápsula renal por la que todas las sustancias filtradas deben pasar está constituida por tres capas: el endotelio de los capilares glomerulares, una membrana basal bastante gruesa y una capa sencilla de células epiteliales unidas por sus lados. La primera capa, formada por las células endoteliales de los capilares, está perforada por muchos agujeros grandes ("ventanas"), que recuerdan el aspecto de una rebanada de queso suizo y es por completo permeable a todo lo que se encuentra en la sangre salvo los eritrocitos y las plaquetas.

La membrana basal colocada de manera intermedia no es una membrana en el sentido de una bicapa membranosa lípida sino una redcilla acelular de tipo gel constituida por glucoproteínas y proteoglucanos que recuerda las esponjas que se utilizan en la cocina. Las células epiteliales que descansan sobre la membrana basal y miran hacia el espacio de Bowman se llaman *podocitos*. Son muy diferentes de las células aplanadas hasta cierto punto simples que revisten el exterior de esta cápsula. Los podocitos tienen una configuración extraordinaria en forma de pulpo. Pequeños "dedos", llamados *pedicelos* (o pies salientes), se extienden desde cada rama del podocito y se encuentran embebidos en la membrana basal. Los pedicelos de unos podocitos se interdigitan con los de los podocitos adyacentes. Los espacios entre los pedicelos adyacentes constituyen la vía por la que el filtrado, una vez que se desplaza a través de las células endoteliales y la membrana basal, transcurre para ingresar al espacio de Bowman. Los podocitos están revestidos por una capa gruesa de material extracelular, que ocluye de manera parcial las hendiduras, y existen proyecciones en extremo delgadas llamadas *diafragmas de hendidura* que unen a modo de puentes las hendiduras entre los pedicelos. Semejan la forma de escaleras minúsculas. Los pedicelos forman los lados de estas escaleras y los diafragmas de hendidura son los peldaños.

TUBULOS: En toda su longitud el túbulo está constituido por una capa sencilla de células epiteliales que descansan sobre una membrana basal. El túbulo proximal, que drena la cápsula de Bowman, consiste en un segmento enrollado el túbulo con torneado próxima seguido por un segmento recto el túbulo recto proximal que desciende hacia la médula en una trayectoria perpendicular en relación con la superficie del riñón. El siguiente segmento, en el que el túbulo recto proximal vacía su conte-

nido, es la rama delgada descendente del asa de Henle (o sólo rama delgada descendente). Ésta se encuentra en la médula y está rodeada por un ambiente intersticial muy distinto al que se identifica en la corteza. La rama delgada descendente termina en un asa con forma de horquilla y a continuación el túbulo empieza su ascenso en paralelo con la rama descendente. Las asas penetran a profundidades variables por el interior de la médula. En las asas largas (véase la descripción más adelante), el epitelio de la primera porción de esta rama ascendente se conserva delgado, aunque es distinto al de la rama descendente. Este segmento se denomina rama delgada ascendente del asa de Henle (o rama delgada ascendente en términos más simples). Más allá de este segmento, en estas ramas largas el epitelio se engruesa y este siguiente segmento se conoce como rama gruesa ascendente del asa de Henle (o rama gruesa ascendente). Las asas cortas (véase descripción más adelante) no poseen una rama delgada ascendente y la rama gruesa ascendente se inicia en forma directa a partir del asa en horquilla. La rama gruesa ascendente sube de nuevo hacia la corteza. Cerca del final de cada rama gruesa ascendente el túbulo retorna hacia la cápsula de Bowman, en la que se originó, y transcurre directamente entre las arteriolas aferentes y eferentes conforme éstas entran y salen por el corpúsculo renal a nivel de su polo vascular. Las células de la rama gruesa ascendente que se hallan más cerca de la cápsula de Bowman (entre las arteriolas aferente y eferente) son células especializadas que en conjunto se conocen como *mácula densa*. Esta mácula marca el final de la rama gruesa ascendente y el principio del túbulo contorneado distal. A este último sigue el túbulo conector, que termina en el túbulo colector cortical, cuya primera porción se denomina túbulo colector inicial.

Las nefronas se clasifican según las localizaciones de sus corpúsculos renales en la corteza en las nefronas corticales superficiales los corpúsculos renales se ubican dentro de 1 mm de distancia de la superficie capsular renal; 2) en el caso de las nefronas mediocorticales, los corpúsculos se hallan, como su nombre lo indica, en la porción media de la corteza, en sitios profundos en relación con las nefronas corticales superficiales pero por arriba de las 3) nefronas yuxtamedulares que, como ya se mencionó, tienen sus corpúsculos renales justo por arriba de la unión entre la corteza y la médula. Una distinción de primera importancia entre estas tres categorías de nefronas es la longitud de sus asas de Henle. Todas las nefronas corticales superfi-

ciales poseen asas cortas, lo que hace que su vuelta en horquilla se produzca por arriba de la unión entre las porciones externa e interna de la médula. Todas las nefronas yuxtamedulares tienen asas largas, que se extienden por la médula interna, a menudo hasta la punta de la papila. Las nefronas mediocorticales pueden tener asas cortas o largas. Como se señaló antes, existen más de dos millones de nefronas en los dos riñones humanos. Estas nefronas manifiestan diferencias significativas en cuanto a sus características.

APARATO YUXTAGLOMERULAR.: Se hizo referencia a la mácula densa, una porción de la parte terminal de la rama gruesa ascendente situada en un punto que, en la totalidad de las nefronas, confina el punto de este segmento en que se encuentran las arteriolas eferente y aferente en el polo vascular del corpúsculo renal en el que se originó el túbulo. Toda esta zona se conoce como aparato yuxtaglomerular (YG). (El término aparato yuxtaglomerular no debe confundirse con el término nefronayuxtamedular.) Cada aparato YG está constituido por tres tipos de células: 1) células granulosas, que son células de músculo liso diferenciadas en las paredes de las arteriolas aferentes, 2) células mesangiales extraglomerulares y 3) células de la mácula densa, que son células epiteliales especializadas de la rama gruesa ascendente.

IRRIGACION RENAL: Los riñones reciben inervación neuronal simpática en abundancia. Las fibras de estas neuronas se distribuyen hacia las arteriolas aferentes y eferentes, el aparato YG y muchas porciones del túbulo. No cuentan con inervación parasimpática importante. Poseen algunas neuronas que contienen dopamina, pero sus funciones son inciertas.

La formación de orina inicia con la filtración glomerular, que es el flujo masivo de líquido de los capilares glomerulares a la cápsula de Bowman. El filtrado glomerular (es decir, el líquido contenido en la cápsula de Bowman) es muy similar al plasma sanguíneo. Sin embargo, contiene muy pocas proteínas totales. El paso de las grandes proteínas plasmáticas como la albúmina y las globulinas a través de la barrera de filtración queda casi excluido. En el filtrado se encuentran proteínas más pequeñas, como muchas de las hormonas peptídicas, pero el total de su masa es minúsculo en comparación con la masa de las grandes proteínas plasmáticas de la

sangre. El filtrado contiene la mayor parte de los iones inorgánicos y los solutos orgánicos de peso molecular bajo casi en las mismas concentraciones que el plasma. Se dice que las sustancias que se encuentran en el filtrado en las mismas concentraciones que en el plasma se filtran con libertad.

Muchos componentes de peso molecular bajo de la sangre se filtran de esta manera. Entre las más frecuentes de la categoría de filtración libre están los iones de sodio, potasio, cloruro y bicarbonato, los productos orgánicos neutros glucosa y urea, los aminoácidos, y los péptidos como la insulina y la hormona antidiurética (ADH). El volumen del filtrado que se forma por unidad de tiempo se conoce de manera global como tasa de filtración glomerular (TFG). ¡La TFG alcanza una cifra increíble de 180 L/día (125 ml/min) en el adulto normal joven! Compárese este valor con la filtración neta de líquido a través de todos los otros capilares del cuerpo: cerca de 4 L/día. Las implicaciones de esta TFG gigantesca tienen una importancia extrema. Cuando se recuerda que el volumen promedio total aproximado del plasma del ser humano se acerca a 3 L, puede concluirse que los riñones filtran este volumen unas 60 veces al día. La oportunidad de filtrar estos enormes volúmenes de plasma permite a los riñones excretar grandes cantidades de productos de desecho y regular con mucha precisión los constituyentes del ambiente corporal interno, las fuerzas que determinan la TFG y su control fisiológico.

TASA DEL FILTRADO GLOMERULAR: La barrera de filtración dentro del glomérulo es la interfaz entre la sangre y el mundo exterior. La vía que las sustancias filtradas toman desde la sangre a través de la barrera de filtración de un corpúsculo renal hasta llegar al espacio de Bowman es un proceso de tres etapas: a través de las fenestraciones o ventanas de la capa endotelial glomerulocapilar, a través de la membrana basal y por último a través de los diafragmas de las hendiduras entre los pedicelos de los podocitos. La porción del área de superficie endotelial que las ventanas ocupan se aproxima a 10%. Cuáles de estas estructuras constituyen las barreras principales a la filtración de macromoléculas es una pregunta difícil de responder, pero no hay duda de que efectúan esta función con base tanto en el tamaño molecular como en la carga eléctrica. Se analizará primero el tamaño.

La barrera de filtración del corpúsculo renal no pone obstáculos al paso de moléculas cuyos pesos moleculares son menores de 7 000 d (es decir, los solutos de este pequeño tamaño se filtran con libertad). Incluyen iones pequeños, glucosa, urea, aminoácidos y muchas hormonas. La barrera de filtración excluye casi por completo la albúmina plasmática (peso molecular aproximado de 66 000 d). (Por simplicidad el peso molecular se emplea aquí como referencia del tamaño; en realidad, es el radio molecular el que resulta crítico.) Sin embargo, el obstáculo a la albúmina plasmática no es de 100%, por lo que el filtrado glomerular contiene cantidades muy pequeñas de esta proteína, del orden de 10 mg/L o menos. Ésta es sólo una proporción aproximada de 0.02% de la concentración de albúmina del plasma y es la razón por la que se empleó la frase "casi por completo libre de proteínas" con anterioridad, proteínas plasmáticas y por ello no están libres para filtrarse, aunque pueden pasar con facilidad a través de la barrera de filtración cuando aún no se fijan en estas proteínas. Comprenden las hormonas hidrófobas de las categorías de esteroides y hormonas tiroideas, y cerca de 40% del calcio de la sangre.)

En el caso de las moléculas cuyo peso molecular varía de 7 000 a 70 000 d, la cantidad filtrada es cada vez más pequeña conforme la molécula se torna más grande. Por tanto muchos péptidos plasmáticos y proteínas pequeñas naturales se filtran en grado importante. Más aún, cuando a causa de enfermedad aparecen en el plasma ciertas proteínas pequeñas que en condiciones normales no se encuentran (p. ej., hemoglobina liberada de eritrocitos dañados o mioglobina liberada de células musculares lesionadas), puede ocurrir filtración considerable de ellas.

La carga eléctrica es la segunda variable de la que depende la capacidad de filtración de macromoléculas. Para cualquier tamaño determinado, las macromoléculas con carga negativa se filtran en menor extensión y las de carga positiva, en mayor extensión. Sucede así porque las superficies de todos los componentes de la barrera de filtración (cubiertas celulares del endotelio, membrana basal y cubiertas celulares de los podocitos) contienen polianiones fijos, que repelen las macromoléculas con carga negativa durante la filtración. Como casi todas las proteínas plasmáticas tienen cargas netas negativas, esta repulsión eléctrica desempeña una función restrictiva de gran importancia que intensifica la que se debe sólo al obstáculo del tamaño. (Por ejemplo, cuando se administran dextrans neutros del mismo tamaño que la

albúmina plasmática a ciertos animales de experimentación, se encuentra que son filtrables en proporciones de 5 a 10% en contraste con 0.02% de la albúmina.) En otras palabras, si la albúmina o la barrera de filtración careciera de carga, la albúmina se filtraría en grado considerable. Ciertas enfermedades que determinan que los capilares glomerulares se vuelvan "permeables" a las proteínas (que experimenten "fugas" de éstas) causan este efecto al eliminar las cargas negativas de las membranas.

Debe insistirse en que las cargas negativas de las membranas de filtración actúan como obstáculos sólo para las macromoléculas, no para los iones minerales o los solutos orgánicos de peso molecular bajo. De esta manera se filtran con libertad los iones de cloruro y bicarbonato a pesar de su carga negativa. La variación de la TFG es un determinante crucial de la función renal. Si todo lo demás es igual, la TFG más alta significa mayor excreción de sal y agua. La regulación de la TFG es directa en relación con los principios físicos, pero muy compleja desde el punto de vista funcional porque existen numerosas variables reguladas. La tasa de filtración en cualquiera de los capilares corporales, entre ellos los glomerulares, depende de la permeabilidad hidráulica de estos pequeños vasos, su área de superficie y la presión de filtración neta (PFN) que actúa a través de ellos.

Como es difícil estimar el área de un lecho capilar, se emplea un parámetro denominado coeficiente de filtración (para indicar el producto de la permeabilidad hidráulica y el área. La presión de filtración neta es la suma algebraica de la presión hidrostática y la osmótica producida por las proteínas, es decir, las presiones oncóticas o coloidosmóticas para encontrar una descripción adicional de la importancia de la presión oncótica) en ambos lados de la pared capilar. Las presiones a las que debe hacerse frente son cuatro: dos presiones hidrostáticas y dos presiones oncóticas. Estas se refieren como *fuerzas de Starling* en honor del fisiólogo que las describió por primera vez. Los cambios en el *Kf* pueden deberse a enfermedad glomerular y fármacos, pero esta variable también está sujeta al control fisiológico normal que diversos mensajeros químicos ejercen. Aunque aún no se dilucidan en su totalidad los detalles, estos mensajeros producen contracción de las células mesangiales glomerulares. La presión hidrostática en los capilares glomerulares, es la más compleja de las

variables de la ecuación básica de filtración porque en sí misma está influida por numerosos factores.

AUTORREGULACION: Es de importancia extrema que los riñones conserven la TFG a un nivel apropiado para el cuerpo porque, como ya se enfatizó, la TFG influye de manera intensa en la excreción de sal y agua. También se insistió en que la presión arterial renal influye en forma poderosa sobre la TFG. El incremento de esta última aumenta la excreción renal de sal y agua, un proceso que se denomina *natriuresis por presión*, en tanto que la disminución de la presión arterial reduce la excreción de ambas. Estos cambios de la excreción son mediados en parte por cambios de la TFG. El efecto es tan fuerte que la excreción urinaria tendería a variar con amplitud con las excursiones cotidianas ordinarias de la presión arterial. Volumen de plasma por unidad de tiempo a partir del que se retira la totalidad de una sustancia. En el caso de la depuración general esto suele denominarse tasa de depuración metabólica y como depuración renal cuando se refiere en específico a la depuración que los riñones efectúan.

DEPURACION: Cada decilitro de plasma que entra al riñón lleva 1 mg de la sustancia X de plasma contiene 1 mg, la mitad de 1 dl (50 ml) contiene 0.5 mg. El plasma se depura de la sustancia a un ritmo de 50 ml/min (es decir, la depuración renal de la sustancia es de 50 ml/min).

La insulina es la hormona pancreática familiar para todos que se encarga de regular la concentración sanguínea de azúcar (glucosa). Es una proteína con peso molecular de 5.8 kd, lo suficientemente pequeña para filtrarse con libertad por el glomérulo. Una vez en el espacio de Bowman, se desplaza con cada una de las otras sustancias que se filtran hacia el túbulo contorneado proximal, donde se capta sobre todo por endocitosis y se degrada hasta sus aminoácidos constituyentes. Es muy poca la insulina que escapa a esta captación y muy poca de la filtrada termina su recorrido a la orina. Por tanto el riñón participa en la depuración de insulina desde la sangre; sin embargo, como es tan poca la que aparece en la orina, la depuración *renal* específica de esta hormona es muy baja (< 1 ml/min).

REABSORCION: Casi la totalidad de los 180 L de agua y los varios kilogramos de sal que se filtran cada día hacia el interior del espacio de Bowman de los glomérulos deben resorberse, junto con grandes cantidades de otras muchas sustancias. Gran parte de la resorción es *isoosmótica*, lo que significa que se resorben agua y solutos en las mismas proporciones. Recuérdese que la filtración en el glomérulo es isoosmótica. Casi todos los solutos (salvo las grandes proteínas plasmáticas) pasan del plasma al filtrado en igual proporción que el agua; por ello su concentración en el filtrado glomerular es la misma que en el plasma. En el túbulo proximal, donde la mayor parte de la resorción ocurre, el proceso es casi isoosmótico. En las porciones ulteriores de la nefrona la resorción es por lo general no isoosmótica (un aspecto de importancia crucial para la capacidad del cuerpo de regular por separado el equilibrio de solutos y agua). La mayor parte de los nutrientes celulares se filtra con libertad, entre ellos glucosa, aminoácidos, acetato, intermediarios del ciclo de Krebs, ciertas vitaminas hidrosolubles, lactato, acetoacetato, hidroxibutirato beta y muchos otros. El túbulo proximal es el sitio principal para la resorción de grandes cantidades de nutrientes orgánicos que los corpúsculos renales filtran cada día.

2.4.2 Nefroprotección

Nefroproteccion (NP) Es el término que hace referencia al conjunto de estrategias destinadas a la protección renal a corto, mediano y largo plazo. El objetivo de la (NP) en la población sana, es evitar el inicio de una enfermedad renal crónica (ERC). La nefroproteccion es un conjunto de elementos dietéticos, diagnósticos y farmacológicos encaminados al cuidado del riñón, a través de la identificación de factores relacionados con el deterioro de la función renal y estrategias que permitan modificar el estelo de vida e impedir el desarrollo y progresión de la ERC.

Nefroproteccion primaria. Es el conjunto de acciones dirigidas a impedir el desarrollo de la ERC mediante la promoción a la salud y el manejo de factores de riesgo para enfermedades renales y cardiovasculares.

- Evitar desnutrición intrauterina y peso bajo al nacimiento.
- Identificar historia familiar de enfermedad renal.
- Evitar el habito tabaquismo.
- Mantener el consumo de alcohol.

- Evitar el sedentarismo.
- Control de sobrepeso y obesidad
- Registrar el consumo de agua: <500mL/día predispone a urolitiasis <3 000 mL/día, hiperfiltración.
- Evitar ingesta de proteínas en grandes cantidades.
- Evitar y tratar adecuadamente la infección urinaria.
- Tratamiento adecuado de la pielonefritis crónica.
- Nefrotoxicidad potencial por fármacos y alimentos.

Los grupos de riesgo (obeso, historia familiar de diabetes, hipertensión o enfermedad renal) se deberán realizar pruebas de función renal de rutina para la identificación del daño renal crónico a través de la determinación de microalbuminuria, albuminuria y tasa de filtrado glomerular. Recientemente se ha descrito toxicidad por melanina, una tintura que se encuentra en la envoltura de diversos alimentos lácteos sabor vainilla y chocolates, comercializados en países orientales, esta sustancia se deposita a nivel tubular y puede generar necrosis tubular e insuficiencia renal aguda y crónica.

Nefroprotección *secundaria*. son las medidas que se inician en el momento mismo del diagnóstico de ERC, comprende el conjunto de medidas que retardan la progresión de la enfermedad encaminadas a evitar llegar a insuficiencia renal crónica.

Factores implicados en la progresión de la enfermedad renal crónica, hay enfermedades que por naturaleza dañan al riñón e invariablemente conducen a ERC (hipertensión arterial y diabetes mellitus, más aun, las descompensaciones aceleran dicha progresión.

- Hipertensión arterial sistémica descontrolada (nefroangioesclerosis hipertensión).
- Hiperglucemia.
- Sobrepeso y obesidad.
- Albuminuria.
- Hiperlipidemia: hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia.
- Consumo de proteínas en grandes cantidades.
- Tubulopatías crónicas.

- Colagenoplastia lupus aritematoso diseminado, periarteritis nodosa, esclerodermia, dermatomiositis.
- Agentes tóxicos que actuar sobre sobre el riñón (Nefropatía tóxica).

SISTEMA DE CONEXION Y DESCONEXION EN DIALISIS PERITONEAL.

La diálisis peritoneal clínica en el mundo, fue un hecho trascendente de la comunicación de la Sociedad Americana de Órganos Artificiales realizados por Robert Popovich y Jack Moncrief en el año 1975, quienes de la introducción escribieron una técnica que llamaron del equilibrio peritoneal, definiendo la como la presencia continua (24 horas, los siete días de la semana) de solución de diálisis en la cavidad peritoneo. Este sistema se describió luego como diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). En el primer decenio de esta innovación desde la introducción de esta modalidad de diálisis se caracterizó por una prescripción estandarizada de cuatro cambios de 2000ml por día, aun cuando la formulación inicial fue de cinco cambios de 2000mL por dia para un paciente de 70Kg de peso corporal con 2000mL de ultrafiltración. Mientras tanto en 1981, Díaz Buxo introdujo la diálisis peritoneal cíclica continua (DPCC) basada en los mismos principios de la DPCA, pero utilizando un ciclador que provee un volumen, tiempo de permanencia y drenaje predeterminado, esta modalidad es nocturna y puede realizarse de noche mientras el paciente duerme.

La incidencia de la ERC presenta un ascenso continuo y los servicios médicos se enfrentan en términos absolutos a un incremento en la mortalidad y morbilidad, lo que hace necesario que el profesional de enfermería este a la vanguardia en las técnicas dialécticas para enfrentar los cambios, eliminar riesgos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. De esta manera la necesidad del profesional de enfermería es identificar las técnicas dialisantes de los diferentes fabricantes y garantice la asimilación del conocimiento, las cuales le den la seguridad necesaria para la ejecución de su actividad cotidiana, es importante conocer cada paso de la técnica, por lo tanto ante la práctica cotidiana se vuelve rutinaria y del conocimiento del personal que lo ejecuta.

Cambio d bolsa gemela.

2. Pone a calentar la bolsa de la solución, antes de hacerlo revisa: concentración de glucosa, fecha de caducidad, integridad de la sobre envoltura de la bolsa, que el protector del puerto de medicamentos esté bien colocado, las características del líquido y que la temperatura esta 37°C.
3. Se lava y se seca perfectamente bien las manos.
4. Limpia el área de trabajo con agua y jabón y sécala
5. Coloca en la mesa la pinza, el tapón minicap y la doble bolsa.
6. Expone la línea de transferencia del paciente.
7. Se colócate correctamente el cubre boca (cubriendo nariz y boca), así como al paciente y alguna persona que estuviese en ese momento presente.
8. Rasga la sobre envoltura en el corte o apoyándose con la pinza roja.
9. Retira la sobre envoltura y coloca la bolsa en la mesa con el puerto de inyección hacia arriba y se asegura que el puerto de inyección o goma se encuentre en su sitio.
10. Si está indicado administrar medicamentos en la bolsa prepara el medicamento, jeringa con aguja de calibre 19 a 25 y de una pulgada de largo y el antiséptico.
11. Pone antiséptico en el puerto de inyección de la bolsa de solución y en el puerto del frasco del medicamento y abre la jeringa.
12. Prepara la jeringa con el medicamento.
13. Toma el puerto de medicamentos entre el dedo pulgar y el índice y punciona el puerto de inyección e introduce el medicamento. Asegurándose de no perforar con la aguja la pared del puerto de inyección y que el medicamento haya entrado a la bolsa y no quede solo en el puerto. (En caso de perforar la pared del puerto, cambia la bolsa por otra nueva).
14. Invierte la bolsa de la solución varias veces para mezclar el medicamento con la solución.
15. Separa las líneas de infusión y la bolsa de drenaje.
16. Coloca el tapón de anillo del conector al paciente en el dedo medio de la mano no dominante y toma la línea de transferencia con el dedo pulgar e índice y cierra tu mano.
17. Retira el tapón minicap de la línea de transferencia, sin tocar las aéreas que se consideran estériles con nada ni con tus manos limpias. Desecha el tapón.

18. Retira el tapón del conector al paciente y conecta la línea de transferencia con la misma técnica antes mencionada.
19. Cuelga la bolsa de la solución y baja la bolsa de drenaje a un lugar seguro.
20. Gira la parte azul para abrir la llave de la línea de transferencia e iniciara el drenaje del líquido de la cavidad peritoneal.
21. Observa las características del líquido. Sabe que el líquido no debe de tardar más de 30 minutos en drenar con un catéter colocado adecuadamente.
22. Al finalizar el drenaje gira la parte azul y cierra la llave de la línea de transferencia.
23. Coloca la pinza roja a la línea de drenaje.
24. Rompe la cánula o el frangible (color verde) de la línea de llenado.

2.5 CONTEXTO DE LA INVESTIGACION.

El estado de Guerrero, su capital es la ciudad de Chilpancingo de los Bravo, la geomorfología del estado es una de las más accidentadas y complejas de México, se localiza totalmente en la zona tropical, el estado de Guerrero se encuentra territorialmente dividido en siete regiones, que distinguen rasgos económicos, sociales culturales y geográficos, es uno de los 31 estados que junto con el distrito federal conforman las 32 entidades federativas de México, en el estado de Guerrero conviven de manera importante variadas etnias.

Cuyas expresiones lingüísticas y culturales le han dado a la región una imagen muy especial, En 1486 paso a formar parte del imperio azteca, durante el reinado de Ahuizotl, en 1550 se instalaron en el puerto 30 familias españolas provenientes de la ciudad de México, en 1565, el galeón llevo con productos orientales, que fueron llevados a Veracruz y de allí a España, así dio inicio el comercio entre Asia, América y Europa, año con año, durante 250.

Histórico fuerte tuvo diferentes usos, hoy es el museo histórico de Acapulco, y llegamos al siglo XX, en 1927, cuando el presidente Plutarco Elías Calles inaugura el camino de la ciudad de México a Acapulco, lo que dio inicio a la importante actividad turística del puerto, en 1929 se iniciaron los vuelos comerciales a Acapulco en el aeropuerto frente a la playa de Hornos, donde hoy está el parque de diversiones Papagayo.

Acapulco, estado de Guerrero lugar de sol y playa por su cercanía al distrito federal es uno de los destinos turísticos más queridos de los capitalinos y claro, también favorito de los turistas nacionales y extranjeros que los visitan por su clima, Acapulco se ha ganado un lugar preponderante en la lista de los sitios más visitados, debido a esta enorme expansión, Acapulco se divide en tres grandes áreas conocidas como: Acapulco Dorado, Acapulco diamante y Acapulco tradicional.

El turismo es la actividad económica más importantes del municipio, ya sea que llegues por carretera avión o incluso crucero por un lado , El instituto mexicano del seguro social en el estado de Guerrero inicia a partir de julio de 1957 como casa de la asegurada, ubicada en av. Cuauhtémoc No 95 del centro de la ciudad y puerto de Acapulco gro., otorgando servicios subrogados, poco después en 1964 se convierte en la unidad de medicina familiar No 1 con 25 camas con los servicios básicos de medicina familiar.

Para el año 1991 el Hospital General Regional Vicente Guerrero, con dirección en av. Ruiz Cortinez s/n col. Alta progreso, que se localiza en este municipio de Acapulco de Juárez, su clima predominantemente es sub húmedo cálido, con una temperatura media anual es de 28°C, y una mínima de 22°C, su código postal es 39610 y su clave lada es 744, transformándose en H.G.R de segundo nivel con el nombre de Vicente Guerrero con infraestructura tipo lineal y tecnología de vanguardia.

Con una capacidad de 329 camas censables y 143 camas no censables (autorizadas hasta el 2011), se implementaron programas como el de cirugía ambulatoria, puerperio de bajo riesgo, rehidratación oral, control de crisis aguda asmática, atención domiciliaria del enfermo crónico , diálisis peritoneal ,programa de adulto mayor PREVENIMSS, trasplante y donación de órganos , atención y orientación al derechohabiente y hemodiálisis, en 1999 una clínica de displasias, en el año 2000 se transforma en una clínica de SIDA,(CLISIDA).

Por un lado , el hospital general regional Vicente Guerrero , es un hospital de segundo nivel , se refiere a los nosocomios que tienen la capacidad de internar pacientes, esta unidad además de haber comenzado sus servicios en el año de 1991, oficialmente el hospital general regional Vicente Guerrero fue inaugurado el

21 de octubre del mismo año, los primeros servicios que se otorgaron fueron el centro de documentación en salud y el servicio de anatomía patológica, el primer director del hospital fue el Dr. Rafael Piza Bernal.

Ese mismo año y con un firme compromiso de mejorar sus procesos para otorgar una óptima atención nuestra población derechohabiente, el hospital realiza su autoevaluación y se inscribe para ser evaluado por el consejo de salubridad general, durante el 2014 y 2015 el nosocomio ha implementado acciones en pro de la seguridad y calidad de los pacientes, en espera de ser evaluado, en el 2007 se amplía el servicio de urgencias incrementando 33 camas para mayor atención al derechohabiente.

Para marzo del 2008 se le avalo como sede de la especialidad en urgencias medico quirúrgicas, avalada por el instituto politécnico nacional, asimismo también en el 2013 se realizaron remodelaciones en el servicio de urgencias, UCIN, epidemiología, coordinación clínica de educación e investigación en salud y se construye la oficina de certificación, en septiembre del 2013 guerrero es azotado por los huracanes Manuel e Ingrid.

Hubo inundaciones perdidas económicas y muertes a causa de estos fenómenos meteorológicos, el hospital recibió poblaciones las demás instituciones de salud y otros municipios del estado, siendo o no estos derechohabientes, el personal médico y de otras categorías, mostraron su apoyo y humanidad hacía en esos momentos los más vulnerables. Ese mismo año, y con el firme propósito de mejorar sus procesos para otorgar una óptima atención a nuestra población derechohabiente.

El Hospital realiza su Auto evaluación y se inscribe para ser evaluado por el consejo de salubridad general, durante el 2014 y 2015 el nosocomio ha implementado acciones en pro de la seguridad y calidad de los pacientes en espera de ser evaluado, Los logros que el hospital obtenga son de suma importancia para la Delegación, ya que le representa del 70 al 80% del total de resultados a nivel estatal, con lo que se considera que, si el hospital está bien, la Delegación lo está también.

El Hospital General Regional N.1 Vicente Guerrero "IMSS" tiene cuatro accesos de entrada, una de ellas es el acceso a urgencias, donde se reciben las ambulancias con pacientes de traslado de otras unidades de medicina familiar o foráneas, esta entrada se localiza en el primer piso del hospital, entrando hacia la derecha se encuentra situada, el área de admisión de tóco cirugía para atención de urgencias gineco-obstétricas, hacia el lado izquierdo está ubicada la admisión de urgencias, donde se clasifican con un Trigo, Código Infarto, Urgencias.

Al ingresar se encuentra primer contacto donde mantienen unas horas o se hospitalizan, a un costado el servicio de Urgencias encamados no sensibles, realizan las interconsultas e ingresan pacientes al área de Hospitalización.

En el séptimo piso de lado izquierdo y al fondo se encuentra el servicio de Diálisis Peritoneal, Anexo de diálisis, donde cuenta con 20 camas sensibles Ingresando los pacientes con Enfermedad Renal Crónica de los Servicios de Urgencias y Admisión hospitalarias para su tratamiento dialítico, llámese diálisis peritoneal intermitente, Diálisis Peritoneo Automatizada o Hemodiálisis para colocación de catéter Tenkoff o Mahurkar.

En el servicio de DP. las camas se encuentra con su toma de succión, oxígeno, un buro y mesa puente, las salas general con cinco pacientes por (dos salas) un aislado y dos intermedios, el servicio de anexo de diálisis cuenta con dos salas generales una con dos pacientes y la otra con tres pacientes, dos cuartos intermedios pero ahí no se aceptan pacientes graves ya que no cuenta con un equipo de carro rojo, en el servicio de DP. se cuenta con carro rojo completo y siempre surtido de acuerdo al inventario del servicio, equipo estéril, un área de resguardo y una área del médicos, dos baños para personal de salud, un baño en cada área general en el cuarto aislado su propio baño, dos cajones para el calentamiento de las bolsas de diálisis, dos bascular, un tánico para la ropa sucia y el séptico donde se desecha el líquido drenado de la bolsas de diálisis.

En medio del servicio de DP y Anexo de diálisis se encuentra la oficina del médico que se encarga del programa de Trasplantes donde orienta a los pacientes, familiares y el envío a tercer nivel si así lo requiere para su trasplante de Riñón.

El servicio de Diálisis Peritoneal cuenta con un recurso humano de dos médicos nefrólogos en el turno matutino, dos en el vespertino y uno en Jornada Acumulada en su totalidad 5 médicos, Personal de enfermería cuatro subjefe, cuatro jefas de piso, una auxiliar de enfermería una fija, 32 enfermeras generales, 16 enfermeras fijas y 16 cubres descansos, cuatro camilleros, dos trabajadora social y dos asistentes médicas. Turnos Matutino, vespertino y nocturno, guardia "A" Y "B" con sus 8 Horas laboradas por turno.

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3. Método de investigación:

3.1 Tipo de estudio

El estudio tipo de estudio fue cuantitativa, ya que todas las observaciones fueron cuantificadas.

3.2 Temporalidad del estudio

La temporalidad del estudio fue transversal ya que el cuestionario fue aplicado en un solo momento.

3.3 Diseño del estudio

El diseño del estudio fue observacional, debido a que no fue manipuladas las variables independientes.

3.4 Alcance del estudio

El alcance del estudio fue descriptivo, ya que solo se describió la distribución de la calidad de las competencias de Enfermería en el cuidado del paciente, en el Servicio de Diálisis Peritoneal Del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero “

3.5 Universo de estudio

El universo de estudio fueron todas las enfermeras que laboran en el servicio de diálisis Peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero “IMSS.

3.6 Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

El tipo de muestreo utilizado en la presente investigación fue no probabilístico, ya que se incluyeron todas las enfermeras del servicio de diálisis peritoneal. El tamaño de la muestra fue calculada mediante los criterios de selección

3.7. Criterios de selección

3.7.1 Criterios de inclusión

Se incluirán todas las enfermeras que laboran en el Servicio de diálisis peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero “

3.7.2 Criterios de exclusión

Se excluirán las enfermeras que no se encuentren en el momento de la aplicación del cuestionario. También se excluirán las enfermeras que no deseen participar en la investigación.

3.8 Variables

3.8.1 Variable dependiente

La variable dependiente es la calidad de las competencias

3.8.2 Variables independientes

Las variables independientes son la edad, el turno, la antigüedad en años, el servicio en años, la escolaridad y la categoría

3.9 Instrumento de medición

Para alcanzar el objetivo se diseñó un cuestionario con 16 preguntas personales y 23 ítems que evalúan las competencias con una escala propia para cada unidad de competencia. Integra cuatro ítems que identifican cuatro grados diferentes de dominio de la competencia, establecidos a nivel de los definidos por Labruffe y Senlle. Grado 1: No se esfuerza por adquirir la competencia y no demuestra haberla adquirido o lo hace rara vez. Grado 2: Estudia, se forma y demuestra que aplica algunas veces la competencia. Grado 3: Ha adquirido la competencia y en su conducta demuestra que la aplica. Grado 4: Tiene integrada la competencia en sus hábitos de conducta. De ello explicamos que la competencia 3 y 4 se conjugaron, para solo llevar en escala Likert de: Bueno (B) Regular (R) Malo (M). También por tratarse de una técnica especificase utiliza el cuestionario de: Test de equilibrio peritoneal (Guía Clínica Secretaria de Salud 2013), donde se especifica la “Técnica para cambiar la bolsa manual: Sistema de Baxter para Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y para Diálisis Peritoneal Intermitente en Hospitalizaciones (DPIH)”

3.10 Técnica de recolección de datos

Para verificar el cumplimiento del cuidado del paciente con diálisis peritoneal se realizó la técnica de estudio de sombra, así como para verificar la realización correcta del proceso de atención de enfermería mediante el plan de cuidados estandarizados en pacientes con DP. Siguiendo el protocolo de la Guía Clínica donde se enfatiza con el Test de equilibrio peritoneal (Guía Clínica Secretaria de Salud 2013), para definir el gradiente de concentración, verificando el cumplimiento de las normas mexicanas 019. Completándose con una valoración física del enfermo por los patrones funcionales de Margory Gordon. Previo consentimiento informado del personal de enfermería (anexo1-3)

3.11 Análisis de datos

Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 21, en el cual se generaron las tablas y gráficas. Para alcanzar el objetivo general, se realizó la suma de las puntuaciones obtenidas por las respuestas de cada ítem, es decir, la calidad de las competencias por cada enfermera se calculó de la siguiente manera

Donde CC es la calidad de las competencias, j representa la cantidad de ítems, p es el último ítem, por lo que al sustituir

Si la suma se encuentra en el rango de 0 a 26, significa mala calidad. Si la suma está en el rango de 27 a 52, esto indica que la calidad es regular y si la suma se encuentra en el rango de 53 a 78 indica que existe buena calidad.

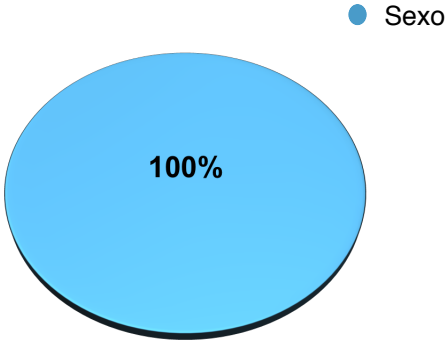
CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica 1 se observa el resultado del sexo, lo cual se indica que el 100% del personal de enfermería del servicio de diálisis peritoneal del hospital General Regional n.1 Vicente Guerrero, eran mujeres

Tabla 1: Sexo

| | Frecuencia | Sexo |
|-------|------------|---------|
| Mujer | 35 | 100.00% |

Gráfica 1: Sexo

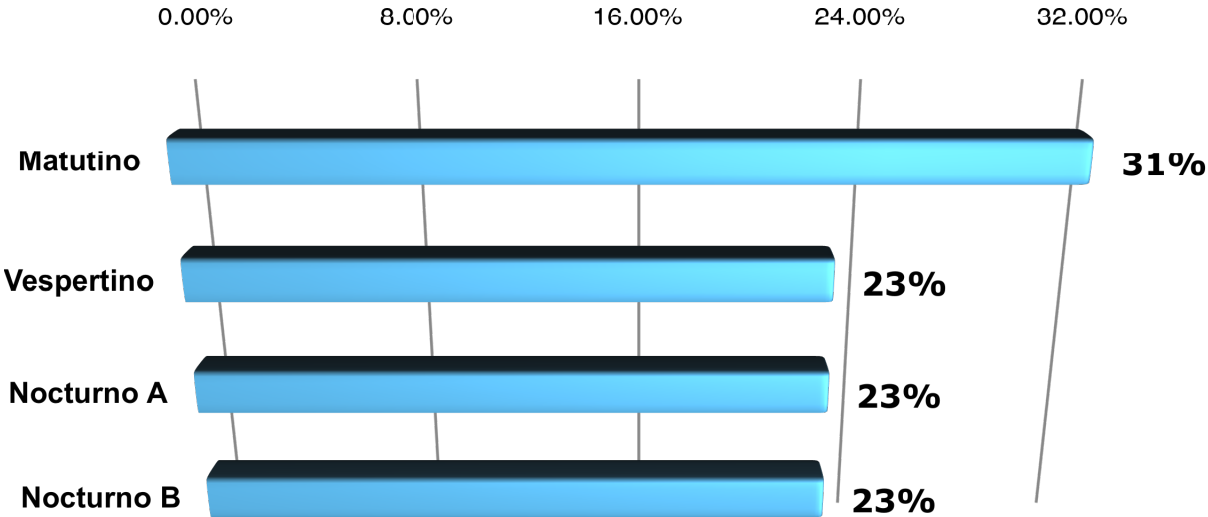


Con respecto al turno, se encontró que el 31.43% del de las enfermeras laboraban en el turno matutino. El 22.86% laboraban en el turno vespertino, así como en los turnos nocturno A y B, así se muestra en la tabla y gráfica 2

Tabla 2: Turno

| | Frecuencia | Turno |
|------------|------------|---------|
| Matutino | 11 | 31.43% |
| Vespertino | 8 | 22.86% |
| Nocturno A | 8 | 22.86% |
| Nocturno B | 8 | 22.86% |
| Total | 35 | 100.00% |

Gráfica 2: Turno

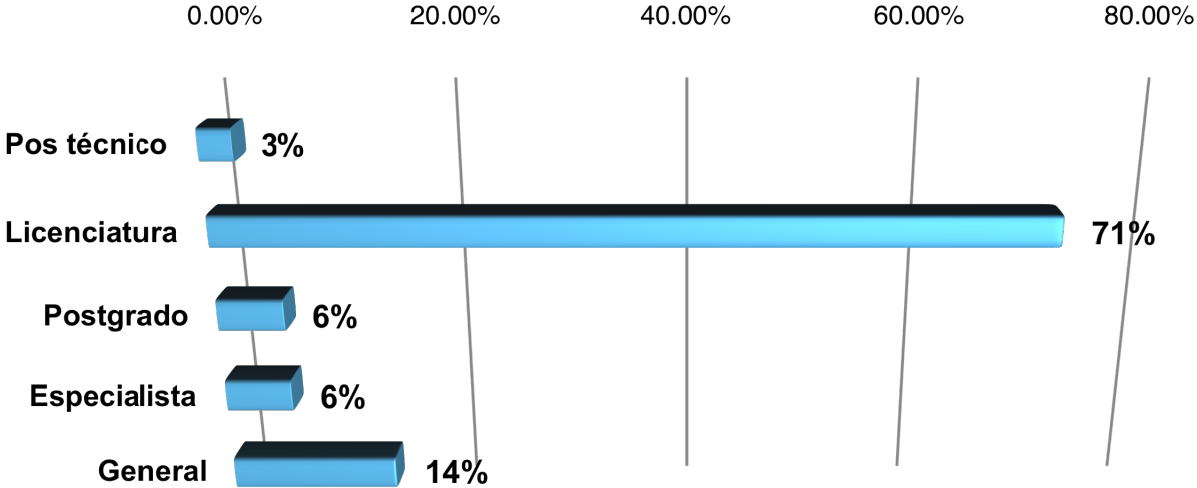


De acuerdo al resultado de la escolaridad se encontró que el 71.43% del as enfermeras del servicio de diálisis peritoneal del hospital General Regional n.1 Vicente Guerrero eran licenciadas y solo el 5.71% tuvo postgrado y otro 5.71% eran especialistas, tal como se observa en la tabla y gráfica 3.

Tabla 3: Escolaridad

| | Frecuencia | Escolaridad |
|--------------|------------|-------------|
| Pos técnico | 1 | 2.86% |
| Licenciatura | 25 | 71.43% |
| Postgrado | 2 | 5.71% |
| Especialista | 2 | 5.71% |
| General | 5 | 14.29% |
| Total | 35 | 100.00% |

Gráfica 3: Escolaridad

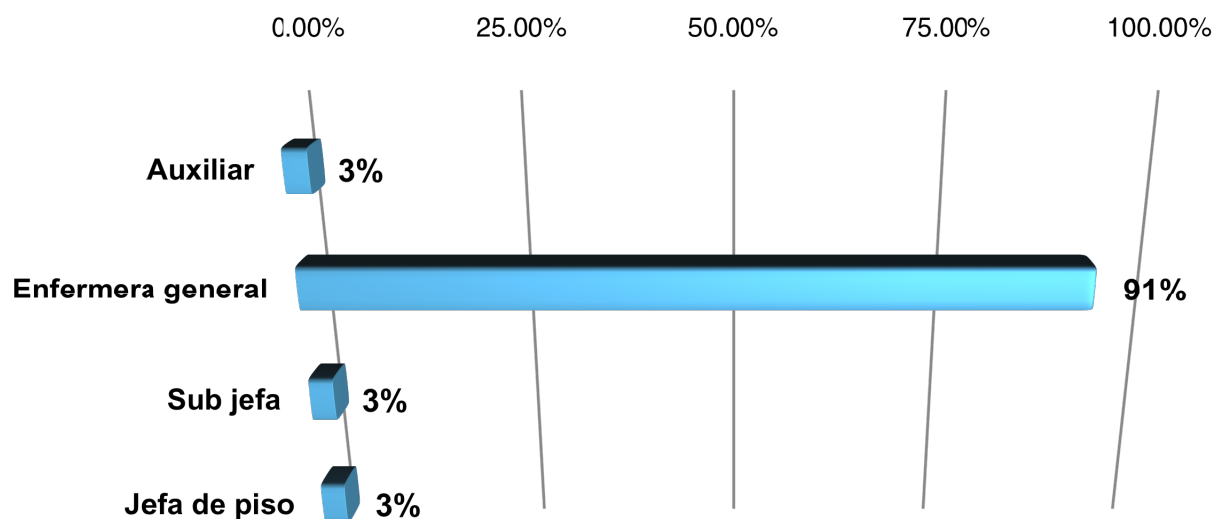


El resultado que se muestra en la tabla y gráfica 5 indica que el 91.43% del personal eran enfermeras generales y una auxiliar (2.86%). También se encontró una sub jefa (2.86%) y una jefa de piso (2.86%).

Tabla 4: Categoría

| | Frecuencia | Categoría |
|-------------------|------------|-----------|
| Auxiliar | 1 | 2.86% |
| Enfermera general | 32 | 91.43% |
| Sub jefa | 1 | 2.86% |
| Jefa de piso | 1 | 2.86% |
| Total | 35 | 100.00% |

Gráfica 4: Categoría



La tabla y gráfica 5, lo cual muestra el resultado de los ítems de trabajo en equipo en el servicio de DP, así como de la empatía respetuosa con el paciente y familia. Se encontró que el 62.86% de las enfermeras realizaron bien (bueno) sus respectivas funciones en servicio DP, el 94.29% de las **enfermeras** se adaptaron de forma activa al equipo de **Enfermería** de forma adecuada y un 97.14% tuvo en cuenta las medidas de protección universales (guantes, lavado de manos, mascarilla, bata) para la seguridad personal y del paciente, de forma buena.

A diferencia de demostrar interés en el cuidado del paciente Renal, el 22.86% de las enfermeras lo realizó de forma mala, el 40% de las enfermeras otorgó un mal trato individualizado a sus pacientes a cargo y el 34.29% no cerró la puerta de la habitación cuando realizaba la conexión de la DP.

Tabla 5: Trabajo en equipo en el servicio de DP, y Empatía respetuosa con el paciente y familia

| Ítems | Malo | Regular | Bueno |
|--|---------------|---------|---------------|
| Identifica al personal de enfermería del servicio de diálisis peritoneo en sus respectivas funciones en servicio DP. | 0 | 37.14% | 62.86% |
| Se adapta de forma activa al equipo de Enfermería. | 0 | 5.71% | 94.29% |
| Participa en las actividades junto al equipo multidisciplinario. | 2.86% | 48.57% | 48.57% |
| Demuestra interés en el cuidado del paciente Renal. | 22.86% | 68.57% | 8.57% |
| Da un trato individualizado según el Dx de cada paciente que cuida. | 40.00% | 60.00% | 0.00% |
| Se presenta al paciente como la enfermera del turno, con su nombre. | 0 | 45.71% | 54.29% |
| Cierra la puerta de la habitación cuando va a realizar la conexión de la D. P. y pide a familiares esperen afuera. | 34.29% | 14.29% | 51.43% |
| Explica al paciente el procedimiento que se le va a realizar y pide su colaboración y consentimiento. | 0 | 45.71% | 54.29% |
| Tiene en cuenta las medidas de protección universales (guantes, lavado de manos, mascarilla, bata) para la seguridad personal y del paciente | 0 | 2.86% | 97.14% |

En la tabla y gráfica 6 se observa que el 97.14% de las enfermeras del en el Servicio de Diálisis Peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero realizó bien la identificación de los beneficios y/o riesgos de los fármacos manejados. En el caso de la aportación de las sugerencias y /o alternativas a situaciones y/o problemas que se plantean el 25.71% de las enfermeras lo hizo mal.

Tabla 6: Aplicación del proceso enfermero, Técnicas y procedimientos del cuidado y Capacitación para el liderazgo

| Ítems | Malo | Regular | Bueno |
|--|--------|---------|---------------|
| Consulta los protocolos del servicio | 2.86% | 91.43% | 5.71% |
| Realiza la valoración cefalocaudal del paciente con DP. . | 2.86% | 94.29% | 2.86% |
| Analiza los datos para iniciarse en los diagnósticos de Enfermería. | 2.86% | 91.43% | 5.71% |
| Muestra una actitud abierta y motivada hacia el conocimiento de nuevos procesos dialíticos. | 2.86% | 88.57% | 8.57% |
| Realizar el juicio clínico identificando diagnósticos enferm. y/o problemas de colaboración. | 2.86% | 94.29% | 2.86% |
| Identifica los beneficios/riesgos de los fármacos manejados. | 0% | 2.86% | 97.14% |
| Aporta sugerencias/alternativas a situaciones/ problemas que se plantean. | 25.71% | 65.71% | 8.57% |

Con respecto a los ítems del proceso que realizaron bien los enfermeros, se encontró que el 77.14% de las enfermeras puso a calentar la bolsa de la solución, antes de hacerlo lo revisó; el 100% se lavó y secó perfectamente las manos; el 94.29% expuso la línea de transferencia del paciente. El 85.71% rasgó la sobre envoltura en el corte o se apoyó con la pinza roja; así como un 85.71% de enfermeras retiró la sobreenvoltura y colocó la bolsa en la mesa con el puerto de inyección hacia arriba y se aseguró que el puerto de inyección o goma se encontrara en su sitio.

También se encontró un 85.71% de enfermeras que Si está indicado administraron medicamentos en la bolsa, solo cuando estaba indicado, prepararon el medicamento, jeringa con aguja de calibre 19 a 25 y de una pulgada de largo.

Tabla 7: Proceso

| Ítems | Malo | Regular | Bueno |
|---|-------|---------|---------------|
| Pone a calentar la bolsa de la solución, antes de hacerlo revisa: concentración de glucosa, fecha de caducidad, integridad de la sobre envoltura de la bolsa, que el protector del puerto de medicamentos esté bien colocado, las características del líquido y | 0 | 22.86% | 77.14% |
| Se lava y se seca perfectamente bien las manos. | 0 | 0 | 100% |
| Limpia el área de trabajo con agua y jabón y sécala | | 34.29% | 65.71% |
| Coloca en la mesa la pinza, el tapón minicap y la doble bolsa | 5.71% | 94.29% | 0.00% |
| Expone la línea de transferencia del paciente. | 5.71% | 0.00% | 94.29% |
| Se colócate correctamente el cubre boca (cubriendo nariz y boca), así como al paciente y alguna persona que estuviese en ese momento presente. | 2.86% | 97.14% | 0.00% |
| Rasga la sobreenvoltura en el corte o apoyándose con la pinza roja. | 2.86% | 11.43% | 85.71% |
| Retira la sobreenvoltura y coloca la bolsa en la mesa con el puerto de inyección hacia arriba y se asegura que el puerto de inyección o goma se encuentre en su sitio. | 2.86% | 11.43% | 85.71% |
| Si está indicado administrar medicamentos en la bolsa prepara el medicamento, jeringa con aguja de calibre 19 a 25 y de una pulgada de largo y | 2.86% | 11.43% | 85.71% |
| Pone antiséptico en el puerto de inyección de la bolsa de solución y en el puerto del frasco del medicamento y abre la jeringa. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Prepara la jeringa con el medicamento. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Toma el puerto de medicamentos entre el dedo pulgar y el índice y punciona el puerto de inyección e introduce el medicamento. Asegurándose de no perforar con la aguja la pared del puerto de inyección y que el medicamento haya entrado a la bolsa y no quede | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Invierte la bolsa de la solución varias veces para mezclar el medicamento con la solución | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Separa las líneas de infusión y la bolsa de drenaje. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Coloca el tapón de anillo del conector al paciente en el dedo medio de la mano no dominante y toma la línea de transferencia con el dedo pulgar e índice y cierra tu mano | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Retira el tapón minicap de la línea de transferencia, sin tocar las aéreas que se consideran estériles con nada ni con tus manos limpias. Desecha el tapón. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Retira el tapón del conector al paciente y conecta la línea de transferencia con la misma técnica antes mencionada | 2.86% | 51.43% | 45.71% |

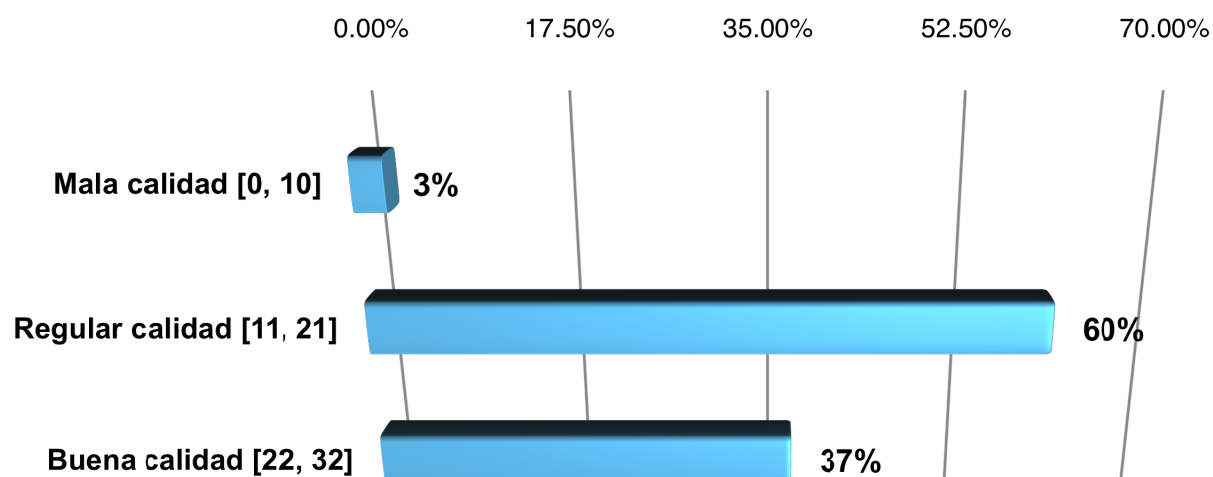
| | | | |
|---|---------------|--------|--------|
| Cuelga la bolsa de la solución y baja la bolsa de drenaje a un lugar seguro. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Gira la parte azul para abrir la llave de la línea de transferencia e iniciara el drenaje del líquido de la cavidad peritoneal. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Observa las características del líquido. Sabe que el líquido no debe de tardar más de 30 minutos en drenar con un catéter colocado adecuadamente. | 25.71% | 62.86% | 11.43% |
| Al finalizar el drenaje gira la parte azul y cierra la llave de la línea de transferencia | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Coloca la pinza roja a la línea de drenaje. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |
| Rompe la cánula o el frangible (color verde) de la línea de llenado. | 2.86% | 51.43% | 45.71% |

En la tabla 8 y gráfica 7 se muestra el resultado de la calidad que otorga el personal de enfermería a los pacientes del Servicio de Diálisis Peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero”. Se encontró que el 60% de las enfermeras ofreció una calidad de regular y el 37.14% otorgó una calidad de buena.

Tabla 8: Calidad enfermera-paciente

| | Frecuencia | Calidad |
|--------------------------|------------|---------|
| Mala calidad [0, 10] | 1 | 2.86% |
| Regular calidad [11, 21] | 21 | 60.00% |
| Buena calidad [22, 32] | 13 | 37.14% |
| Total | 35 | 100.00% |

Gráfica 7: Calidad enfermera-paciente

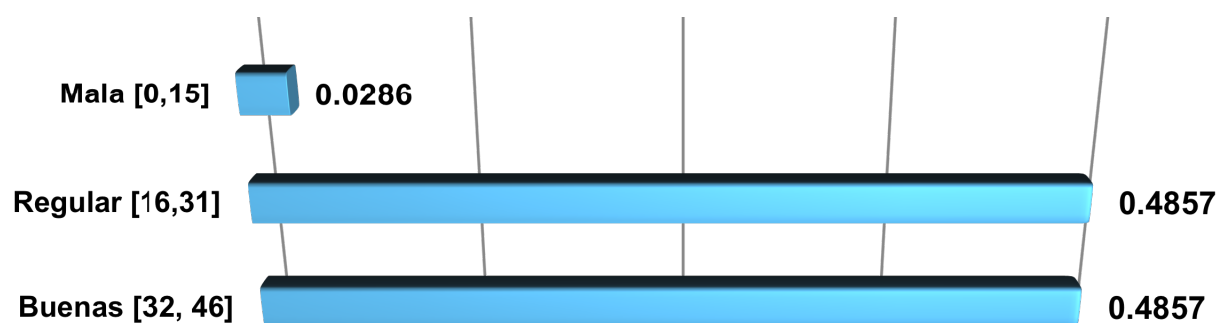


Con respecto a las competencias de las enfermeras del servicio de diálisis peritoneal del Hospital Regional No. 1 Vicente Guerrero, se encontró que el 48.57% presentó buenas competencias, así como otro 48.57% de enfermeras sus competencias fue de regular y solo un 2.86% tuvo competencias malas, así se muestra en la tabla 9 y gráfica 8.

Tabla 9: Competencias

| | Frecuencia | Competencias |
|-----------------|------------|--------------|
| Mala [0,15] | 1 | 2.86% |
| Regular [16,31] | 17 | 48.57% |
| Buenas [32, 46] | 17 | 48.57% |
| Total | 35 | 100.00% |

Gráfica 8: Competencias

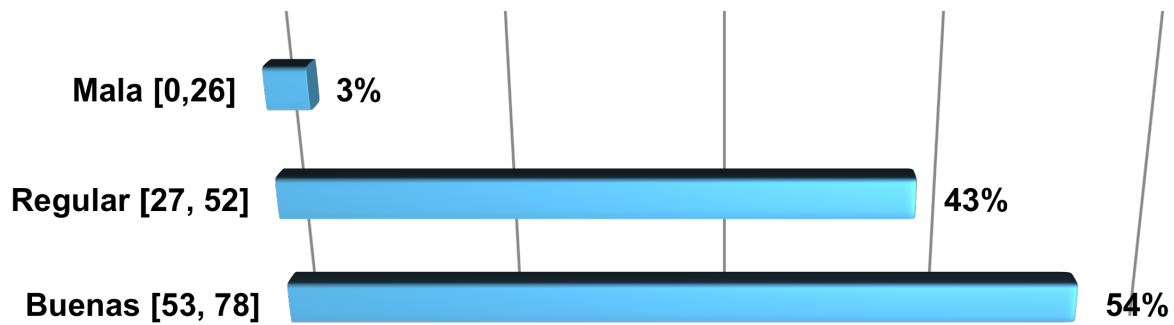


La tabla 10 y gráfica 9 muestran el resultado de la calidad en general, se encontró que el 54.29% de las enfermeras ofrecieron una calidad en el servicio de diálisis peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero Fue buena y el 42% ofreció una calidad regular.

Tabla 10: Calidad general del servicio de diálisis peritoneal del Hospital Regional No. 1 “Vicente Guerrero

| | Frecuencia | Calidad general |
|------------------|------------|-----------------|
| Mala [0,26] | 1 | 2.86% |
| Regular [27, 52] | 15 | 42.86% |
| Buenas [53, 78] | 19 | 54.29% |
| Total | 35 | 100.00% |

Gráfica 9: Calidad general del servicio de diálisis peritoneal del Hospital Regional No. 1 "Vicente Guerrero"

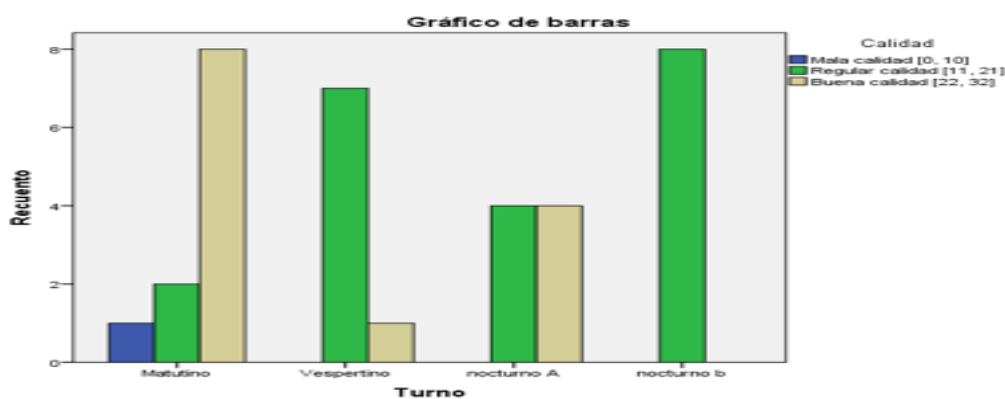


En la tabla 11 y gráfica 10 se observa el crece de variable entre el turno y la calidad, se encontró que 72.7% de las enfermeras ofrecieron un servicio de buena calidad en el servicio de diálisis peritoneal y el 9.1% ofreció un servicio de mala calidad. En el turno vespertino, se encontró un 12.5% de las enfermeras que otorgaron un servicio de buena calidad y el 87.5% lo realizó de una calidad regular. E el turno A el 50% del personal de enfermería lo realizó de buena calidad y el otro 50% fue de calidad regular. Para el turno nocturno B el 100% ofreció una calidad regular

Tabla 11: Cruce de variables entre Turno y Calidad

| Turno | Calidad | | | Total |
|------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------|
| | Mala calidad [0, 10] | Regular calidad [11, 21] | Buena calidad [22, 32] | |
| Matutino | 1 | 2 | 8 | 11 |
| | 9.1% | 18.2% | 72.7% | 100.0% |
| Vespertino | 0 | 7 | 1 | 8 |
| | 0.0% | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| nocturno A | 0 | 4 | 4 | 8 |
| | 0.0% | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| nocturno B | 0 | 8 | 0 | 8 |
| | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | 1 | 21 | 13 | 35 |
| | 2.9% | 60.0% | 37.1% | 100.0% |

Gráfica 10: Cruce de variables entre Turno y Calidad

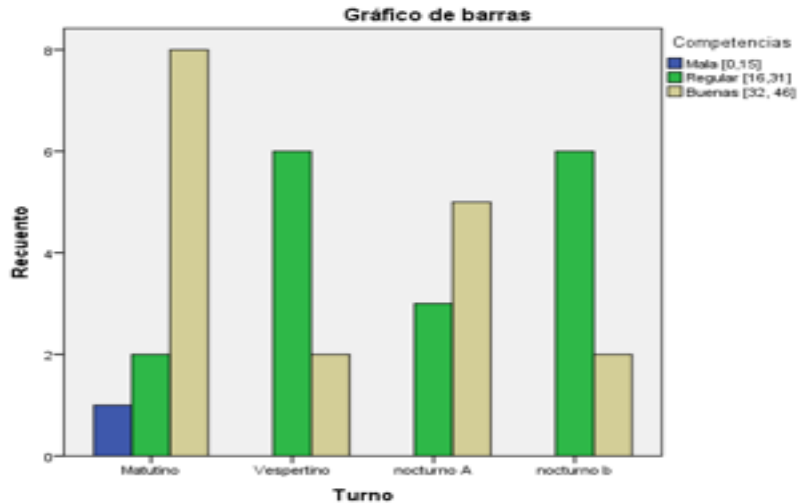


Al realizar el cruce de las variables el Turno y las Competencias se encontró que el 72.7% de las enfermeras del turno matutino presentaron buenas competencias y el 75% de las enfermeras del turno vespertino sus competencias fue de regular. Un 62.5% de las enfermeras del turno nocturno A tuvieron buenas competencias y las enfermeras del turno nocturno B el 75% sus competencias fue de regular, tal como se muestra en la tabla 12 y gráfica 11.

Tabla 12: Cruce de variables Turno vs Competencias

| Turno | Competencias | | | Total |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------|
| | Mala | Regular | Buenas | |
| Matutino | 1 | 2 | 8 | 11 |
| | 9.1% | 18.2% | 72.7% | 100.0% |
| Vespertino | 0 | 6 | 2 | 8 |
| | 0.0% | 75.0% | 25.0% | 100.0% |
| nocturno A | 0 | 3 | 5 | 8 |
| | 0.0% | 37.5% | 62.5% | 100.0% |
| nocturno b | 0 | 6 | 2 | 8 |
| | 0.0% | 75.0% | 25.0% | 100.0% |
| Total | 1 | 17 | 17 | 35 |
| | 2.9% | 48.6% | 48.6% | 100.0% |

Gráfica 11: Cruce de variables Turno vs Competencias



Con respecto al cruce de las variables entre la Escolaridad y Calidad se encontró que las enfermeras con pos técnico el 100% ofrecieron un servicio de buena calidad a los pacientes de calidad, al igual que las enfermeras con postgrado que otorgaron un servicio de buena calidad. En el caso de las enfermeras especialistas solo el 50% ofreció un servicio de buena calidad; a diferencia de las enfermeras con licenciatura, que 68% otorgó una calidad de regular, así como un 60% de las enfermeras generales ofrecieron un servicio de regular, tal como se observa en la tabla 13 y gráfica 12

Tabla 13: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Calidad

| Escolaridad | Calidad | | | Total |
|--------------|--------------|-----------------|---------------|--------|
| | Mala calidad | Regular calidad | Buena calidad | |
| Pos técnico | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Licenciatura | 0 | 17 | 8 | 25 |
| | 0.0% | 68.0% | 32.0% | 100.0% |
| Postgrado | 0 | 0 | 2 | 2 |
| | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Especialista | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | 0.0% | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| General | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | 20.0% | 60.0% | 20.0% | 100.0% |
| Total | 1 | 21 | 13 | 35 |
| | 2.9% | 60.0% | 37.1% | 100.0% |

Gráfica 12: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Calidad



La tabla 14 y gráfica 13 muestran el cruce de variables entre la escolaridad y las competencias, se encontró que las enfermeras con grado de pos técnico el 100% tuvo buenas competencias, el 56% de las enfermeras con licenciatura sus competencias fue de regular, así como un 50% de enfermeras con postgrado presentaron buenas competencias al igual que el 50% de los especialistas, lo cual presentaron buenas competencias.

Tabla 14: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Competencias

| Escolaridad | Competencias | | | Total |
|--------------|--------------|---------|--------|--------|
| | Mala | Regular | Buenas | |
| Pos técnico | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Licenciatura | 0 | 14 | 11 | 25 |
| | 0.0% | 56.0% | 44.0% | 100.0% |
| Postgrado | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | 0.0% | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| Especialista | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | 0.0% | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| General | 1 | 1 | 3 | 5 |
| | 20.0% | 20.0% | 60.0% | 100.0% |
| Total | 1 | 17 | 17 | 35 |
| | 2.9% | 48.6% | 48.6% | 100.0% |

Gráfica 13: Cruce de variables entre la Escolaridad vs Competencias

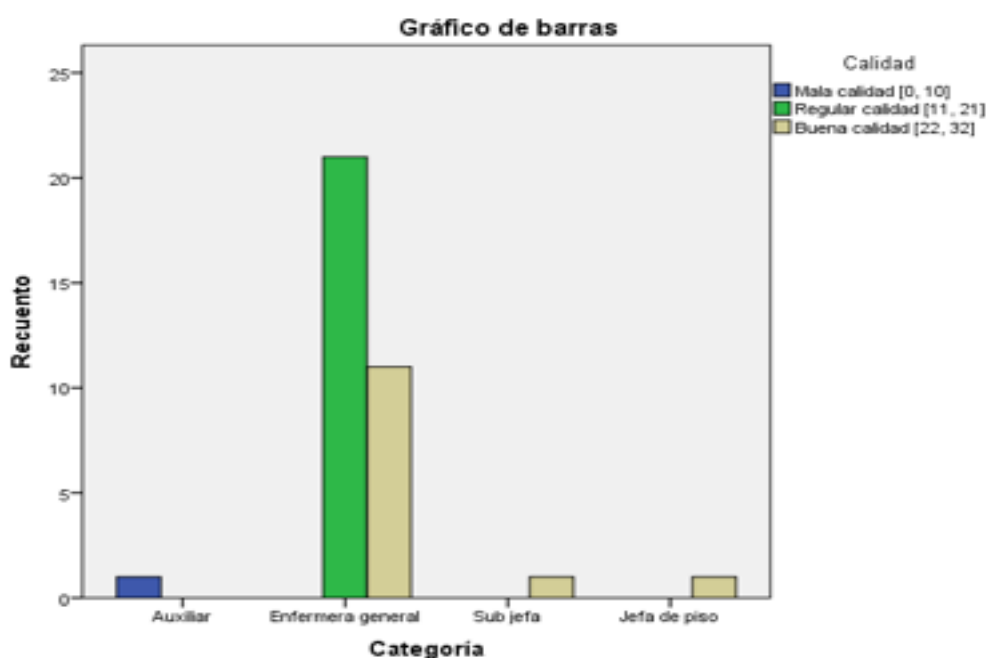


Con respecto al cruce de variables entre las categorías y la calidad se encontró que las enfermeras auxiliares el 100% ofreció una mala calidad y el 65.6% de las enfermeras generales ofrecieron una calidad de regular. También se encontró que la sub jefa ofreció una buena calidad al igual que la jefa de piso, Tal como se observa en la tabla 15 y gráfica 14

Tabla 15: Cruce de variables entre la Categoría vs Calidad

| Categoría | Calidad | | | Total |
|-------------------|--------------|-----------------|---------------|--------|
| | Mala calidad | Regular calidad | Buena calidad | |
| Auxiliar | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| Enfermera general | 0 | 21 | 11 | 32 |
| | 0.0% | 65.6% | 34.4% | 100.0% |
| Sub jefa | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Jefa de piso | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| Total | 1 | 21 | 13 | 35 |
| | 2.9% | 60.0% | 37.1% | 100.0% |

Gráfica 14: Cruce de variables entre la Categoría vs Calidad



En la tabla 16 y gráfica 15, donde se muestra el cruce de variables entre la categoría y las competencias, se encontró que el 100% del personal auxiliar tuvo malas competencias y un 53.1% de las enfermeras generales obtuvieron buenas competencias. Pero las competencias de la subjefa y la jefa de piso sus competencias fue de regular.

Tabla 16: Cruce de variables entre la Categoría vs Competencias

| Categoría | Competencias | | | Total |
|-------------------|--------------|-----------------|-----------------|--------|
| | Mala [0,15] | Regular [16,31] | Buenas [32, 46] | |
| Auxiliar | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| Enfermera general | 0 | 15 | 17 | 32 |
| | 0.0% | 46.9% | 53.1% | 100.0% |
| Sub jefa | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Jefa de piso | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | 1 | 17 | 17 | 35 |
| | 2.9% | 48.6% | 48.6% | 100.0% |

Gráfica 15: Cruce de variables entre la Categoría vs Competencias



Conclusiones

De acuerdo a los objetivos específicos se encontró que las competencias de las enfermeras fue entre regular y bueno (48.57% cada uno). Con respecto a la calidad que ofrece las enfermeras a los pacientes fue de regular (60%)

De acuerdo a la pregunta de investigación se encontró que la calidad de las competencias fue buena. Por lo que se concluye que se ha alcanzado el objetivo propuesto, ya que se determinó la calidad de Competencias de Enfermería en el cuidado del paciente del servicio de diálisis peritoneo del Hospital Regional N. 1 Vicente Gro. del IMSS, lo cual el 54.29% lo realizó de buena calidad.

La DP es un procedimiento invasivo, que expone la cavidad peritoneal, considerada como un medio estéril por lo que el tratamiento sustitutivo de la función renal, debe de realizarse de manera eficaz y segura para el paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal los aspectos de seguridad para el paciente, por ello el monitoreo constante en un cuidado de competencias de alta complejidad este debe ser un profesional de enfermería con expertas en el conocimiento del cuidado en la Enfermedad Renal Crónica.

Bibliografía.

- Guia de practica Clinica. www.cnetec.salud.gob.mx
- Nefrologia Para enfermeria. Neurología, Volumen 26. Numero 2.2006
- Antonio Mendez Duran/Gabriela Rivera Rivera.
- Rev. Colomb. Nefrol. 2018;5(2): 146 - 155 <http://www.revistanefrologia.org>.
- [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/Dictamenes-Futuro/C7D0C_D7C38DC305705257C3E0074C771/\\$FILE/SALUD_0352011-CR_Txt.Fav.Sust.Mayor%C3%ADa .pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/Dictamenes-Futuro/C7D0C_D7C38DC305705257C3E0074C771/$FILE/SALUD_0352011-CR_Txt.Fav.Sust.Mayor%C3%ADa.pdf)
- Sánchez MA y Muley AR. Diálisis Peritoneal Crónica. Asociación Española de Pediatría. Pág. 421-434. España. 2014.
- Satisfacción del paciente en una unidad de diálisis. Enferm Nefrol 2012; 15 (2): 101/107 .
- Peritonitis en dialysis peritoneal. Enferm Nefrol 2012; 15 (2): 101/107
- Rodríguez CA y Pérez FM. Avances recientes y perspectivas futuras en diálisis peritoneal. Sociedad Española de Diálisis y Trasplante. Art. 213. España. 2011.
- Chinchilla GJ. Factores de riesgo asociados a peritonitis en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Fundación del Niño Enfermo Renal, Hospital Roosevelt. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. 2014.
- La calidad de la atencion.http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). 2015;15 (3): 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9
- **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales (D.O.F. 20 de noviembre de 2009).
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-152-SSA1-1996, Que establece las especificaciones sanitarias de los catéteres rígidos para diálisis peritoneal infantil y adulto. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/152ssa16.html>.

ANEXOS

Acapulco gro a 15 de Noviembre del 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LA COMPETENCIA DE CALIDAD DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL REGIONAL No. 1 “ VICENTE GUERRERO” IMSS, PARA OBTENER LA TITULACION EN LA ESPECIALIDAD DE GESTION Y DOCENCIA EN ENFERMERIA.

Yo, Heriberta Mondragon Mercado, identificado (a) me encuentro cursando el tercer cuatrimestre de la especialidad de gestión y docencia en enfermería, de la Universidad Autónoma de Guerrero con sede en la Facultad de Enfermería No. 2 UAGro contando con el asesoramiento de la Maestra: M.C. María Juana Barrera García; para elaborar una encuesta de la tesis titulada La competencia de la calidad de enfermería en el cuidado del paciente del servicio de Diálisis Peritoneal del “Hospital General Regional Vicente Guerrero” IMSS, cuyo objetivo Mejorar la gestión de Competencias del Cuidado de Enfermería Estandarizado, en la terapia dialítica, de forma oportuna e individualizada, para evitar complicaciones de síndrome urémico, en el Hospital Regional Vicente Gro. del IMSS. me comprometo a que me pueden observar dada su capacidad de experta en el servicio de Diálisis Peritoneal, autorizando que la recopilación de datos sea clasificada de acuerdo a las debilidades o fortaleza como trabajadora, observado mis competencias en el proceso dialítico, cuidado del paciente renal, respecto a los datos proporcionados de mi persona me comprometo a responder verazmente las preguntas de la entrevista que se me realice. Autorizando, además, que estas sean grabadas por la investigadora, para lo cual se me asignará un seudónimo en resguardo de confidencialidad a mis declaraciones, las que podrán publicarse como parte de la investigación.

Respecto a los datos proporcionados por mi persona, me asisten los derechos de acceso, rectificación y cancelación, si estos no se ajustan a lo que yo he querido expresar.

Asimismo, si alguna de las preguntas me ocasionara alteración psíquica o física podré negarme a contestarla, contando con la aceptación de la investigadora.

Por lo expuesto en líneas anteriores, otorgo mi consentimiento para ser participe de la presente investigación que ayudará a lograr los objetivos trazados.

Finalmente refrendo mi firma.

Firma de la Investigadora

Firma del Participante

Anexo 3 Cronograma

| ACTIVIDAD | Meses. | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril. |
|---|------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------|---------|--------------|---------|
| | semana | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| Búsqueda bibliográfica | Programado | [Blue blocks] | | | | | | | | |
| | Realizado | [Red blocks] | | | | | | | | |
| Elaboración del protocolo | Programado | | | [Blue blocks] | | | | | | |
| | Realizado | | [Red blocks] | | | | | | | |
| Registro de Protocolo | Programado | | | [Blue blocks] | | | | | | |
| | Realizado | | | [Red blocks] | | | | | | |
| Diseño de instrumento, diálisis peritoneal. | Programado | | | | [Blue blocks] | | | | | |
| | Realizado | | | | [Red blocks] | | | | | |
| Encuesta al personal de enfermería. | Programado | | | | [Blue blocks] | | | | | |
| | Realizado | | | | [Red blocks] | | | | | |
| Implementación del instrumento | Programado | | | | | [Blue blocks] | | | | |
| | Realizado | | | | | [Red blocks] | | | | |
| Recolección de información | Programado | | | [Blue blocks] | | | | | | |
| | Realizado | | | [Red blocks] | | | | | | |
| Elaboración de Base de datos | Programado | | | | | [Blue blocks] | | | | |
| | Realizado | | | | | [Red blocks] | | | | |
| Captura de Base de Datos | Programado | | | | [Blue blocks] | | | | | |
| | Realizado | | | | [Red blocks] | | | | | |
| Análisis | Programado | | | | | [Blue blocks] | | | | |
| | Realizado | | | | | [Red blocks] | | | | |
| Presentación de trabajo Final | Programado | | | | | | | | [Blue block] | |
| | Realizado | | | | | | | | [Red block] | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia acorde con la situación de la enfermedad del paciente, problema de salud y etapa de desarrollo. | <ul style="list-style-type: none"> Demuestra interés en el cuidado del paciente Renal. Se relaciona de forma empática (respeto, autenticidad, comprensión) con la persona a la que cuida. Da un trato individualizado según el Dx de cada paciente que cuida. Contextualiza la entrevista y la relación con el paciente. Tiene en cuenta los factores del entorno (ruidos, iluminación, intimidad, momento adecuado), las distancias, el lenguaje corporal y las características del paciente Demuestra comprensión de las habilidades comunicativas que presenta el paciente (estado de los sentidos, estado cognitivo, Voluntad del paciente, barreras idiomáticas, estado de ánimo | <ol style="list-style-type: none"> Tiene mucha dificultad en la comunicación con el paciente/ usuario y/o compañeros y equipo. No es muy abierto en las relaciones con el paciente/usuario y/o compañeros y equipo, pero se esfuerza y demuestra escucha activa y respeto en la relación. Muestra una relación empática con el paciente/usuario, compañeros y equipo y presenta actitud de diálogo. Muestra una excelente relación empática con el paciente/usuario, equipo y compañeros mostrando iniciativa y respeto en la comunicación. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Prestar cuidados garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente, familia. Capacidad para asumir el compromiso ético | <ul style="list-style-type: none"> Se presenta al paciente como la enfermera del turno, con su nombre. Cierra la puerta de la habitación cuando va a realizar la conexión de la D. P. Conoce al paciente por su nombre. Trata de "usted" al paciente y a su familia Explica al paciente el procedimiento que se le va a realizar y pide su colaboración y consentimiento. Mantiene la confidencialidad de los datos del paciente/cliente. Identifica y lleva a cabo los aspectos éticos presentes en el cuidado al paciente (intimidad, derecho a la información, toma de decisiones) | <ol style="list-style-type: none"> No ha mostrado respeto hacia las personas, no es discreto y emite juicios de valor inadecuados. No tiene en cuenta la intimidad de los pacientes/clientes ni las decisiones de los mismos. Es respetuoso con los pacientes/clientes y familia. Tiene en cuenta la Intimidad de las personas pero no tiene en cuenta la toma de decisiones. Es respetuoso con los pacientes/clientes y familia. Tiene en cuenta la Intimidad de personas y actúa con discreción consultando a pacientes/clientes y familia y respetando su toma de decisiones. Destaca por su trato respetuoso con los pacientes/clientes y familia. Tiene en cuenta la intimidad de personas y actúa siempre con discreción consultando a pacientes/clientes y familia y respetando su toma de decisiones. | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Capacidad para asumir el compromiso ético frente a un paciente Renal. | <ul style="list-style-type: none"> Asiste puntualmente al trabajo. Llega a su hora al servicio DP. Respeto la normativa de institucional. Se abstiene de hacer juicios de valor sobre el paciente, su familia, el equipo interdisciplinar o el centro de prácticas Demuestra compromiso y responsabilidad para el aprendizaje. Actúa con discreción. Tiene en cuenta las medidas de protección universales (guantes, lavado de manos, mascarilla, bata) para la seguridad personal y del paciente | <ol style="list-style-type: none"> No demuestra respeto hacia la normativa de prácticas (uniformidad, higiene). No respeta la hora de entrada y salida. No avisa cuando falta al trabajo. Respeto la normativa de prácticas (uniformidad, higiene...) A veces no respeta la hora de entrada y/o salida. En alguna ocasión no ha avisado cuando ha faltado a prácticas. Respeto la normativa de prácticas (uniformidad, higiene...) Llega con puntualidad y no sale antes de terminar el turno. Avisa cuando falta a prácticas y presenta el justificante. Es impecable en su aspecto (higiene, uniformidad...) Llega con puntualidad y en las Unidades escucha las guardias. No falta a prácticas y si lo hace es por causa justificada y presenta el justificante. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Capacidad para usar adecuadamente medios informáticos y nuevas tecnologías. Capacidad para aplicar el razonamiento crítico | <ul style="list-style-type: none"> Conoce los documentos de la historia clínica y de Enfermería. Consulta los protocolos del servicio. Realiza la valoración cefalocaudal del paciente con DP. Analiza los datos para iniciarse en los diagnósticos de Enfermería. Muestra una actitud favorable hacia el uso de las TIC en el cuidado del paciente. Realiza un análisis profundo de la situación del paciente basándose en datos observados y recogidos en la entrevista con el paciente. | <ol style="list-style-type: none"> Utiliza los datos de los pacientes / clientes sin guardar la confidencialidad y accede a la aplicación informática para fines distintos a la práctica. Accede a la aplicación informática o historia del paciente para valorar a los pacientes/clientes pero de forma automática, sin reflexionar y guardando la confidencialidad. Accede, de manera responsable, a la aplicación informática o historia del paciente guardando confidencialidad sobre los datos del paciente y/o institución siendo muy crítico y reflexivo con la situación / cuidados del paciente/ cliente y guardando confidencialidad. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica en el manejo de la diálisis. Capacidad de aprender en los tratamientos dialíticos. | <ul style="list-style-type: none"> Muestra una actitud abierta y motivada hacia el conocimiento de nuevos procesos dialíticos. Muestra habilidad para aprender y reconocer errores. Expresa los significados construidos en la experiencia práctica. | <ol style="list-style-type: none"> Imita ciegamente las técnicas y cuidados que ve realizar a los enfermeros y muestra una nula destreza en sus actuaciones. Aplica los conocimientos en la realización de las técnicas y cuidados ajustándose a lo planteado por los profesionales. A veces muestra destreza en sus actuaciones adecuadas a su nivel de formación. Habitualmente actúa según lo planteado por los profesionales aplicando sus conocimientos, a veces con pequeñas iniciativas. Muestra destreza en sus actuaciones adecuadas a su nivel de formación. <p>Siempre actúa según lo planteado por los profesionales aplicando sus conocimientos adaptándolos al paciente/cliente, mostrando iniciativa.</p> <p>Muestra mucha destreza en sus actuaciones.</p> | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>Aplicar el Proceso Enfermo para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y seguridad a las personas atendidas.</p> <p>Dirigir, evaluar y prestar cuidados integrales e enfermería al individuo, familia y comunidad.</p> <p>Capacidad para planificar y evaluar. Promover la participación de las personas familias y grupos en su proceso de salud-enfermedad.</p> <p>Capacidad para reconocer la diversidad y multiculturalidad.</p> <p>Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones. Capacidad para trabajar en base a criterios de calidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Valorar a la persona y características socio-demográficas y ambientales y contexto socio-cultural que condicionan su Salud. • Llevar a cabo intervenciones dirigidas a fomentar la salud de las personas. • Realizar el juicio clínico identificando diagnósticos enferm. y/o problemas de colaboración. • Elige indicadores NOC y NIC para cada uno de los problemas identificados. • Plantea planes de cuidados incorporando elementos del marco cultural de la persona. • Organiza las actividades en el tiempo. • Establece prioridades de manera adecuada. • Adecúa los medios y el tiempo a las actividades. • Genera alternativas de solución. • Tiene criterio para elegir entre las opciones de solución eficientes a problemas. • Proporciona cuidados pertinentes dando participación al paciente/cliente y/o familia. Desarrolla planes de cuidados dirigidos a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad adecuados a la población de referencia. | <p>1-No reconoce la importancia de observar, registrar y transmitir cambios en la situación del paciente/usuario.</p> <p>2. Le cuesta identificar las causas de un problema. Tiene grandes dificultades al aplicar el proceso enfermero.</p> <p>Detecta a través de la observación algunos cambios significativos en la situación del paciente/usuario y los transmite adecuadamente. A veces no tiene en cuenta la diversidad y multiculturalidad. Aplica el proceso enfermero con ayuda. En alguna ocasión no identifica las causas de un problema.</p> <p>3. Demuestra mayor seguridad en la valoración del paciente/usuario y detecta los cambios en su situación. Tiene en cuenta la diversidad y multiculturalidad. Aplica el proceso enfermero y toma decisiones sobre los diagnósticos y cuidados con algún pequeño fallo. Tiene en cuenta los criterios de calidad.</p> <p>4. Valora, documenta, y registra con seguridad la situación y evolución del paciente/usuario teniendo en cuenta la diversidad y multiculturalidad. Detecta los cambios significativos en el paciente/cliente. Aplica el proceso enfermero y toma decisiones sobre los diagnósticos y cuidados con seguridad. Tiene en cuenta los criterios de calidad.</p> | | | |
| <p>Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica los beneficios/riesgos de los fármacos manejados. • Utiliza adecuadamente los productos sanitarios en sus intervenciones. • Maneja adecuadamente las vías de administración de fármacos. • Es capaz de buscar la participación del paciente/usuario y/o familia en los cuidados. • Controla la ministración de fármacos específicos. | <p>1. Aplica técnicas y cuidados sin reflexionar.</p> <p>2. Aplica técnicas y cuidados con supervisión y ayuda y reconoce los efectos de los mismos en el paciente/cliente.</p> <p>3. Realiza técnicas y cuidados con precisión, utilizando adecuadamente los productos sanitarios, con la mínima supervisión y evalúa la respuesta del paciente/usuario.</p> <p>4. Realiza técnicas y cuidados con precisión, utilizando adecuadamente los productos sanitarios haciendo partícipe al paciente/usuario y/o familia de los mismos</p> | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|
| <p>Capacidad para desarrollar iniciativas y espíritu emprendedor. Capacidad para el liderazgo. Capacidad para desarrollar la creatividad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Toma iniciativas sopesando los riesgos y oportunidades. • Transmite confianza y mueve a otros a la acción. • Genera alternativas y situaciones/problema. • Aporta sugerencias/alternativas a situaciones/problemas que se plantean. | <ol style="list-style-type: none"> 1. No se cuestiona las situaciones que se le presentan y se limita a realizar las técnicas/cuidados según la forma establecida. 2. Busca nuevas soluciones a los problemas y resuelve las situaciones que se le presentan. 3. Detecta situaciones/problemas susceptibles de mejora y sobresale por sus aportaciones innovadoras que al aplicarlas mejoran los resultados. 4. Detecta situaciones/problemas susceptibles de mejora y sobresale por sus aportaciones innovadoras que al aplicarlas mejoran los resultados. Logra implicar a compañeros en sus iniciativas. | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|

Anexo 5 Técnica para cambiar la bolsa

Técnica para cambiar la bolsa manual: Sistema de Baxter para Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y para Diálisis Peritoneal Intermitente en Hospitalización (DPIH)

Objetivo:

Extraer los productos de desecho (solutos y agua), que pasan de la sangre al líquido dializante que se encuentra en la cavidad peritoneal; para ser eliminado hacia la bolsa de drenaje después de haber permanecido de 4 a 6 horas en la cavidad peritoneal, para volver a infundir otra solución nueva.

Material y equipo

- Mesa de trabajo
- Tripie o gancho
- 1 bolsa de solución de diálisis peritoneal
- Cubre bocas
- 1 pinza roja limpia para diálisis
- 1 Tapón minicap
- Toallas de papel
- Cuaderno para el registro de la ultrafiltración
- Balanza o jarra medidora para el líquido de diálisis.

Anexo 6 herramienta para la recolección de datos de la técnica para cambiar la bolsa

| Técnica para cambiar la bolsa manual: Sistema asimétrico (DPCA y DPI) | CALIFICACIÓN | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|--|---|---|---|--------------|
| | 0 | 1 | 2 | | 0 | 1 | 2 | CALIF. FINAL |
| 1. Pone a calentar la bolsa de la solución, antes de hacerlo revisa: concentración de glucosa, fecha de caducidad, integridad de la sobre envoltura de la bolsa, que el protector del puerto de medicamentos esté bien colocado, las características del líquido y que la temperatura esta 37°C. | | | | | | | | |
| 2. Se lava y se seca perfectamente bien las manos. | | | | | | | | |
| 3. Limpia el área de trabajo con agua y jabón y sécala | | | | | | | | |
| 4. Coloca en la mesa la pinza, el tapón minicap y la doble bolsa | | | | | | | | |
| 5. Expone la línea de transferencia del paciente. | | | | | | | | |
| 6. Se colócate correctamente el cubreboca (cubriendo nariz y boca), así como al paciente y alguna persona que estuviese en ese momento presente. | | | | | | | | |
| 7. Rasga la sobreenvoltura en el corte o apoyándose con la pinza roja. | | | | | | | | |
| 8. Retira la sobreenvoltura y coloca la bolsa en la mesa con el puerto de inyección hacia arriba y se asegura que el puerto de inyección o goma se encuentre en su sitio. | | | | | | | | |
| 9. Si está indicado administrar medicamentos en la bolsa prepara el medicamento, jeringa con aguja de calibre 19 a 25 y de una pulgada de largo y el antiséptico | | | | | | | | |
| 10. Pone antiséptico en el puerto de inyección de la bolsa de solución y en el puerto del frasco del medicamento y abre la jeringa. | | | | | | | | |
| 11. Prepara la jeringa con el medicamento. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12. Toma el puerto de medicamentos entre el dedo pulgar y el índice y punciona el puerto de inyección e introduce el medicamento. Asegurándose de no perforar con la aguja la pared del puerto de inyección y que el medicamento haya entrado a la bolsa y no quede solo en el puerto. (En caso de perforar la pared del puerto, cambia la bolsa por otra nueva). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Invierte la bolsa de la solución varias veces para mezclar el medicamento con la solución | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Separa las líneas de infusión y la bolsa de drenaje. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Coloca el tapón de anillo del conector al paciente en el dedo medio de la mano no dominante y toma la línea de transferencia con el dedo pulgar e índice y cierra tu mano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Retira el tapón minicap de la línea de transferencia, sin tocar las aéreas que se consideran estériles con nada ni con tus manos limpias. Desecha el tapón. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Retira el tapón del conector al paciente y conecta la línea de transferencia con la misma técnica antes mencionada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Cuelga la bolsa de la solución y baja la bolsa de drenaje a un lugar seguro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Gira la parte azul para abrir la llave de la línea de transferencia e iniciara el drenaje del líquido de la cavidad peritoneal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Observa las características del líquido. Sabe que el líquido no debe de tardar más de 30 minutos en drenar con un catéter colocado adecuadamente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Al finalizar el drenaje gira la parte azul y cierra la llave de la línea de transferencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Coloca la pinza roja a la línea de drenaje. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Rompe la cánula o el frangible (color verde) de la línea de llenado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Abre la pinza roja y deja que fluya el líquido durante 5 segundos a la bolsa de drenaje para purgar las líneas, al finalizar pinza la línea (azul) de drenaje. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Abre la línea de transferencia girando la parte azul para para infundir el nuevo líquido de diálisis hacia la cavidad peritoneal, Sabe que esto no debe tardar más de 10 minutos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 26. Una vez que terminada la infusión de la solución cierra la llave de la línea de transferencia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. Pinza las líneas de infusión y drenaje. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Se coloca el cubrebocas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29. Se lava las manos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. Abre el nuevo tapón minicap y verifica que la esponja este húmeda con iodopovidona. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. Desconecta el conector del paciente de la línea de transferencia y coloca el tapón. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. Pesa o mide el líquido drenado, se lava las manos, registra el volumen infundido, las características del líquido, volumen del líquido ultrafiltrado, la hora de inicio de infusión y termino del drenaje del líquido. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |