

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA “JUAN MISAEL SARACHO”
ESCUELA DE POSGRADO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA
PARA PACIENTES RENALES, HOSPITALES DE
SEGUNDO NIVEL, SANTA CRUZ. 2019.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE: Magister
en enfermería nefrológica y urológica Autor:
Lic. María del Carmen Valverde Guillen**

Santa Cruz de la Sierra – Bolivia

Septiembre 2019

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODO PODEROSO:

Por habernos dado sabiduría, perseverancia y paciencia durante la realización de la tesis y la culminación de nuestra carrera.

A NUESTRA ASESORA:

Por haber compartido sus conocimientos, apoyo incondicional y paciencia en el transcurso de nuestro proceso de grado hasta la culminación de nuestra tesis.

A LOS DOCENTES DE LA MAESTRIA

Por el apoyo técnico, teórico y metodológico que nos proporcionaron, durante toda nuestra formación académica.

AL DIRECTOR Y PERSONAL DEL HOSPITAL:

Quienes que sin ningún interés de recompensa nos colaboraron y apoyaron en la recolección de datos durante la ejecución de la investigación.

DEDICATORIA

Al Creador de todas las cosas, al que me ha dado la fortaleza para continuar cuando me he encontrado a punto de caer por ello con toda la humildad de mi corazón dedico mi trabajo a Dios.

De igual manera dedico a mis padres, que han sabido formarme con valores, por ser mi inspiración y ejemplo a seguir, mi fuerza para enfrentar día a día un nuevo reto.

A mis hijos, motivo de inspiración para darles el ejemplo para seguir adelante.

A mis maestros quienes se han tomado el arduo trabajo de transmitir sus experiencias y conocimientos en el amplio campo de la medicina.

APROBADO:

TRIBUNAL

1

2

3

.....

POSGRADO EN SALUD

Lugar y fecha:

INDICE

Pág.

Índice	i
Resumen	v
CAPITULO I. DISEÑO TEORICO	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	4
1.3. Planteamiento del problema	7
1.4. Formulación del problema	8
1.5. Objetivos	9
1.5.1. Objetivo General	9
1.5.2. Objetivos Específicos	9
1.6. Justificación	10
1.7. Viabilidad	13
CAPITULO II. MARCO TEORICO	14
Marco Teórico Conceptual	14
2.1. Guías y protocolos de enfermería	14
2.2. Generalidades del protocolo.	17
2.2.1. Finalidad de los protocolos.	17
2.2.2. Importancia de los protocolos.	18
2.2.3. Objetivo de los protocolos	18
2.3. Ventajas del uso	18

2.4. Principios para la elaboración	19
2.5. Participantes en la elaboración	19
2.6. Instrumentos para la elaboración	19
2.7. Control del cumplimiento.	20
2.8. Implicancia del manejo. Al ser documento legal	20
2.9. Calidad de atención de enfermería.	20
2.10. Definición de la enfermedad renal crónica.	22
2.10.1. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica	23
2.11.Fisiopatología de insuficiencia renal	24
2.12.Factores de riesgo	24
2.13.Síntomas de la insuficiencia renal crónica	25
2.14.Diagnóstico de la insuficiencia renal crónica	25
2.15. Intervenciones de enfermería	26
2.16.Cuidados del enfermo al inicio der la sesión de hemodiálisis	26
2.17. ¿Qué es el acceso vascular?	27
2.18. Vías de acceso para enfermos en hemodiálisis	27
2.18.1.Fístula arteriovenosa interna	27
2.18.2 .Fístula arteriovenosa externa	27
2.19. Catéter subclavio	27
2.20. Complicaciones agudas asociadas a la hemodiálisis	28

2.20.1. Complicaciones de la hemodiálisis	29
2.20.2. Complicaciones durante la hemodiálisis	29
2.20.3. Complicaciones después de la hemodiálisis	29
2.21. Tratamiento de la enfermedad renal crónica.	30
2.21.1. Mantenimiento	30
2.21.2. Anemia	31
2.21.3. Cuidados de enfermería.	31
2.21.4. Terapia Nutricional	32
2.21.5. Hemodiálisis.	33
2. Marco Teórico Referencial	34
3. Marco Teórico Contextual	36
3.1. Hospitales de segundo nivel.	36
4. Alcance de trabajo.	38
5. Hipótesis.	38
CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	39
3.1. Tipo de estudio.	39
3.2. Área de investigación	39
3.3. Universo	39
3.4. Criterios de selección (inclusión y exclusión)	39
3.4.1. Criterios de inclusión	39

3.4.2. Criterios de exclusión	39
3.5. Unidad de análisis	40
3.6. Muestra	40
3.7. Operacionalización de las variables	41
3.8. Recolección de los datos.(Fuentes, método, instrumentos y técnicas)	41
3.8.1. Fuentes	41
3.8.2. Método	41
3.8.3. Instrumentos	41
3.8.4. Técnicas	42
3.9. Plan de análisis de los datos	42
3.10. Aspectos éticos	42
CAPITULO IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	43
4.1. Resultados	43
4.2. Discusión	79
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
5.1. Conclusiones	81
5.2. Recomendaciones	82
VI. BIBLIOGRAFIA	83
6.1 Bibliografía	83

VII. ANEXOS	87
-------------	----

CAPITULO I

DISEÑO TEORICO

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar el grado de cumplimiento de aplicación de protocolos de atención de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en proceso de hemodiálisis, en los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra; se realizó un estudio descriptivo y transversal en los hospitales: Plan 3000, Villa 1° de Mayo, Pampa de la Isla y El Bajío del oriente. Se encuestó a 81 licenciadas en enfermería, y se observó las salas de los servicios de hemodiálisis, en el periodo de enero a julio del 2019.

Los resultados mostraron, que no existen protocolos de atención de enfermería, que el personal que trabaja está constituido el 100 % son licenciadas en enfermería, de las cuales el 14 % tienen nivel de maestría; 53 % de ellas son jóvenes entre 31 a 40 años, con un 63 % de antigüedad entre 2 y 5 años; 57 % recibieron capacitación sobre el tema de hemodiálisis; con muy bajo nivel de conocimientos sobre el tema (Regular 42 %, Mínimo 36 %, Bueno 20 %); y sin embargo, el cumplimiento de las actividades del protocolo fue de 88.8 %.

Por lo que se recomienda la elaboración y aplicación de protocolos a la brevedad posible y hacer seguimiento a todos los pacientes con enfermedad renal crónica en proceso de hemodiálisis, lo que permitirá una mejor atención al paciente y prevenir complicaciones letales.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, hemodiálisis, cumplimiento del tratamiento.

CAPITULO I. DISEÑO TEORICO

1.1. INTRODUCCIÓN

Los protocolos de enfermería son uno de los pilares básicos para determinar la forma de actuar y el compromiso de los profesionales de la salud en el desarrollo de los cuidados que llevan a cabo. Las investigaciones que se realizan en el ámbito de las ciencias de la salud aportan cada día nuevas evidencias que suponen cambios en los cuidados de los pacientes

La práctica de la enfermería se basa, entre otras cosas en la evidencia, por lo que aplica aquellas técnicas que se consideran más efectivas y relevantes. Para poder cumplir el objetivo citado en el párrafo anterior, los profesionales de la salud disponen de diversas herramientas que ayudan a tomar decisiones, estas herramientas son los protocolos, las guías y los procedimientos, entre otras.

Los protocolos de enfermería son documentos que además de establecer una normativa para la práctica, constituyen una importante fuente de información y facilitan la incorporación de nuevos profesionales. Por lo tanto, los protocolos deben ser actualizados para adaptarse a todas las novedades y reducir la variabilidad de la práctica clínica.

La ERC presenta una incidencia y una prevalencia creciente, se estima que por cada paciente en un programa de diálisis o trasplante renal puede haber 100 casos de ERC menos graves en la población general, estos casos constituyen la base de los pacientes que llegaran más tarde a la manifestación más grave, la enfermedad renal crónica terminal (ERCT). La ERCT es consecuencia de la presencia de otras patologías como la diabetes mellitus, enfermedades vasculares, glomerulonefritis crónica y otras.

El tratamiento de la ERC representa cada vez más un porcentaje mayor de gasto en salud, con uso de tecnología de mediana a alta complejidad. La HD no es un procedimiento que se emplea para preservar la vida de un paciente que de otro modo moriría por un corto periodo de tiempo. Es una modalidad terapéutica constituida como método sustitutivo de la función renal.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), considerada como una enfermedad degenerativa y crónica, es un síndrome causado por una insuficiencia renal progresivo irreversible, provocando una pérdida de la función renal, reduciendo el número de nefronas, conllevando a una incapacidad de producir orina y mantener un equilibrio de líquidos y electrolitos.

Así la realización de este estudio permitió describir la situación existente de las competencias cognitivas y afectivas que tiene el personal de enfermería para el cuidado de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en los servicios de Nefrología en los hospitales de segundo nivel

Este documento contiene el informe final de la investigación y se ha estructurado de la siguiente forma:

A continuación se plantea la situación que describe la problemática actual de las aplicaciones de los protocolos de cuidados de atención de enfermería a los pacientes con insuficiencia renal crónica, por lo que el personal de enfermería proporciona al cuidado de los pacientes y de este contexto surgió la pregunta de investigación, además este estudio se justificó como eje principal para determinar las competencias del recurso de enfermería para el cuidado de los/as pacientes con Insuficiencia Renal Crónica; el objetivo general y objetivos específicos que guiaron el estudio, en el desarrollo del estudio se obtuvieron alcances y limitaciones de cada una.

En el sistema de variables se conceptualizaron las variables principales y se realizó la descripción de estas, se operacionalizaron las variables de las cuales se obtuvieron indicadores.

La protocolización de la atención de enfermería del paciente en hemodiálisis viene promoviendo desde las perspectivas de políticas de salud asumidas por las instituciones prestadoras de atención de servicios de hemodiálisis en lo que respecta a la buena práctica de la profesión de enfermería, ya que de esta manera el trabajo es más organizado y sistematizado, evitando complicaciones y disminuyendo los días de estadía, la mortalidad de los pacientes en un hospital.

Para el personal de enfermería el contar con protocolos de atención, le permite facilitar su desempeño, prestar atención con eficiencia y eficacia y evitar la mala praxis, mejorando así su rendimiento a favor del mismo, del paciente, y de la sociedad en general.

En este sentido surge la necesidad de garantizar un servicio de calidad para los pacientes admitidos en el servicio de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel Hospital Los Pocitos, Hospital Villa Primero de Mayo, Hospital Pampa de la Isla y Hospital El Bajío del Oriente, por lo que hace necesaria la aplicación de protocolos de atención de enfermería para pacientes con hemodiálisis que requieran el cuidado específico organizado y sistematizado, para evitar complicaciones que puedan desestabilizar su estado general y atender contra la vida del paciente y así disminuir el gasto económico de la institución.

Cualquier organización que se proyecte a brindar cuidados de calidad, debe recoger todas y cada una de sus actividades en un documento elaborado por los profesionales que las llevan a cabo, y contrastadas por la evidencia científica disponible, que asegure la disminución de la variabilidad de la práctica, facilitando que todos los profesionales y técnicos asistenciales, a pesar de sus características personales, formación previa, experiencia laboral, y teniendo presente la autonomía profesional, actúen de la misma manera, obteniendo así resultados de calidad en el cuidado, y un gran aporte,

considerando que cada día son más necesarios los cuidados “bioseguros” así como los pasos objetivos y concretos acerca de lo que realizamos, ha sido la incorporación de las pautas en bioseguridad para las unidades de hemodiálisis, así como la incorporación detallada de la cantidad y características del material médico y elementos de protección personal necesarios para la realización de los procedimientos.

Es por este motivo, que es trascendental estudiar la calidad de vida de este tipo de pacientes, ya que nos permite analizar en qué medida la vida de un paciente es afectada por las diferentes intervenciones que requieren y por los daños que les provoca la enfermedad y/o tratamiento. Con esto se genera información para contribuir de la mejor forma posible a la satisfacción de las necesidades de los pacientes y por otra, permitir que los profesionales de Enfermería consideren cómo afecta la enfermedad a las personas integralmente, para poder realizar intervenciones más adecuadas.

1.2. Antecedentes

En las últimas décadas, a nivel mundial el Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) tiene un crecimiento alarmante, lo que provoca grandes demandas de recursos especialmente económicos. Esta es una situación catastrófica de salud pública debido al incremento de casos, altos costos de inversión y limitados recursos de infraestructura y humanos, detección tardía y elevadas tasas de morbilidad y mortalidad.

En 1995, la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN) presentó el primer Manual de Protocolos de Actuación de Enfermería Nefrológica. Este manual supuso la culminación de un ambicioso proyecto de la anterior junta directiva y el arduo trabajo de un numeroso grupo de colaboradores.

Para elaborar dicho manual se configuró un grupo de trabajo formado por enfermeras/os de diferentes puntos de nuestra geografía con el propósito de que los protocolos resultantes unificaran criterios de aplicación de cuidados y sentaran las bases del nivel de calidad mínimo para garantizar una práctica profesional correcta sin perder de vista la realidad cotidiana en la que desempeñamos nuestro trabajo en las diferentes unidades nefrológicas del país.

El marco de funciones para la atención de enfermería mediante utilización de un protocolo nace de la iniciativa de un grupo de enfermeras que querían dar a la profesión un marco de referencia, respondiendo a las necesidades básicas y contar con los elementos estructurales necesarios para el desarrollo de la profesión, ante los cambios que se van produciendo en el mundo de la sanidad y que están repercutiendo en la práctica de la enfermería. Nefrología, a través de la dirección

La propuesta del manual de protocolos de procedimientos y actuación de enfermería en Hemodiálisis ,presentada por la dirección del Instituto Nacional de Nefrología ,a través de la Dirección General de Planificación y Evaluación, según nota D.G.P.E. N° 230/2013 ,registrada como expediente SIMESE N°4077, y

CONSIDERANDO:

Que dicho documento ha sido promovido y elaborado por el Departamento de Docencia e Investigación del instituto Nacional de Salud Pública y Bienestar Social y con un comité interinstitucional integrado por profesionales de Enfermería especializados pertenecientes a las diferentes instituciones que cuentan con unidades de hemodiálisis.

Que el manual se constituiría en un instrumento estandarizado con información práctica, detallada y científicamente sustentada del manejo de cada uno de los procedimientos de enfermería en Hemodiálisis, el cual servirá para unificar los

critérios de actuación en dicho campo, en todo los establecimientos de salud pública y privados que prestan el citado servicio en el país¹.

El problema que representa en la actualidad la insuficiencia renal Crónica repercute para las instituciones económicamente ya que el material que se utiliza en los pacientes es muy costosa y que este padecimiento va en aumento. Además para el paciente y la familia repercute social y moralmente al no poder realizar sus actividades diarias

Esto implica aplicar nuevas estrategias tendientes a mejorarlos procesos de atención que estos pacientes requieren mismo que debe garantizar la calidad de vida.

Dentro del equipo de salud el personal Enfermería es quien proporciona la atención directa a través de protocolos enfocados a pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica los cuales son aplicados el área hospitalaria.

Además de lo anterior se cuenta con procesos específicos de enfermería pretende mejorar el estado de salud del paciente y lograr una mejor calidad de vida aplicando los protocolos de atención de enfermería vitando con esto un deterioro a corto plazo logrando una mejor sobrevivencia del paciente

¹ Rollán de la Sota M.J. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Consulta El Libro: Manual de Protocolos de Actuación de Enfermería Nefrológica.

1.3. Planteamiento del problema

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud a nivel mundial, su manifestación más grave, la insuficiencia renal crónica (IRC), ha presentado una incidencia y prevalencia creciente en las últimas décadas y requiere una inversión considerable de los recursos de la asistencia médica.

La visión epidemiológica de esta enfermedad ha cambiado notablemente; en la actualidad la ERC afecta un porcentaje significativo de la población, fundamentalmente porque sus causas principales residen en trastornos con alta prevalencia como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la enfermedad vascular y además se relaciona con el envejecimiento.

Pese al mejor manejo de los pacientes en diálisis, la morbilidad y mortalidad continúan elevadas.

La identificación, prevención y control de los factores de riesgo para esta enfermedad son aspectos claves para el sistema de salud de cualquier país.

Con el desarrollo de estos procedimientos se ha incrementado la sobrevida de los pacientes, lo cual ha mejorado en los últimos años con el conocimiento de los factores de riesgo, que ha permitido optimizar el manejo de la diálisis y el trasplante renal y la manera de alcanzar mejores resultados de sobrevida en los pacientes. Con el desarrollo de estos procedimientos se ha incrementado la sobrevida de los pacientes, lo cual ha mejorado en los últimos años con el conocimiento de los factores de riesgo, que ha permitido optimizar el manejo de la diálisis y el trasplante renal y la manera de alcanzar mejores resultados de sobrevida en los pacientes.

En Bolivia la ausencia o desconocimiento o la unificación de criterios de instrumentos de protocolización por especialidades dirigidos a hospitales de segundo nivel de atención, la complejidad en la resolución de problemas, en algunos casos la existencia de protocolos no válidos y en otros aplicados en forma espontaneo dan lugar en otros hospitales a la rutinización en sus actividades, llevando al personal encargado de prestar atención de salud a cumplir sus funciones de forma mecánica. Prácticamente el problema está en la ausencia de estos protocolos aquí en la ciudad de Santa Cruz, especialmente en los servicios de hemodiálisis.

La aplicación de los protocolos de atención de enfermería en los servicios de hemodiálisis es, para brindar atención humanizada apropiada y sin complicaciones a los pacientes admitidos; al no contar con protocolos de atención a pacientes de hemodiálisis no se puede establecer documentalmente el proceso de atención y esto conlleva al compromiso profesional y a las indeterminadas guías de enfermería y su aplicación como proceso de atención de enfermería.

Para este tipo de patologías Renales según estadísticas la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia que: “Existen 130 casos de insuficiencia renal crónica por cada millón de habitantes a nivel mundial y se estima que 1 de cada 10 adultos sufren esta patología².

1.4. Formulación del problema.

¿.Cuál es grado de cumplimiento de la aplicación de protocolos de atención de enfermería para pacientes con insuficiencia renal crónica en los servicios de

² Santa Cruz P, Pereira J, Rancel M. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica. Estudio en población abierta: Importancia de la atención primaria de salud. Nefrología 1992; 12(2): 158-159.

hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra del de julio a diciembre 2017?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General.

Evaluar el grado de cumplimiento de aplicación de protocolos de atención de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, mediante encuestas y observaciones de campo, para prevenir complicaciones letales.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características de las licenciadas en enfermería que trabajan en la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica en los Servicios de Hemodiálisis de los Hospitales de Segundo Nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. (Sociodemográficas, edad, sexo, nivel académico, antigüedad, Nivel Académico, tiempo de trabajo en el área de hemodiálisis)
2. Verificar la existencia de protocolos de atención de enfermería en los servicios de hemodiálisis de los Hospitales de Segundo Nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.
3. Evaluar el grado de cumplimiento de la aplicación de protocolos de los servicios de hemodiálisis de los Hospitales de Segundo Nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.
4. Determinar el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la aplicación de protocolos en los Servicios de Hemodiálisis.

² Santa Cruz P, Pereira J, Rancel M. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica. Estudio en población abierta: Importancia de la atención primaria de salud. Nefrología 1992; 12(2): 158-159.

1.6. Justificación

La enfermedad renal crónica es una afección con desenlace mortal a corto o mediano plazo, con una alta prevalencia a nivel mundial

Afectando 3.5 % de la población general; compromete todas las razas y grupos atareos y se ha establecido que 0.1% de estos pacientes por múltiples factores progresan a una condición terminal denominada insuficiencia renal crónica (IRC).

En estados Unidos reciben terapia de remplazo renal crónico alrededor de 1.000 pacientes por millón de habitantes ,para un total aproximado de 300.000 casos y se considera que la prevalencia de IRC crónica está aumentando a razón de 8% por año .De los pacientes con IRC ,el 60% están en un programa de hemodiálisis cerca del 20% en un programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua (DAPD) y el resto a un programa de trasplante renal ³.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS), dos de cada tres adultos tiene algún grado ERC en América Latina y El Caribe. El riesgo de ERC se incrementa después de 50 años y es más común después de los 70, detalla un informe de la organización difundido en marzo del presente año.

Según la OMS existen 200 casos nuevos con casos de insuficiencia renal crónica por millón de habitantes por año.

Afortunadamente en la actualidad se dispone de tratamientos alternativos que han venido a favorecer la calidad de vida de los pacientes, en centrándose en estos, el trasplante renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal ambulatorio continua y diálisis peritoneal intermitente.

En Bolivia la prevalencia de la enfermedad renal se incrementó en un 68 %.

La Enfermedad Renal Crónica en Bolivia es un problema de salud pública de alto impacto social y económico; sin embargo, este impacto es mayor en quien

³ Leddy J. Bases conceptuales de la Enfermería Profesional. Editorial J. B. Lippincott. New York; 1989 (1). p. 68, 100,251.

la padece ya que afecta su calidad de vida en todos los niveles: físico, social, psicológico y emocional. Los datos estadísticos del Ministerio de Salud señalan que en 2015 las patologías renales se incrementaron en un 68 por ciento en la tasa nacional, desde 2010; y que cada año se registran más de 3.000 casos en todo el país.

De acuerdo al doctor Raúl Plata, el crecimiento anual de pacientes con daño renal crónico terminal (última etapa de la ERC) en el país tiene una proyección exponencial. “En 2005 habían 63 pacientes por cada millón de habitantes, en 2007 se incrementó a 179 personas enfermas en el mismo número de habitantes. Es decir, en dos años esta cifra casi se triplicó”, explicó⁴.

Las últimas cifras del ministerio del sector, aseguran que en 2013 se registraron 260 casos por cada millón de población, cifra que cuadriplica el registro del 2005.

Al momento, en el país 2.231 personas se encuentran en un estado avanzado de la ERC y requieren terapia de diálisis, según datos del Programa Nacional de Salud Renal de Bolivia, hasta marzo de la presente gestión.

De esa cifra, La Paz es el departamento con más afectados registrando 576 casos; Cochabamba cuenta con 572 pacientes y en tercer lugar está Santa Cruz con 568, el resto 515 se distribuyen en el resto de departamentos.

Los 2.231 enfermos con ERC reciben tratamiento en unidades de hemodiálisis del país. De ese total casi unas 1.000 personas se atienden en algún seguro social; cerca de 700 asisten a hospitales públicos, y el resto recurren a clínicas privadas⁵.

⁴ Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta. ed. España: Harcourt Brace; 1994

⁵ Torres M, Rivas C. Instalación de catéter venoso central: Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. 1ra ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 47-8.

En el año 2012 la Fundación Nacional Renal de Estados Unidos, en las Guías de K/DOQI Definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), como la presencia del daño Renal con una duración igual mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60 ml /min/1.73 m² (K/ DOKI, 2002.) La Insuficiencia Renal es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de remplazo renal (TRR). Es decir diálisis o trasplante para poder vivir⁶.

Los pacientes con insuficiencia renal que asisten a los servicios de Hemodiálisis afectados en su estado general Peligran sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias y emergencias, en los que se debe establecer un orden de prioridades del sujeto, el reconocimiento de primario y secundario realizado de forma sistemática, constante y protocolizada, cumple La misión de evitar errores y omisiones en la valoración, tratamiento y cuidados.

Al profesional de enfermería el contar con protocolos de atención para este tipo de pacientes. le permite facilitar su desempeño, prestar atención con eficacia y eficiencia. En este sentido surge la necesidad de garantizar un servicio de calidad, que requiera los cuidados, específicos, para el paciente con enfermedad renal, en los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundos nivel de Santa Cruz de la Sierra.

Las unidades de hemodiálisis, cuentan con Programas de Salud Renal del Ministerio de Salud, por lo que es necesario conferir al personal de enfermería responsabilidad directa en la realización de técnicas y procedimientos, y cuidados de enfermería, mediante la aplicación de protocolos de atención unificados con un enfoque holístico respondiendo así a las necesidades individuales, familiares y de la propia institución.

⁶ Martínez-Castelao . y Cols. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Revista Nefrológica. Vol. 34. Núm. 2. Marzo 2014. páginas 0-272

1.7. Viabilidad.

Este trabajo de investigación, fue viable, por lo siguiente: Porque cumple las normas metodológicas de la investigación, cumple con los aspectos éticos, y finalmente porque los recursos humanos y materiales que se utilizaron no fueron onerosos, fueron cubiertos en su totalidad por el investigador.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

III. MARCO TEORICO

Marco Teórico Conceptual

2.1. Guías y protocolos de enfermería

Durante décadas, las enfermeras se han dedicado no sólo a curar a los enfermos sino a cuidar todos aquellos factores relacionados con su enfermedad. Como proveedora de cuidados, la enfermera tiene como principal interés cubrir las necesidades del paciente en forma oportuna; para ello, las enfermeras dedicadas a la especialidad nefrológica debemos conocer todos y cada uno de los aspectos que implica el tratamiento de las enfermedades renales. En nuestras actividades diarias, nos hemos dado a la tarea de atesorar y difundir experiencia y conocimientos de utilidad para nuestros pacientes, esperando que con nuestros cuidados el paciente recupere la salud o mejore su calidad de vida.

Para todas las enfermeras es importante que el paciente aprenda a querer-se, cuidarse; debemos hacerle consiente que sólo él o ella puede y debe saber cómo hacerlo.

El personal de enfermería juega un papel importante en el cuidado de pacientes con enfermedad renal, para proporcionar un cuidado efectivo y de calidad, se vuelve un elemento indispensable, debido a que tiene componentes como habilidades, destrezas, actitudes, conocimientos y valores, cuya finalidad es contribuir al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Con base a lo anterior en el hospital de segundo nivel existen de 300 a 400 casos al año con Insuficiencia Renal Crónica debido al aumento de pacientes en los servicios de Nefrología donde se proporciona atención a este tipo de usuario, se crea la necesidad de que el personal de enfermería aplique protocolos de atención de enfermería.

Dichos protocolos deben ser difundidos en las unidades mediante cursos de capacitación y entrenamiento.

Cuáles son las mejores técnicas de tratamiento en las enfermedades renales que realiza el personal de enfermería entre aquellas que aplican protocolos o las que no aplican. Las razones que justifican la importancia de disponer de un Manual de Procedimientos, Protocolos para la atención al paciente con ERC en hemodiálisis, están basadas en su utilidad para unificar criterios y estandarizar las intervenciones de enfermería, y la posibilidad de evaluar resultados en los diferentes establecimientos que atienden a éste segmento de pacientes.

Que el personal de enfermería realice procedimientos estandarizados durante la Atención de hemodiálisis, contribuyendo a otorgar procedimientos de calidad, en el marco de las normas y estándares establecidos.

Que el responsable de enfermería pueda ejercer un control sobre los resultados de las actividades realizadas identificando responsabilidades y racionalizando los recursos asignados.

Las razones que justifican la importancia de disponer de un Manual de Procedimientos para la atención al paciente con ERC en hemodiálisis, están basadas en su utilidad para unificar criterios y estandarizar las intervenciones de enfermería, y la posibilidad de evaluar resultados en los diferentes establecimientos que atienden a éste segmento de pacientes en sus servicios propios y/o contratados.

La elaboración de esta investigación persigue el objetivo de protocolizar todas las acciones que realiza la Enfermería, no obstante que la descripción de un procedimiento, no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, sino una guía para la praxis enfermera, sujeta a cuantos cambios sean necesarios a

tenor de los nuevos avances científicos. Las claves que justifican la importancia de disponer de protocolos o de un Manual de Procedimientos de Enfermería son:

- Sirven para unificar criterios.
- Mejoran el aprovechamiento de los recursos.
- Ayudan a la investigación.
- Orientan al personal de nueva incorporación.
- Son base para el control de calidad.
- Indudablemente su implantación debe marcar unas guías de obligado cumplimiento para todos los enfermeros (Licenciadas de Enfermería) un compromiso de análisis crítico continuo mediante el pensamiento científico, que garantice su revisión constante y actualización, razón sin la cual no tendría sentido el hacer diario.

Ante la evidencia de una necesidad sentida por gran parte de los profesionales de enfermería de nuestra área asistencial de organizar los cuidados de enfermería proporcionados en los Servicios de Nefrología y Hemodiálisis, se ha considerado la posibilidad de unificar criterios en cuanto a su protocolización, para lo que se ha optado por identificar protocolos de cuidados que consideren las diversas situaciones de salud y terapéuticas con el fin de definir la aportación específica de la enfermería, incorporando una estructura matriz uniforme, de calidad y consensuada por los diversos grupos de profesionales que en su redacción han intervenido y para los cuales se han especificado las siguientes consideraciones

Y criterios de cumplimiento en su elaboración:

2.2. Generalidades del protocolo.

Es una guía de actuación escrita en la atención de enfermería dirigida al paciente cliente o usuario, individualizadas con problemas predecibles y reales incluyendo los problemas potenciales y reales

Es un documento que define los pasos a seguir en la atención de pacientes, de la forma más adecuada y con los medios disponibles para resolver el caso

- ❖ Define procedimientos Y flujos a usar
- ❖ Establece medios y recursos a utilizar
- ❖ Manejar parámetros y ayuda a tomar decisiones
- ❖ Manejar estándares que se debe tomar en cuenta los existentes a nivel internacional y nacional.

2.2.1. Finalidad de los protocolos.

- ❖ Reducir la variación innecesaria en las pautas de atención y ayudar en la toma de decisiones.
- ❖ Construir los indicadores a partir de las evaluaciones de la calidad de la atención prestada.

Uso de los protocolos. Esta iniciativa busca fundamentalmente:

- ❖ Garantizar la calidad de atención de los servicios ligados a la satisfacción del cliente
- ❖ Garantizar la eficiencia de los recursos asignados a su utilización.
- ❖ Reducir los costos de la atención en salud.
- ❖ Sirve de protección legal en casos específicos.
- ❖ Facilita la comunicación entre el equipo de salud.
- ❖ Unifica criterios.

2.2.2. Importancia de los protocolos.

La implantación de la protocolización y su aplicación en el control de la calidad, permite mostrar el alcance de la actividad de enfermería en el hospital. De esta forma, se reconocerá el trabajo de enfermería, garantizara su desarrollo y su adaptación a los nuevos modelos de gestión.

- ❖ Garantizar la calidad de atención de los servicios ligados a la satisfacción del cliente
- ❖ Garantizar la eficiencia de los recursos asignados a la producción compra de servicios
- ❖ Sirve de protección legal en casos específicos.
- ❖ Reducir los costos de la atención en salud.
- ❖ Facilita la comunicación entre el equipo de salud.
- ❖ Unifica criterios

2.2.3. Objetivo de los protocolos

- ❖ Garantizar la efectividad de la atención (efectividad entendida como ganancia de salud y calidad de vida).
- ❖ Establecer documentalmente proceso de atención de enfermería.
- ❖ Unificar criterios de atención de enfermería al usuario
- ❖ Crear compromisos profesionales para dar calidad de atención de enfermería al usuario
- ❖ Determinar guías de acción
- ❖ Establecer responsabilidades en la atención del paciente
- ❖ Disminuir y garantizar los riesgos y los costos del cliente

2.3. Ventajas del uso

- ❖ Facilita la atención haciendo eficiente el manejo de recursos humanos

- ❖ Guía pasos a seguir evita los olvidos y riesgos
- ❖ Salva responsabilidades por omisión o acción.
- ❖ Evita la mala praxis
- ❖ Crea hábitos de control y registros de acciones.
- ❖ Valida procedimientos y conductas
- ❖ Permite evaluar resultados en estudios científicos

2.4. Principios para la elaboración

- ❖ Uniformidad de procedimientos
- ❖ Unidad de criterios (consenso).
- ❖ Control y evaluación
- ❖ Base científica evidente
- ❖ Secuencia o flujo lógico
- ❖ Factibilidad operativa
- ❖ Flexibilidad mínima y revisión

2.5. Participantes en la elaboración

El protocolo debe ser elaborado por:

- ❖ Personal experto quienes manejaran las acciones (comisión de expertos)
- ❖ Los jefes de área (coordinación entre médico y enfermera)
- ❖ Se apoyará en bibliografía actualizada o medicina por evidencia (Internet, congresos, revistas, artículos, etc.)

2.6. Instrumentos para la elaboración

- ❖ Conocimiento científico de las patologías (medicina por evidencia)
- ❖ Experiencia profesión (de médicos y enfermeras)
- ❖ Flujograma define los pasos a seguir

- ❖ Algoritmo
- ❖ Formato estandarizado
- ❖ Encabezamiento
- ❖ Identificación del protocolo
- ❖ Patología a la que se refiere
- ❖ Cuerpo del protocolo (definiciones ,pasos ,procedimientos, agentes
Validación
- ❖ El protocolo debe ser validado por:
 - ❖ La experiencia de quienes lo manejan.
 - ❖ Los resultados de su uso
 - ❖ Factibilidad de los actuantes (médicos y Enfermeras)

2.7. Control del cumplimiento.

Los protocolos deben ser aprobados y validados en la primera instancia a nivel operativo y su estructuración y edición sancionados por las autoridades ejecutivas, debiendo registrarse como documento legal institucional, dado a conocer a los niveles de gestión correspondiente.

El cumplimiento se los hace por supervisión y evaluación del inmediato superior o por los comités de protocolos, auditoria o de educación.

2.8. Implicancia del manejo. Al ser documento legal

- ❖ Están obligados a su cumplimiento en la atención médicos y enfermeras
- ❖ Existe flexibilidad relacionada a las características de gravedad y riesgo del paciente.

- ❖ El incumplimiento genera responsabilidades administrativas, civiles y penales, contempladas en Bolivia en la Ley 1178 (SAFCO) (Arce y López 2000)⁷

2.9. Calidad de atención de enfermería.

La calidad es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente que impacte en el cliente y el mercado.

La calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas, esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, Enfermeras y administradores) con su cosmovisión y su formación técnica.

Según la OPS/OMS. (Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud) propone como definición de calidad de las instituciones tomando en cuenta cuatro puntos muy importantes como ser:

- ❖ Un minuto de riesgos para el paciente o usuarios externos o internos
- ❖ Alto nivel de excelencia profesional
- ❖ Uso eficiente de los recursos de la institución.

La medición de la calidad es por tanto, un proceso polémico, con una direccionalidad múltiple y una perspectiva de acción directamente retirada a la metodología y enfoque que uno puede emplear para su evaluación en los servicios.

⁷ Guías y protocolos de enfermería, Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de servicios de Salud. La Paz Septiembre 2004

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles en el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser tangibles y se puede identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: Es la aplicación de la ciencia y la tecnología de forma médica que maximice los beneficios de la salud.

Más específicamente, la IRC es la pérdida irreversible del filtrado glomerular de los riñones. En las fases iniciales de ésta, los pacientes suelen permanecer asintomáticos (etapa de disminución de la reserva renal). Cuando el filtrado glomerular es inferior a 30 ml/min. Pueden aparecer ciertos síntomas propios del síndrome urémico, como cansancio y pérdida del bienestar en relación con la anemia, así como alteraciones metabólicas (acidosis) y del metabolismo fosfocálcico. Por debajo de 15 ml/min. Es frecuente la aparición de síntomas digestivos tales como náuseas, pérdida del apetito, en fases más tardías, de síntomas cardiovasculares como disnea, edema y neurológicos como es la dificultad para concentrarse, insomnio o somnolencia. La fase de Insuficiencia Renal Crónica Terminal se alcanza con filtrado glomerular inferior a 5 ml/min. Momento en el que el uso de la diálisis es inevitable.

2.10. Definición de la enfermedad renal crónica.

Daño renal por tres o más meses, definido por anormalidades del riñón estructurales o funcionales, con o sin disminución de la filtración glomerular, manifestado por anormalidades patológicas o marcadores de daño renal, incluyendo anormalidades en la composición de la sangre u orina o anormalidades en los estudios por imágenes. Filtrado glomerular < 60 ml por minuto por 1,73 m² durante tres meses o más, con o sin daño renal.

La Insuficiencia Renal Crónica es un proceso fisiopatológico de múltiples etiologías, resultando una inexorable disminución del número y función de las nefronas. (Unidad estructural y funcional del riñón).

2.10.1. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica

El 6% de la población adulta presenta daño renal crónico 4.5% de la población en Estados Unidos de Norteamérica, se encuentra en estadios 3 y 4 de Insuficiencia Renal Crónica que es el factor de mayor riesgo cardiovascular, afectando directamente en la morbimortalidad. Más de 3 millones de personas en USA tienen valores de creatinina mayores a 1.7 mg/dl.

Incidencia de 268 pacientes por cada millón de habitantes 300,000 pacientes en 2000 Incremento de 8% anual en la última década

2.11. Fisiopatología de insuficiencia renal

Al declinar la función renal se acumulan en la sangre los productos finales del metabolismo proteico que se excretan por la orina. Hay desarrollo de uremia y se presentan efectos adversos en todos los sistemas del cuerpo.

Comprende mecanismos específicos de acuerdo a la etiología, mismos que son progresivos provocando reducción de la masa renal.

Esta reducción, provoca un mecanismo compensatorio por medio del cual se produce hipertrofia estructural y funcional de las nefronas no afectadas.

La hipertrofia producida es mediada por moléculas vasoactivas, citoquinas y factores de crecimiento, provocando una hiperfiltración adaptativa.

Es mediada por incremento en la presión y el flujo capilar glomerular.

Mecanismo por el cual se produce la hipertrofia y predispone a la esclerosis del tejido.

La Autorregulación Renal es mediada por dos mecanismos intrínsecos del riñón: reflejo intrínseco miogénico de la arteriola aferente y un mecanismo de feed back tubuloglomerular.

Por el mecanismo miogénico la arteriola puede responder con vasodilatación o vasoconstricción de acuerdo a cambios en la presión intraluminal.

Un incremento inicial en la presión arterial causa un aumento en la presión intraglomerular y en el resultando en un incremento distal de consumo de NaCl, esto a la vez provoca vasoconstricción significativa de la arteriola aferente, predisponiendo a un aumento de la presión de perfusión renal al daño renal.

2.12. Factores de riesgo

Este trastorno puede ser provocado por enfermedades sistémicas como Diabetes Mellitus, Glomérulo nefritis crónica, Píelo nefritis, Hipertensión no controlada, Obstrucción del tracto urinario, Lesiones Hereditarias como nefropatía poli quística, Trastornos Vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos.

Con todas las complicaciones que trae este problema de salud el destino de estas personas si no son tratadas, es tarde o temprano la muerte. Este destino ha cambiado en forma espectacular con el advenimiento de los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la Diálisis peritoneal Hemodiálisis y el Trasplante Renal. Ambos tratamientos son complementarios, de manera que un paciente en Diálisis Crónica puede ser candidato a un trasplante y por otro

lado, frente a un fracaso del trasplante, el paciente puede retornar a un programa de diálisis. La implementación del trasplante renal permite aumentar los cupos disponibles para dializar a nuevos pacientes. (CISTERNAS y col., 1990).

El objetivo del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica es retener la función renal y mantener la homeostasis lo más posible. Deben identificarse y tratarse todos los factores que complican el problema y los que son reversibles.

2.13. Síntomas de la insuficiencia renal crónica

Los primeros síntomas de la enfermedad renal crónica también son síntomas de otras enfermedades. Estos pueden ser el único signo de enfermedad renal hasta cuando la afección está más avanzada.

Los síntomas pueden ser, entre otros:

- ❖ Inapetencia.
- ❖ Sensación de malestar general y fatiga.
- ❖ Dolor de cabeza.
- ❖ Picazón generalizada (prurito) y resequedad de la piel.
- ❖ Náuseas.
- ❖ Pérdida de peso sin proponérselo.

2.14. Diagnóstico de la insuficiencia renal crónica

La demostración de la disminución de, proteinuria significativa, sedimento urinario anormal de parénquima renal. Establece los criterios clínicos de insuficiencia renal crónica.

2.15. Intervenciones de Enfermería

Para la consecución de los objetivos propuestos y, por tanto, de la resolución de los problemas identificados deberán ser desarrollados los siguientes procedimientos:

2.16. Cuidados de enfermería en el inicio de la sesión de hemodiálisis

- ❖ La preparación con las máximas medidas de asepsia en la zona de punción de la fístula arteriovenosa, o de conexión de otro acceso vascular. Acceder al torrente circulatorio mediante la conexión al acceso vascular correspondiente.
- ❖ Administrar la heparina de inicio por ambas agujas. Conectar la línea arterial a la aguja arterial y poner en marcha la bomba de sangre lentamente (100 ml/minuto). Una vez llenado totalmente el circuito, se paraliza la bomba de sangre y se conecta la línea venosa a la aguja correspondiente.
- ❖ Poner la bomba de sangre nuevamente en funcionamiento, aumentando gradualmente su velocidad. Habitualmente se utilizan flujos de 250-400 ml/minuto. El aumento de la temperatura en el dializador hace que todas las conexiones se dilaten y se tenga por ello que apretarlas nuevamente para su mayor seguridad.

- ❖ Programación de la pérdida horaria según tipo de monitor. Poner en marcha la bomba de perfusión continua de heparina.

2.17. ¿Qué es un acceso vascular?

Antes de iniciar la hemodiálisis, debe haber una manera de extraer la sangre del organismo (unas pocas onzas a la vez) y volver a introducirla. Las arterias y

venas típicamente son demasiado pequeñas; por eso es necesario realizar una intervención quirúrgica para crear un acceso vascular.⁸

2.18. Vías de acceso para enfermos en hemodiálisis

Para poder purificar la sangre debe haber una manera de conectarle a la máquina, las vías de acceso son el medio para lograrlo y se usan las siguientes: Fístula arteriovenosa interna, fístula arteriovenosa externa y catéter subclavio.

2.18.1. Fístula arteriovenosa interna

Consiste en la unión de una arteria con una vena gruesa mediante una sencilla operación. Como resultado de eso, las venas del brazo se hacen más gruesas debido al flujo continuo de sangre. Puede usarse luego de un mes de estar funcionando. Cuando tiene la fístula instalada en el brazo, no debe usar reloj ni pulseras en el mismo, ni llevar cartera o sombrilla ni usar mangas apretadas u otra cosa estrecha que le apriete; no debe permitir que le tomen exámenes de laboratorio, la presión arterial o le apliquen inyecciones en dicho brazo.

2.18.2. Fístula arteriovenosa externa

Consiste en la introducción de una cánula en una arteria y otra en una vena, colocada por un cirujano, se puede usar de inmediato. Se mantienen cubiertas con gasa limpia. Los cuidados a tener son: no tocarla, no mojarla, no permitir que la cánula se doble, no dejar que saquen muestras de sangre de ese brazo, ni tomen la presión arterial, ni apliquen inyecciones, ni se debe usar cosas ajustadas.

⁸ [Texas Heart Institute](#). Acceso vascular para hemodiálisis. Fecha de consulta 21 de Marzo 2018.

2.19. Catéter subclavio

Consiste en un catéter que coloca el médico en una vena localizada cerca del cuello a nivel del hombro, puede usarse de inmediato. Los cuidados a tener son: no tocar, ni mojar, ni descubrir.⁹

2.20. Complicaciones agudas asociadas a hemodiálisis

Las complicaciones agudas por lo general ocurren durante una sesión de hemodiálisis. De acuerdo con el orden de frecuencia, éstas incluyen:

1. Hipotensión (5 a 40%).
2. Calambres (5 a 20%).
3. Náuseas y vómito (5 a 15%).
4. Cefalea (5%).
5. Dolor torácico (2 a 5%).
6. Prurito (5%).

Existen otras complicaciones relacionadas con la hemodiálisis. La hipertensión arterial intradialítica es menos frecuente que la hipotensión arterial, pero tiene implicaciones pronósticas relevantes.

La fiebre y escalofríos en pacientes en hemodiálisis debe ser atribuida a infecciones endovasculares, sobre todo en quienes el acceso vascular es a través de un catéter venoso de alto flujo. Asimismo, es sugerente de infección endovascular la fiebre al final del tratamiento de hemodiálisis.

Se recomiendan la toma de hemocultivos, el retiro del acceso vascular y la cobertura empírica de cocos Gram positivos meticuloso-resistentes.

En la actualidad, la fiebre no debe atribuirse a las membranas de los dializadores u otras sustancias empleadas durante la hemodiálisis.

⁹ Barba Vélez A, Julen Ocharan Corcuera J. Accesos vasculares para hemodiálisis. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Galdakao Usansolo, Galdakao, Bizkaia, España. Junio 2011

Finalmente, el síndrome de desequilibrio dialítico (SDD) es una complicación poco frecuente que requiere especial mención debido a la gravedad de la complicación y el potencial de prevención de la misma.¹⁰

2.21. Complicaciones de la hemodiálisis

Se dan complicaciones durante y después de la hemodiálisis.

2.21.1. Complicaciones durante la hemodiálisis

Existen dos tipos: Propias del enfermo, propias del equipo.

a) Propias del usuario:

- Disminución de la presión arterial.
- Calambres musculares.
- Dolor de cabeza.
- Dolor en el pecho acompañado de sudoración y frío.

b) Propias del equipo:

- Embolia aérea, entrada de aire al usuario por ruptura o desconexión de las líneas.
- Mal funcionamiento del calentador del líquido del dializador.
- Ruptura del filtro.
- Errores en el baño, exceso de concentrado, no se ha añadido concentrado o se añadió menos del mismo.

2.20.3. Complicaciones después de la hemodiálisis

- Hipotensión arterial.
- Síndrome de desequilibrio, se siente mal, con dolor de cabeza, aumento de la presión arterial y convulsiones.

¹⁰ Gullas Herrero A. Complicaciones agudas asociadas a hemodiálisis. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias.

- Sangrado por cualquier parte.
- Calambres.

2.21. Tratamiento de la enfermedad renal crónica

Diálisis Peritoneal Intermitente. (Catéter, bolsas de dializante y días para reingresar, programas, apoyo del hospital, trasplante).hemodiálisis.

Entrevistar a la familia para conocer las condiciones reales del caso.

✓ Prediálisis

Operar para colocar el catéter.

Se prepara al paciente para su intervención quirúrgica y colocación de su catéter, se tiene que explicar en qué consiste el proceso preoperatorio que se lleva a cabo para la cirugía, (suspender alimentos desde la noche anterior, control de signos vitales y entrada a quirófano, estancia en la sala de recuperación, regreso o ingreso a la sala de diálisis).

Dializarse tres veces a la semana.

En esta fase se hace relevancia a la adherencia al tratamiento que se está iniciando para un buen manejo de la enfermedad, así como dar a conocer los pasos que tiene que seguir el familiar para que su paciente ingrese al hospital de acuerdo a los días programados. Va desde prever el reingreso al hospital con los análisis clínicos que se solicitan, medicamentos hasta seguir las indicaciones médicas y por el departamento de nutrición.

2.21.1. Mantenimiento

Esta etapa se trabajará con el paciente y familiar los cambios que originan la ERC en la calidad de vida de ambos a través del uso de técnicas de afrontamiento y consejería con la finalidad de facilitar el proceso de adaptación que genera la integración de un paciente renal crónico al sistema familiar.

Otro aspecto a trabajar en esta etapa, es dar a conocer las distintas redes de apoyo a las que pueden recurrir el paciente y su familia para minimizar los gastos económicos que esto implica.

Estas son las distintas instituciones que brindan apoyo social a personas con tales necesidades. (Información sobre programas estatal y municipal, Programas.

2.21.2. Anemia: se administra eritropoyetina vía intravenosa o subcutánea junto con suplementos de hierro vía oral o parenteral, ya que aumenta la demanda de hierro al administrar eritropoyetina. Los suplementos del hierro tienen efectos secundarios como la irritación gástrica o estreñimiento. También se administran suplementos de ácido fólico puesto que es necesario para la formación de hematíes y además es eliminado en la diálisis. Por otro lado, deben evitarse las transfusiones sanguíneas a menos que el paciente presente síntomas agudos como disnea, taquicardia, palpitaciones, fatiga intensa.

2.21.3. Cuidados de enfermería:

- ✓ La educación para la salud juega un papel muy importante, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, el paciente y su familia serán los responsables de la dieta, los fármacos y los cuidados de seguimiento.
- ✓ La enfermera deberá valorar los sistemas de apoyo del paciente, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, va a afectar a todas las áreas vitales de la persona.
- ✓ Hacer seguimientos en pacientes con hipertensión, diabetes mellitus e infecciones repetitivas del tracto urinario).
- ✓ Mediante la educación para la salud, el paciente deberá ser capaz de pesarse y medir la presión arterial diariamente, así como identificar los signos y síntomas de sobrecarga de líquidos, hiperpotasemia y otros trastornos hidroelectrolíticos.
- ✓ Tanto el paciente como la familia han de comprender la importancia del cumplimiento estricto de la dieta.
- ✓ Además, deben acudir periódicamente a una nutricionista, para planificar bien la dieta y ajustarla a la función renal.
- ✓ En cuanto a los fármacos, seguiremos las mismas recomendaciones que el médico nefrólogo indica en la ERC.

- ✓ Cuando el tratamiento conservador ya no es efectivo, las opciones son la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante.
- ✓ Tanto el paciente como su familia necesitan una explicación clara de lo que implica la diálisis y el trasplante.
- ✓ Proporcionar información acerca de las opciones de tratamiento permitirá a paciente participar en el proceso de toma de decisiones y le dará una cierta sensación de control.
- ✓ Se debe informar al paciente que aunque elija diálisis, siempre existe la opción del trasplante, y en caso de que el trasplante fracase, siempre se puede volver a la diálisis, o hacer otro trasplante.

2.21.4. Terapia nutricional.

Consiste en las restricciones alimentarias necesarias para impedir la azoemia y los trastornos hidroelectrolíticos, pero aportando las calorías suficientes para prevenir el catabolismo de las proteínas del organismo, proceso que causaría el aumento de los valores de urea, fosfato y potasio. Para ello es necesario:

Una dieta baja en proteínas, hay que insistir en asegurar una ingesta calórica suficiente a partir de grasas y carbohidratos para evitar el uso de proteínas como fuente energética. Es fundamental evitar la desnutrición, tanto antes de entrar en la diálisis, como al iniciarla, asegurando un aporte energético y proteico suficiente. La malnutrición va a condicionar un empeoramiento de la función renal y una disminución de la supervivencia, y de la incidencia de complicaciones, situación más evidente al entrar en diálisis. En muchas ocasiones son necesarios preparados comerciales para conseguir los requerimientos calóricos y proteicos.

Energía en caso de hemodiálisis se recomienda una ingesta de calorías de 35kcal/kg/día, en una situación de estrés o infección se podría llegar hasta 40-50kcal/kg/día. En caso de que el paciente sea obeso, es preferible aportar entre 20 y 30kcal/kg/día para permitir la pérdida de peso. En la diálisis peritoneal, hay que considerar que el líquido que se usa para la diálisis contiene glucosa (de la cual se absorbe un 80%) por lo que las necesidades de

calorías pueden ser ligeramente inferiores que en la hemodiálisis (restar unas 400 a 800kcal/día). Teniendo en cuenta que los hidratos de carbono que aporta el dializado son simples, en la dieta deben predominar los complejos.

En este caso ya no es preciso hacer una restricción proteica para evitar deterioro de la función de los riñones, ya que éstos están prácticamente anulados, además durante la diálisis se pierden proteínas que deben ser repuestas, pero no deben aportarse en exceso porque aumentarían los productos de desecho y el aporte de fósforo.

En las fibras se: recomienda de 20 a 25g/día para evitar el estreñimiento debido a la falta de actividad física, baja ingesta de agua y consumo de medicamentos. Hay que evitar el uso de productos integrales por su alto contenido en potasio. En caso necesario se puede recurrir a suplementos en forma de celulosa y mucílagos.

En la diálisis es esencial también limitar la ingesta de sodio y líquidos para evitar sobrecargas de volumen. La hidratación corporal y la ingesta de sodio deben monitorizarse en función de la presión arterial, la ganancia de peso, los edemas y la sensación de sed. El control de sodio debe hacerse con la sal y con los alimentos que la contienen.

Las recomendaciones de líquidos en pacientes de hemodiálisis son de 500 a 1000ml más el volumen de la diuresis en 24 h. El control tiene por objeto evitar la ganancia de peso interdialítico (se aconseja que sea entre 1,5 y 2,5 kg entre sesiones), para evitar el edema de pulmón y la paro cardíaca.

En diálisis peritoneal, la ingesta de líquidos no es tan restrictiva siempre que se tenga controlado el peso, la presión arterial y el volumen de orina.

2.21. 5. Hemodiálisis

✓ “Haemos” es una palabra griega que significa sangre y diálisis significa proceso de filtración, Los riñones filtran los desechos de la sangre y regulan otras funciones del organismo. Cuando fallan, se necesita un tratamiento que realice la función de unos riñones

- ✓ La hemodiálisis, fue el primer sistema que se ideó para sustituir la función de limpieza, siendo hoy en día la más utilizada para pacientes con ERC.
- ✓ Esto se realiza con un filtro especial que limpia la sangre llamado dializador reemplaza a los glomérulos renales y a los túbulos como filtro para los riñones afectados donde se limpia la sangre y vuelve al cuerpo.
- ✓ Se utiliza bien como tratamiento alternativo a la diálisis peritoneal y / o previo al trasplante renal.
- ✓ Es un tratamiento para el resto de sus vidas, o hasta un trasplante renal suele aplicarse tres veces por semana, cada sesión dura entre 3 y 4 horas.
- ✓ Extraer las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y retirar el exceso de agua y tratar de mejorar la calidad de vida del paciente.
- ✓ Prolongar la vida
- ✓ Prevenir la aparición de sintomatología urémica
- ✓ Mantener un balance nitrogenado y una ingesta calórica adecuada
- ✓ Optimizar la calidad de vida

2. Marco Teórico Referencial.

Según Catalán Beloqui L. y Cols. En la publicación sobre: Protocolo de actuación para el paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria. Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital de Navarra. En octubre del 2011: Se ha detectado una falta de comunicación entre AP y atención especializada (AE), quedando la vía de comunicación en muchas ocasiones en manos del propio paciente o cuidador. En la actualidad, el desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) se ha convertido en una constante. La elaboración de nuevos sistemas informáticos y de comunicación en la atención sanitaria facilita la labor diaria. La derivación entre distintas disciplinas y centros hace que los pacientes tengan un seguimiento más integral, registrándose todo ello en soporte informático,

historia clínica informatizada (HCI). El acceso a esta información por parte de los distintos profesionales que atienden a estos pacientes, es de vital importancia, así como la existencia de una comunicación no solo entre los distintos especialistas médicos sino también entre el personal de enfermería que administra los cuidados (AE y AP). La herramienta de trabajo en AP es un programa informático llamado ATENEA, a través del cual se cumplimentan y se registran los protocolos propios de AP, además de acceder a HCI. De esta forma se dispone de una vía de transmisión bidireccional, entre el AE y AP.

Que se debe elaborar un protocolo, siguiendo la línea estratégica del cuidado por procesos del Plan de Salud de Navarra 2006-2012 y su inclusión en el programa informático de AP, ATENEA, tiene como objeto una mejora en el seguimiento de los cuidados de pacientes con ERC avanzada, en un intento de optimizar la gestión de los recursos disponibles para alcanzar la máxima calidad y eficiencia en los cuidados.

El protocolo está basado en el cuidado por procesos, diferenciando la actuación del profesional en función de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente, según la clasificación actual de ERC basado en el filtrado glomerular

Contenido del formulario para pacientes con hemodiálisis:

Se describirá el tipo de tratamiento dialítico, turno, acceso vascular o peritoneal, valoración de la piel, signos de IC y/o hipervolemia, analítica de sangre, diuresis residual, dieta (estándar de nefrología y para paciente nefrológico-diabético), anticoagulación y vacunas.

El tratamiento conservador se aplicará a aquellos pacientes no subsidiarios de tratamiento sustitutivo renal, esta decisión será consensuada por el nefrólogo junto con el paciente y/o familiares. Este tratamiento se basa en el control de la medicación, dieta, dolor...etc. El seguimiento del tratamiento conservador se llevará a cabo entre el equipo de atención hospitalaria domiciliaria y el de AP.

Concluye con que la elevada prevalencia de ERC, obliga a un planteamiento de coordinación entre los dispositivos de sanidad pública de AP y AE, para dar una respuesta razonable a esta necesidad asistencial. La puesta en marcha de este

proyecto, junto con la utilización de las TICs, puede contribuir a mejorar el cuidado por procesos en nuestros pacientes, optimizando la utilización de los recursos económicos, materiales y humanos. La incorporación de una interconsulta de enfermería entre AP y consulta ERCA de enfermería, unificaría criterios y complementarí el seguimiento en los cuidados optimizando estos recursos.

La finalidad de este protocolo es facilitar la atención, dar a conocer el estado del paciente y poder realizar un seguimiento por procesos de su patología crónica. Desde el punto de vista de AP, el desarrollo de este protocolo permite una mejor educación sanitaria, basándose no sólo en el control de la dieta, o toma adecuada de medicación, sino también en la prevención de complicaciones y cuidados específicos del tratamiento con diálisis entre otros. La unificación de la experiencia, los conocimientos y el trabajo de los profesionales de AP junto con los de AE, proporcionará un cuidado por procesos integral e integrado en el paciente con ERC.¹¹

3. Marco Teórico Contextual

3.1. Hospitales de segundo nivel.

El año 2011, el Gobierno Autónomo Municipal, empieza a hacer funcionar los flamantes hospitales de segundo nivel de atención en salud:

El Hospital Plan 3.000, Hospital Villa 1º de Mayo, Hospital El Bajío del Oriente y Hospital Pampa de la Isla: iniciando su funcionamiento en forma gradual, Hospital Villa 1º de Mayo, luego el del Plan 3.000, luego el del Bajío del Oriente y finalmente el de la Pampa de la isla.

¹¹ Catalán Beloqui L. y Cols. Protocolo de actuación para el paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria. Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital de Navarra. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Vol. 14 Nº 4 oct./dic. 2011.

En tanto la ciudad de Santa Cruz, incrementa la población desmesuradamente y por lo tanto aumenta también el número de pacientes en general, incluyendo pacientes con enfermedad renal crónica, quienes ameritan hemodiálisis, y es así como se ve la necesidad de crear servicios de hemodiálisis, para cubrir la gran demanda de atención a estos pacientes, que no tenían seguro a corto plazo.

Para la atención de los pacientes con enfermedad renal crónica, fue necesario acondicionar ambientes para instalar máquinas de hemodiálisis, y una serie de conductos y comunicaciones especiales relacionadas entre sí, para el suministro de aguas purificadas, líquidos de hemodiálisis, filtros etc, de modo que se implementa el Servicio de Hemodiálisis en los diferentes hospitales municipales del segundo nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Es así como en la actualidad se cuenta con varias máquinas de hemodiálisis, todo apoyado por el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional Renal, que facilita los insumos para la realización de las hemodiálisis.

Hospital	N° de maquinas
Plan 3.000	13
Villa 1° de mayo	3
El Bajío del oriente	13
Pampa de la Isla	5
Las Pampitas	0
Total	34

Por la tanto tiene una capacidad, para atender a 120 pacientes semanales.

El personal de enfermería que trabaja en estos servicios hace un total de 200 enfermeras.

2.4. Alcance del trabajo

2.4.1. Límite sustantivo:

Licenciadas en enfermería, que trabajan en los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

2.4.2. Límite espacial:

Servicio de Hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Santa Cruz.

2.4.3. Límite temporal: Enero a Julio del 2019.

2.5. Hipótesis.

La aplicación de protocolos de atención de enfermería incidirá en la mejora de la calidad de atención a los pacientes con insuficiencia renal crónica, en las salas de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

CAPITULO III
DISEÑO
METODOLOGICO

III. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo y transversal. Descriptivo, porque describe todo el proceso de la investigación, en el contexto de los hospitales de segundo nivel, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Transversal. Por ser realizado en un periodo corto, de julio a diciembre del 2017.

3.2. Área de investigación.

El presente trabajo de investigación se realizó en los hospitales: Plan 3.000, Villa 1° de Mayo, Bajío del Oriente y Pampa de la Isla, y se contó con el personal de enfermera que trabaja en los servicios de hemodiálisis de estos hospitales.

3.3. Universo

Estuvo constituido por el total de las licenciadas en enfermería que trabajan en los servicios de hemodiálisis de estos hospitales que fueron 200.

3.4. Criterios de selección (inclusión y exclusión).

3.4.1. Criterios de Inclusión

Se tomó en cuenta las licenciadas en enfermería que se encontraban activamente laborando en el período de estudio, y que oficialmente eran funcionarias de los hospitales de segundo nivel nombrados.

3.4.2. Criterios de Exclusión

Licenciadas en enfermería que trabajan en el hospital pero que durante el estudio se encuentran con baja o vacación.

Licenciadas en enfermería que trabajan en otros hospitales.

3.5. Unidad de Análisis

La conformaron las licenciadas en enfermería que trabajan en el Servicio de Nefrología de los hospitales de segundo nivel antes nombrados y también cada uno de los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel mencionados.

3.6. Muestra

La población en estudio corresponde a las licenciadas en enfermería que voluntariamente aceptaron ingresar al estudio de los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel que fueron 84 y que estaban presentes.

3.7. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento	Años	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años 71 a más
Sexo	Característica somáticas externas Que distingue a los masculinos de los femeninos	Genero	Hombre Mujer
Estado Civil	Es la relación conyugal que tiene una persona con respecto a la otra	Tipo de relación	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
Nivel Académico	Grado de formación Determinar el nivel académico o grado máximo de estudio	Escolaridad	Técnico superior Licenciatura Especialista

	alcanzado en el área de enfermería		Magister Doctorado
Tiempo de trabajo en el área de hemodiálisis	Años de servicio	Tiempo en años	1 año 2-5 años 6-10 años 11 a más años
Capacitación sobre el tema de hemólisis	Cursos y talleres recibidos al respecto	Afirmativo o negativo	Si recibió No recibió
Existencia de protocolos de atención de enfermería en los servicios de hemodiálisis	Documentos sobre el tema	Afirmativo o negativo	Si Existe No Existe
Nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la aplicación de protocolos	Conjunto de saberes sobre el tema	Numero de aciertos de 10 preguntas de opción múltiple	0 = Ninguno 1-3 = Mínimo 4-6 = Regular 7- 8 = Bueno 9-10 = Excelente
Grado de cumplimiento de la aplicación de protocolos de los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel	Conjunto de actividades que deben desarrollar con el paciente	Numero de aciertos de las actividades	Si cumple No cumple

3.8. Recolección de datos (fuentes, métodos, instrumentos y técnicas)

3.8.1. Fuentes. Las licenciadas en enfermería que respondieron los cuestionarios.

3.8.2. Métodos. El método utilizado fue la encuesta a las licenciadas en enfermería y la observación directa de campo, a los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

3.8.3. Instrumentos. Fueron los siguientes:

1. Cuestionario general sobre características personales, del personal de enfermería de los hospitales de segundo nivel.
2. Cuestionario sobre el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre, sobre protocolos de hemodiálisis en hospitales de segundo nivel.

3. Guía de verificación de la existencia a mano, de protocolos de atención de enfermería en los servicios de hemodiálisis.
4. Cuestionario sobre evaluación del grado de cumplimiento del personal de enfermería, de la aplicación de protocolos de los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel

3.8.4. Técnicas.

La técnica fue manual, ya que se realizó el proceso manualmente.

3.9. Plan de análisis de datos

La información recopilada en los cuestionarios se procesó de forma computarizada utilizando el programa informático Epi Info 7.2, y el Excel, lo que permitió la confección de tablas y gráficos estadísticos, en las que se presentaron los resultados. La discusión de las mismas se realizó mediante contrastación de los resultados con los resultados de otro estudio similar. Finalmente con todo lo anterior se elaboraron las conclusiones y las recomendaciones.

3.10. Aspectos éticos

Para la realización del presente estudio, se solicitó permiso por escrito a los directores de la institución, para realizar la investigación y para tener acceso a la información requerida; una vez obtenida la autorización verbal y escrita. Se procedió a ejecutar las encuestas, también se respetó el derecho de autor por lo que se citó la bibliografía correspondiente.

Finalmente se respetó a las licenciadas en enfermería, por lo que se hizo firmar el consentimiento informado a ellas que voluntariamente aceptaron ingresar al estudio; se procedió a brindar una explicación clara y completa respecto a la justificación y objetivos de la investigación y la libertad de retirarse cuando lo considere pertinente, posteriormente se solicitó la firma voluntaria del consentimiento informado por escrito.

CAPITULO IV
ANALISIS E
INTERPRETACION DE
RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

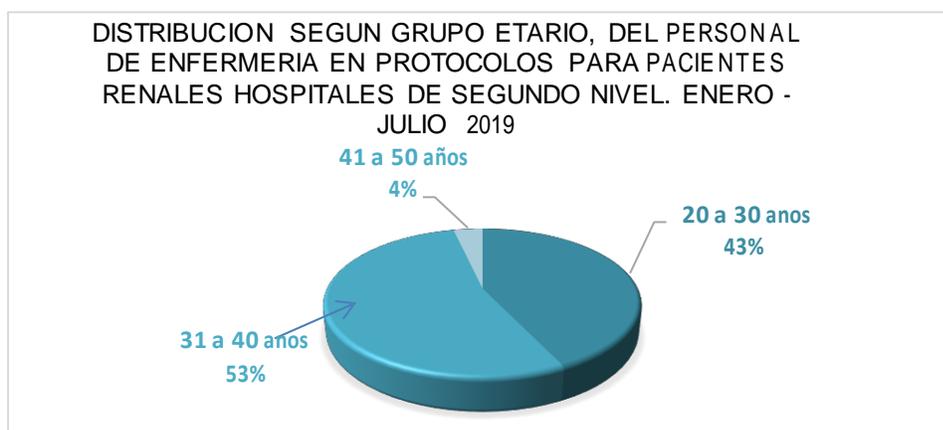
CUADRO N° 1

DISTRIBUCION SEGUN GRUPO ETARIO, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, EN PROTOCOLOS PARA PACIENTES RENALES HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
20 a 30 años	36	42.86%
31 a 40 años	45	53.57%
41 a 50 años	3	3.57%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N°1



Interpretación.

En el gráfico N°1, se puede observar que el 53 % corresponden al grupo etario de 31 a 40 años, el 43 % corresponde al grupo de 20 a 30 años y solo el 4 % al grupo de 41 a 50 años; lo que significa que hay gente más joven de la licenciadas en enfermería que trabajan en hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

Discusión. La edad de las enfermeras, nada tiene que ver con la aplicación de protocolos de los hospitales de segundo nivel

CUADRO N° 2

DISTRIBUCION SEGUN SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, EN PROTOCOLOS PARA PACIENTES RENALES HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	71	84.52%
Masculino	13	15.48%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 2



Interpretación.

En el gráfico N° 2 se puede observar que el 85 % corresponden al sexo femenino, y solo el 15 % corresponde al sexo masculino lo que significa que hay Licenciadas que licenciados masculinos en enfermería que trabajan en hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

Discusión.- El predominio del sexo femenino no interfiere en la aplicación de protocolos de atención en enfermería en los hospitales de segundo nivel.

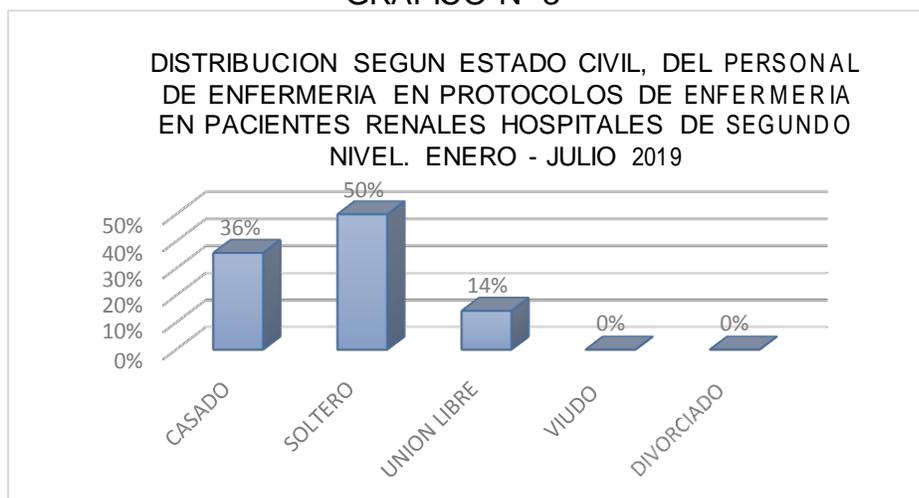
CUADRO N°3

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, EN PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES RENALES HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	30	35.71%
Soltero	42	50.00%
Unión Libre	12	14.29%
Viudo	0	0.00%
Divorciado	0	0.00%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 3



Interpretación.

En el gráfico N° 3, se puede observar que el 50 % corresponden a solteros, el 36 % corresponde a casados, el 14% con unión libre y 0 % viudo y 0 % divorciados; lo que significa que hay más solteros de licenciadas en enfermería que trabajan en Hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

Discusión.- Se observa que el predominio de soltero, nada tiene que ver con la aplicación de protocolos.

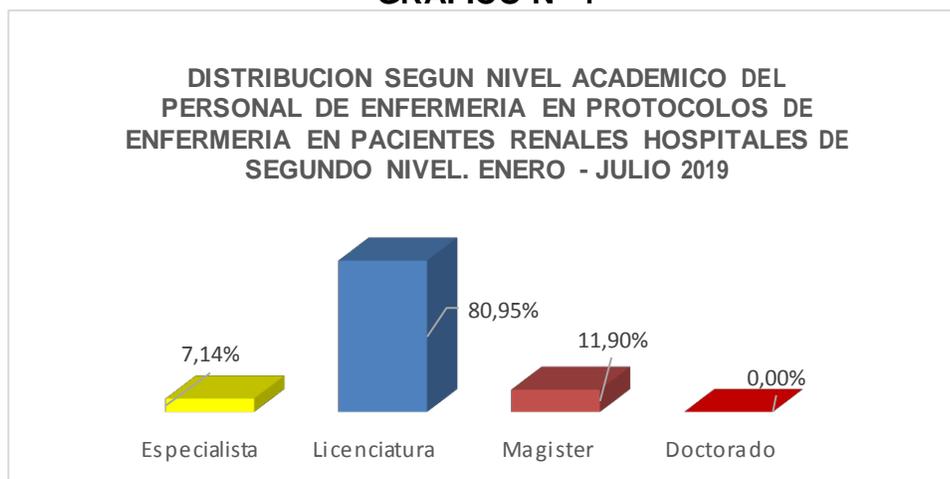
CUADRO N° 4

DISTRIBUCION SEGUN NIVEL ACADEMICO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES RENALES HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019

Nivel académico	Frecuencia	Porcentaje
Especialista	6	7.14%
Licenciatura	68	80.95%
Magister	10	11.90%
Doctorado	0	0.00%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 4



Interpretación.

En el gráfico No 4, se puede observar que el 81 % corresponden a un grupo de Licenciadas, el 12 % corresponde al grupo de magíster en enfermería, el 7% a licenciadas especialistas, el 0 % de técnicos superiores y el 0 % de Doctorado, lo que significa que hay gente más licenciadas en enfermería que trabajan en Hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

Discusión.- El nivel académico, nada tiene que ver con la aplicación de protocolos en los hospitales de segundo nivel.

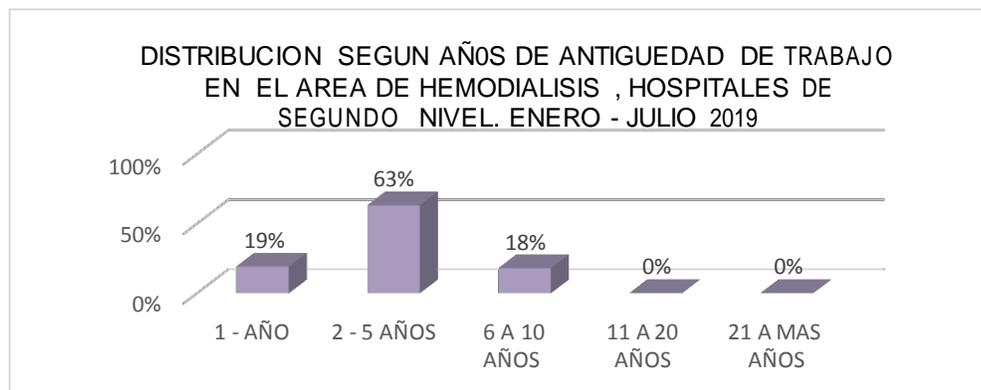
CUADRO N° 5

DISTRIBUCION SEGUN AÑOS DE ANTIGÜEDAD DE TRABAJO EN EL AREA DE HEMODIALISIS, HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019

Antigüedad de trabajo en el área de hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
1 - año	16	19.05%
2 - 5 años	53	63.10%
6 a 10 años	15	17.86%
11 a más años	0	0.00%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 5



Interpretación.

En el gráfico N° 5, se puede observar que el 63 % corresponden a un grupo de enfermeras que trabajan de 2- 5 años, el 18 % corresponde al grupo que trabajan de 6-10 años, el 19 % corresponde al grupo de en enfermería que trabajan 1 años, el 0 % 11 a 20 años y el 0 % de 21 a más años, lo que significa que hay más licenciadas jóvenes que trabajan 2 a 6 años en hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

Discusión.- A menor antigüedad, menor experiencia para la aplicación de protocolos de enfermería en los hospitales de segundo nivel.

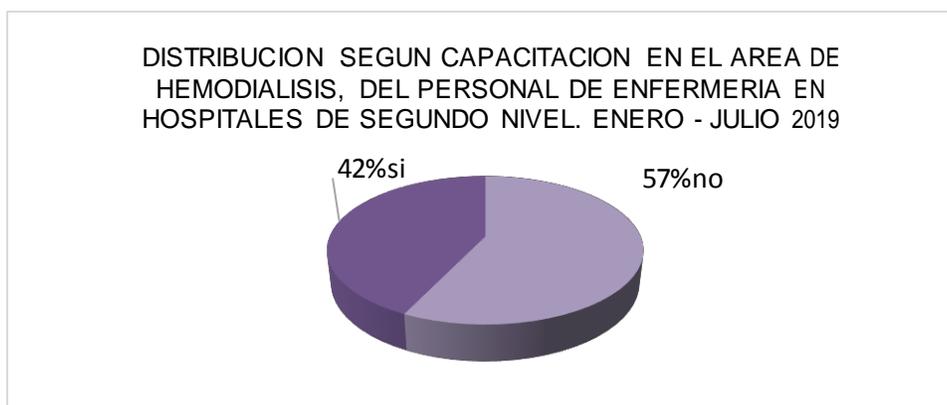
CUADRO N° 6

DISTRIBUCION SEGUN CAPACITACION EN EL AREA DE HEMODIALISIS, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019

Capacitación en el área de hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	48	57.14%
Si tiene	36	42.86%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 6



Interpretación.

En el gráfico N° 6, se puede observar que el 57 % corresponden a un grupo de enfermeras que recibieron capacitación, el 43 % corresponde al grupo de enfermeras que no recibieron capacitación en el área de hemodiálisis, lo que significa que hay más licenciadas en enfermería que recibieron capacitación y no así el 43 % de licenciados no recibieron capacitación en el área de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

Discusión.- La mayor capacitación es muy útil a la hora de la aplicación de protocolos para el personal de enfermería.

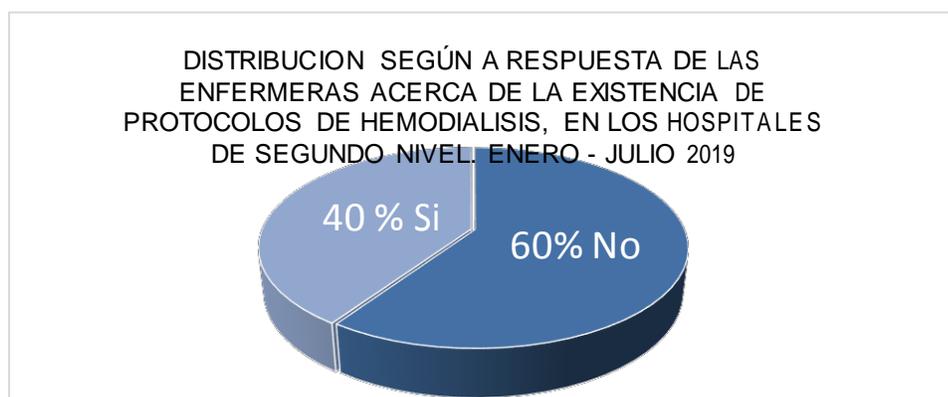
CUADRO N° 7

DISTRIBUCION SEGÚN A RESPUESTA DE LAS ENFERMERAS ACERCA DE LA EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE HEMODIALISIS, EN LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019

Existen protocolos de hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
No existe	50	60 %
Si existe	34	40 %
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 7



Interpretación.

En el gráfico N° 7, se puede observar que el 60 % corresponden a enfermeras que respondieron que no existen protocolos, el 40 % corresponde al grupo de en enfermería que indicaron que si existe protocolos, en el área de hemodiálisis, lo que significa que hay más licenciadas en enfermería que indican que no conocen o no existe protocolos de hemodiálisis, en el área de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

Discusión.- Existe un porcentaje mayor de licenciadas que no conocen los protocolos de enfermería esto influye en la aplicación de protocolos de enfermería en los pacientes renal de los hospitales de segundo nivel.

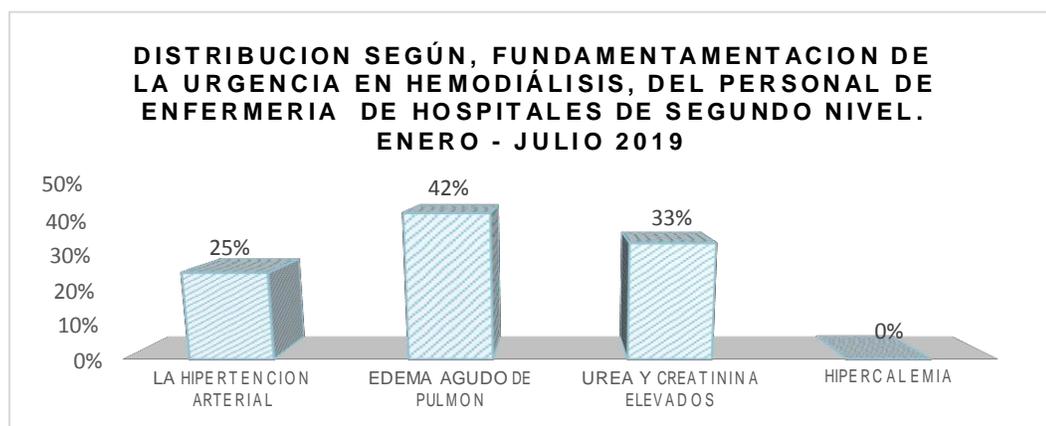
CUADRO N° 8

DISTRIBUCION SEGÚN, FUNDAMENTACION DE LA URGENCIA EN HEMODIÁLISIS, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019

Fundamenta la urgencia en hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
La hipertensión arterial	21	25.0%
Edema agudo de pulmón	35	42.0%
Urea y creatinina elevados	28	33.0%
Hipercalcemia	0	0.0%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 8



Interpretación.

En el gráfico N° 8, se puede observar que el 42 % de licenciadas respondieron al grupo de pacientes con edema agudo de pulmón, el 33% a los pacientes con urea y creatininas elevadas, el 25 % corresponde a pacientes con la hipertensión arterial y el 0% a pacientes con hipercalcemia, lo que significa que hay a licenciadas en enfermería que conocen el tema.

Discusión.- Según la aplicación de los protocolos, la mayoría de las licenciadas fundamentan la urgencia en la atención de pacientes para ser atendidos.

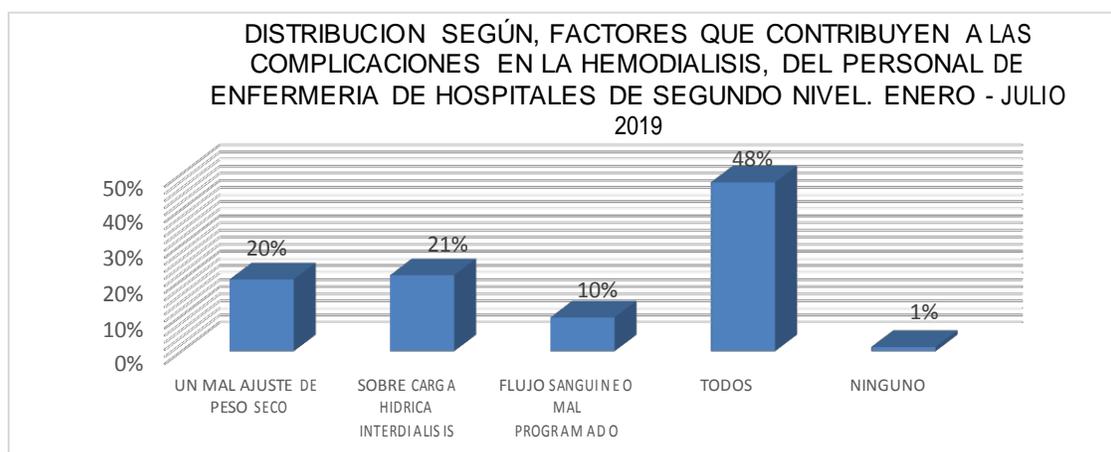
CUADRO N° 9

DISTRIBUCION SEGÚN, FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LAS COMPLICACIONES EN LA HEMODIALISIS, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019

Factores que contribuyen a las complicaciones en hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
Un mal ajuste de peso seco	17	20 %
Sobre carga hídrica interdialisis	18	21 %
Flujo sanguíneo mal programado	8	10 %
Todos	40	48%
Ninguno	1	1.0%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 9



Interpretación.

En el gráfico N° 9, se puede observar que el 48 % de licenciadas respondieron todos los factores citados, el 21% con sobre carga hídrica, el 20% un mal ajuste del peso seco, el 10 % flujo sanguíneo mal programado y el 1 % ninguno; lo que significa que solo un 48% conocen el tema

Discusión.- Según la aplicación de los protocolos. Existe un mayor porcentaje de licenciadas que conocen los factores que contribuyen a las complicaciones en hemodiálisis.

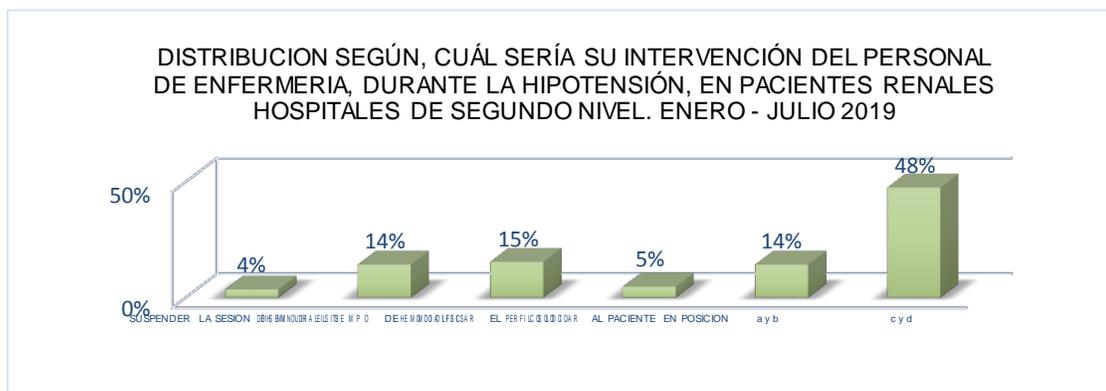
. CUADRO N° 10

DISTRIBUCION SEGÚN, CUÁL SERÍA SU INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, DURANTE LA HIPOTENSIÓN, EN PACIENTES RENALES HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO - JULIO 2019.

Cuál sería su intervención durante la hipotensión	Frecuencia	Porcentaje
Suspender la hemodiálisis	3	4.%
Disminuir el tiempo de hemodiálisis	12	14.%
Modificar el perfil sodio	13	15.%
Colocar al paciente en posición trendelenburg	4	5.%
a y b	12	14.%
c y d	40	48.%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 10



Interpretación.

En el gráfico N°10 se puede observar que el 48 % de licenciadas respondieron c y d, el 15% modificar el perfil de sodio, el 14% disminuir el tiempo de hemodiálisis, el 14 % a y b, el 5%, colocar al paciente en posición de trendelenburg, lo que significa que solo un 48% licenciadas en enfermería que conocen la intervención durante la hipotensión.

Discusión.- Según la aplicación de los protocolos, existe un mayor porcentaje de licenciadas que respondieron correctamente, la intervención durante la hipotensión.

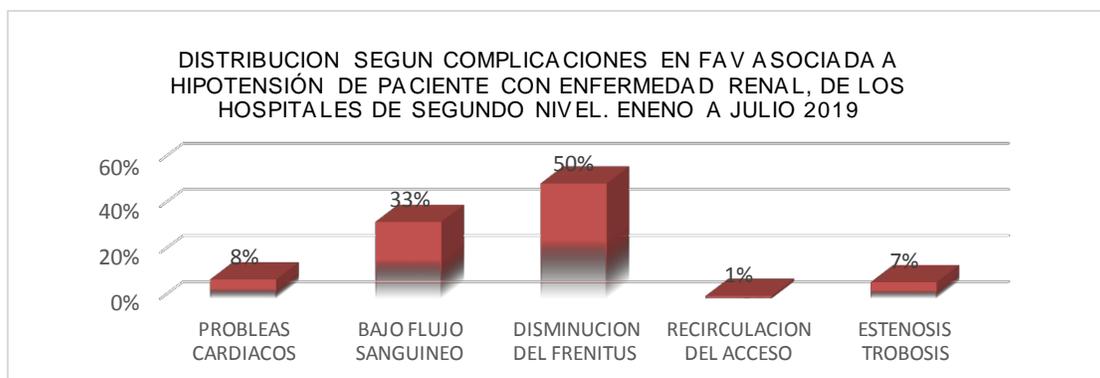
CUADRO N° 11

DISTRIBUCION SEGUN COMPLICACIONES EN FAV ASOCIADA A HIPOTENSIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO A JULIO 2019

Complicaciones en FAV asociada a hipotensión	Frecuencia	Porcentaje
Problemas cardiacos	7	8.%
Bajo flujo sanguíneo	28	33.%
Disminución del frenitos	42	50.%
Recirculación del acceso	1	1.%
Estenosis trombotosis	6	7.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 11



Interpretación.

En el gráfico N°11, se puede observar que el 50 % de las licenciadas en enfermería respondieron disminución del frenitus, el 33% bajo flujo sanguíneo, el 8% problemas cardiacos, el 7%, estenosis trombotosis, el 1% recirculación del acceso, lo que significa que solo un 50% licenciadas en enfermería conocen las complicaciones en FAV asociadas a la hipotensión.

Discusión.- Según la aplicación de los protocolos, existe un mayor porcentaje de licenciadas que respondieron correctamente que conocen las complicaciones en FAV asociada a hipotensión.

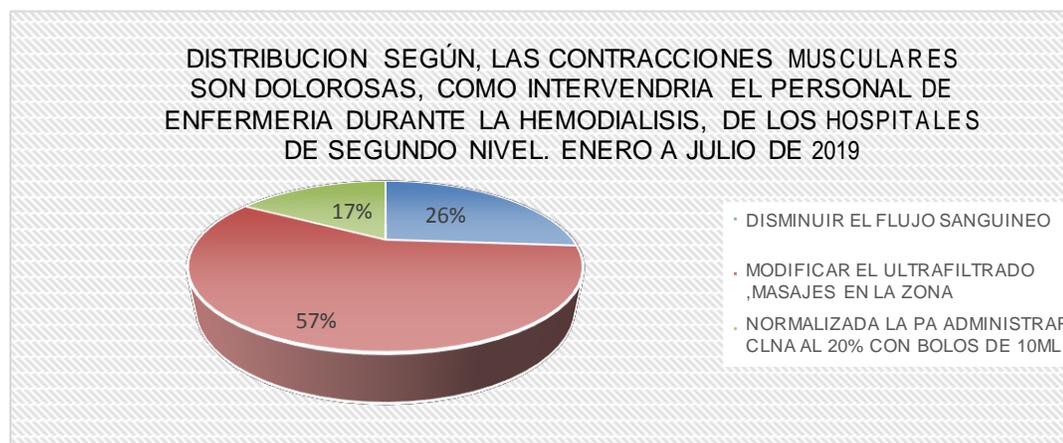
CUADRO N°12

DISTRIBUCION SEGÚN, LAS CONTRACCIONES MUSCULARES SON DOLOROSAS, COMO INTERVENDRÍA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DURANTE LA HEMODIALISIS, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO A JULIO DE 2019

Las contracciones musculares son dolorosas como intervendría	Frecuencia	Porcentaje
Disminuir el flujo sanguíneo	22	26.19%
Modificar el ultra filtrado, masajes en la zona	48	57.14%
Normalizada la PA administrar CLNA al 20% con bolos de 10 ml	14	16.67%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 12



Interpretación.

En el gráfico N°12, se puede observar que el 57 % de licenciadas respondieron modificar el ultra filtrado, masajes en la zona, el 26% disminución del flujo sanguíneo, el 17% normalizada la PA administrar CI Na al 20 % con bolos de 10 ml, lo que significa que un 57% licenciadas en enfermería saben intervenir.

Discusión.- Existe un mayor porcentaje de licenciadas que respondieron correctamente según los protocolos, las contracciones musculares son dolorosas, como intervendría el personal de enfermería, modificar el ultra filtrado, masajes en la zona

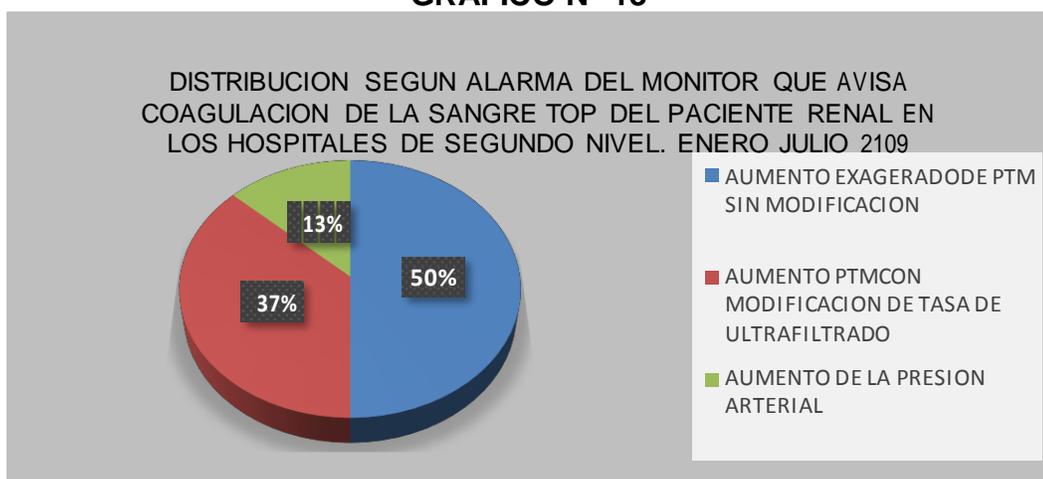
CUADRO N° 13

DISTRIBUCION SEGUN ALARMA DEL MONITOR QUE AVISA COAGULACION DE LA SANGRE TOP, DEL PACIENTE RENAL EN LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2019

Alarma del monitor que avisa coagulación de la sangre TOP	Frecuencia	Porcentaje
Aumento exagerado de PTM sin modificación	42	50.00%
Aumento PTM con modificación de tasa de ultra filtrado	31	37.%
Aumento de la presión arterial	11	13.%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 13



Interpretación.

En el gráfico N°13, se puede observar que el 50 % de licenciadas respondieron el aumento exagerado de PTM sin modificar, el 37 % aumento PTM con modificación de tasa de ultra filtrado el 13%, aumento de la presión arterial, lo que significa que solo un 50 % de licenciadas en enfermería conocen el tema.

Discusión.- El 50% de licenciadas respondieron correctamente, de acuerdo a los protocolos. Alarma del monitor que avisa coagulación de la sangre TOP, se debe al Aumento exagerado de PTM sin modificación.

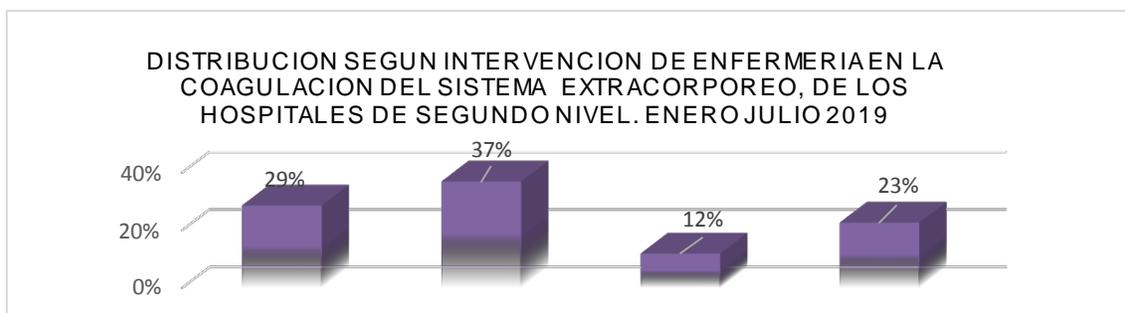
.CUADRO N° 14

DISTRIBUCION SEGUN INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA COAGULACION DEL SISTEMA EXTRACORPOREO, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2019

Intervención de enfermería en la coagulación del sistema extracorpórea	Frecuencia	Porcentaje
Desconectar el circuito y reemplazar otro	24	29 %
Si la coagulación es total reemplaza todo el circuito	31	37.%
Iniciar lavado del circuito con solución salina al 09% con heparina	10	12. %
Suspender la sesión ,riesgo de tromboembolia pulmonar	19	23.%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 14



Interpretación.

En el gráfico N°14, se puede observar que el 37 % de licenciadas respondieron si la coagulación es total reemplaza todo el circuito, el 29 % desconectar el circuito y reemplazarlo por otro independientemente, si la coagulación es total o parcial, el 23% suspender la sesión, riesgo de trombo embolia pulmonar, el 12 % Iniciar lavado del circuito con solución salina al 0,9% con heparina, visualizando así el alcance de la coagulación, lo que significa que solo un 37 % de licenciadas en enfermería conocen el tema.

Discusión.- El 37% de licenciadas respondieron correctamente, de acuerdo a los protocolos. Según Intervención de enfermería en la coagulación del sistema extracorpórea. Si la coagulación es total reemplaza todo el circuito.

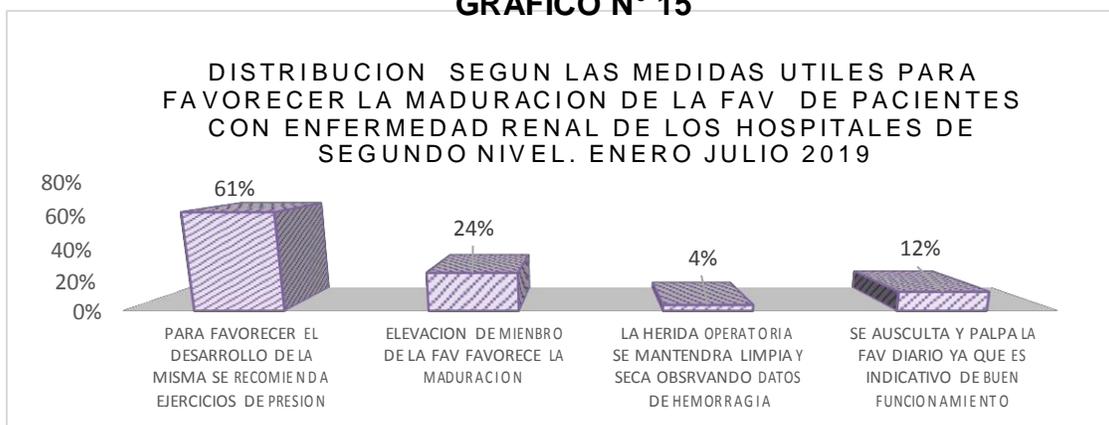
CUADRO N°15

DISTRIBUCION SEGUN LAS MEDIDAS UTILES PARA FAVORECER LA MADURACION DE LA FAV DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2019

Medidas útiles para favorecer la maduración de la fav	Frecuenc	Porcen
Para favorecer el desarrollo de la misma se recomienda ejercicios de presión	51	61.%
Elevación de miembro de la fav favorece la maduración	20	24.%
La herida operatoria se mantendrá limpia y seca observando datos de hemorragia	3	4.%
Se ausculta y palpa la fav diario ya que es indicativo de buen funcionamiento	10	12%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 15



Interpretación.

En el gráfico N°15, se puede observar que el 61 % de licenciadas respondieron recomiendan ejercicios de presión, el 24 % elevación del miembro de la FAV, el 12% se ausculta y palpa la FAV diariamente ya que es indicativo de buen funcionamiento, el 4% la herida operatoria se mantendrá limpia y seca observando datos de hemorragia, lo que significa que solo un 61 % acertaron.

Discusión.- El 61 % de licenciadas respondieron correctamente, de acuerdo a los protocolos. Medidas útiles para favorecer la maduración de la fav. Para favorecer el desarrollo de la misma se recomienda ejercicios de presión

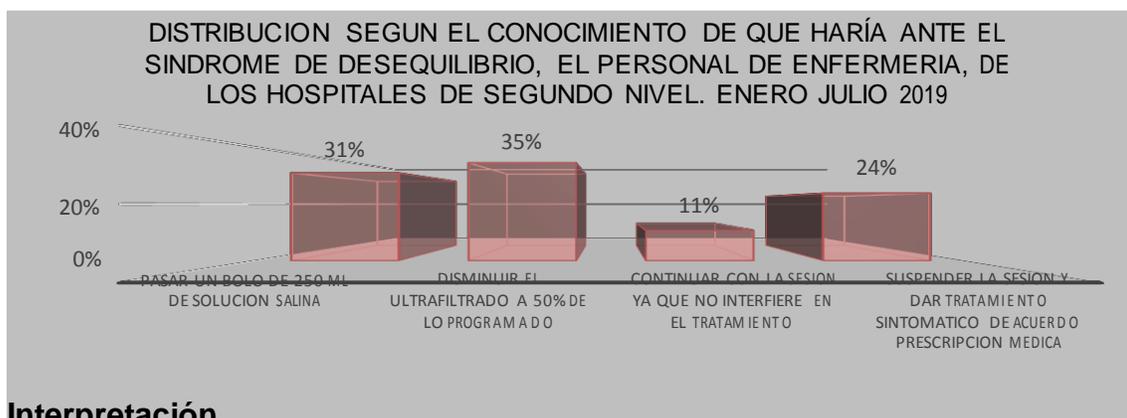
CUADRO N°16

DISTRIBUCION SEGUN EL CONOCIMIENTO DE QUE HARÍA ANTE EL SINDROME DE DESEQUILIBRIO, EL PERSONAL DE ENFERMERIA, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2019

Ante el síndrome, desequilibrio que intervención es correcta	Frecuencia	Porcentaje
Pasar un bolo de 250 ml de solución salina	26	31.1%
Disminuir el ultra filtrado a 50% de lo programado	29	35%
Continuar con la sesión ya que no interfiere en el tratamiento	9	10.71%
Suspender la sesión y dar tratamiento sintomático de acuerdo prescripción medica	20	23.81%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 16



Interpretación.

En el gráfico N°16, se puede observar que el 35 % de licenciadas respondieron, Disminuir el ultra filtrado a 50% de lo programado, el 31 % pasar un bolo de 250 ml de solución salina, el 24%, suspender la sesión y dar tratamiento sintomático de acuerdo prescripción médica, el 11 % continuar con la sesión, lo que significa que solo un 35 % de licenciadas en enfermería respondieron acertadamente.

Discusión.- El 35% de licenciadas respondieron correctamente de acuerdo a los protocolos, que harían ante el síndrome desequilibrio, que consiste en disminuir el ultra filtrado a 50% de lo programado.

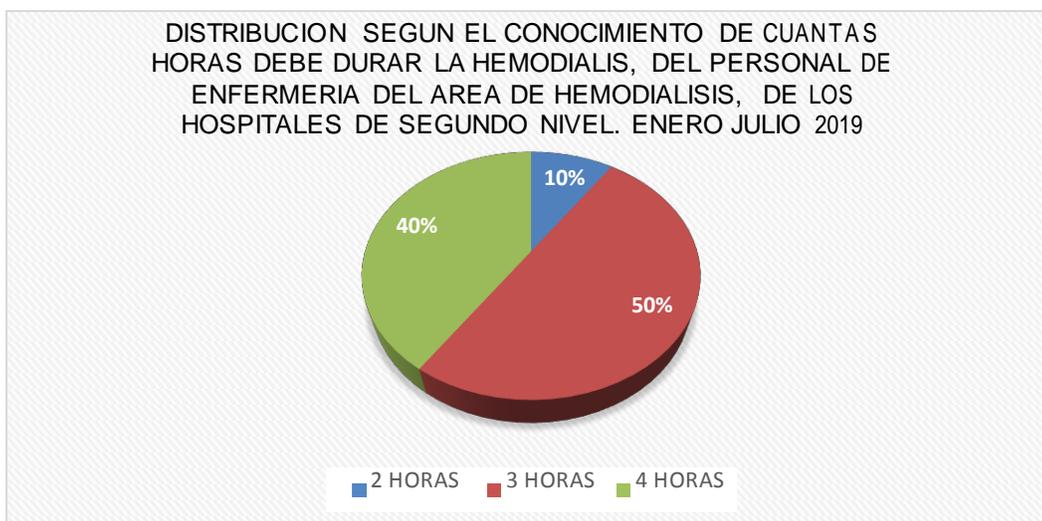
CUADRO N°17

DISTRIBUCION SEGUN EL CONOCIMIENTO DE CUANTAS HORAS DEBE DURAR LA HEMODIALISIS, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE HEMODIALISIS, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2019

Cuántas horas debe durar la hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
2 horas	8	10.0%
3 horas	42	50.0%
4 horas	34	40.0%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 17



Interpretación.

En el gráfico N°17, se puede observar que el 50 % de licenciadadas respondieron, 3 horas; el 40 % respondieron 4 horas, el 10 %, respondieron 2 horas. Lo que significa que solo un 34 % de licenciadadas en enfermería respondieron bien.

Discusión.- Según las Lic. en enfermería, no existe un consenso en el número de horas de la hemodiálisis, lo que si influye en la aplicación de los protocolos.

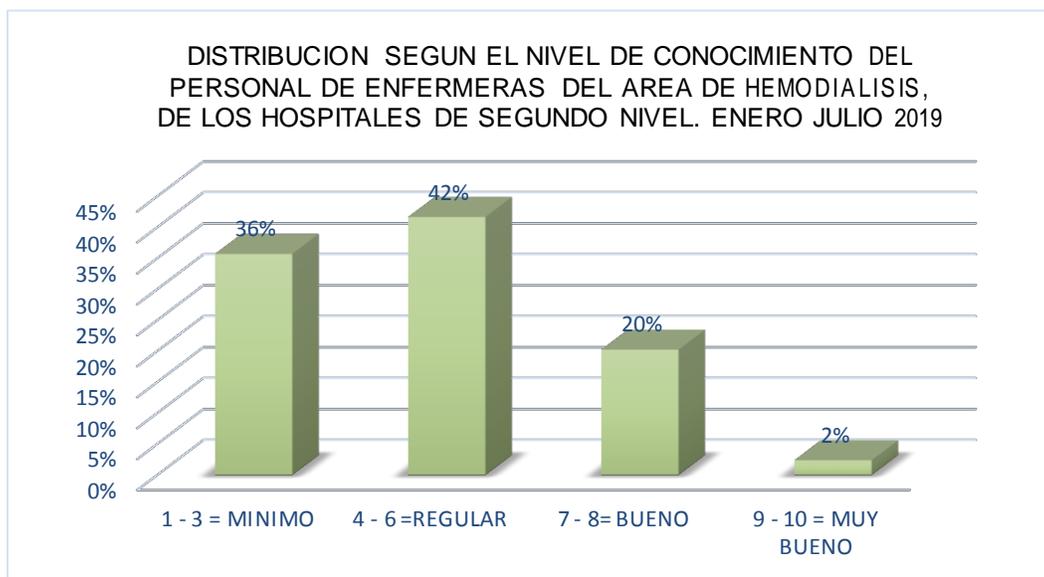
CUADRO N°18

DISTRIBUCION SEGUN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERAS DEL AREA DE HEMODIALISIS, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2019

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
1 - 3 = Mínimo	30	36.0%
4 - 6 = Regular	35	42.0%
7 - 8 = Bueno	17	20.0%
9 - 10 = Muy Bueno	2	2.0%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 18



Interpretación.

En el gráfico N°18, se puede observar que el 42 % de licenciadas respondieron regular, el 36 % Mínimo, el 20 %, Bueno, el 2% muy bueno, lo que significa que es bajo en nivel de conocimiento sobre el tema.

Discusión.- El hecho de que el nivel de conocimiento sea bajo influye ya que debería ser bueno o muy bueno si se aplican los protocolos.

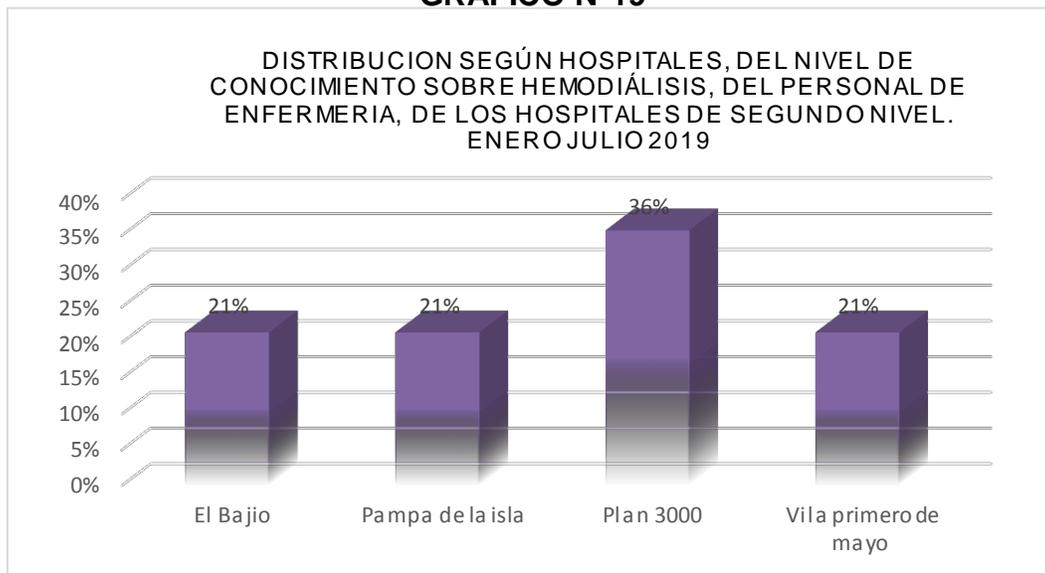
CUADRO N°19

DISTRIBUCION SEGÚN HOSPITALES, DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HEMODIÁLISIS, DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2019

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
El Bajío del oriente	18	21.%
Pampa de la isla	18	21.%
Plan 3000	30	36.%
Vila 1° de mayo	18	21.%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N°19



Interpretación.

En el gráfico N°19, se puede observar que el 36 % de licenciadas corresponden al Hospital Plan 3000, el 21 % a los demás hospitales respectivamente. Lo que significa que hay 36% de licenciadas en enfermería del hospital Plan 3000 tiene mejor conocimiento sobre el tema de hemodiálisis.

Discusión.- El porcentaje de Lic. en enfermería según hospital no influye en la aplicación de los protocolos.

CUADRO N° 20

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI VERIFICA O NO LA ASISTENCIA DEL PACIENTE A HEMODIALISIS, EN LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Verifica asistencia de paciente a la hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	100.0%
No	0	0.0%
Total	84	100.0%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 20



Interpretación.

En el gráfico N° 20, se puede observar que el 100 % de licenciadas respondieron que si verifica la asistencia previamente citados a su tratamiento, lo que significa que todas las licenciadas cumplen este estándar.

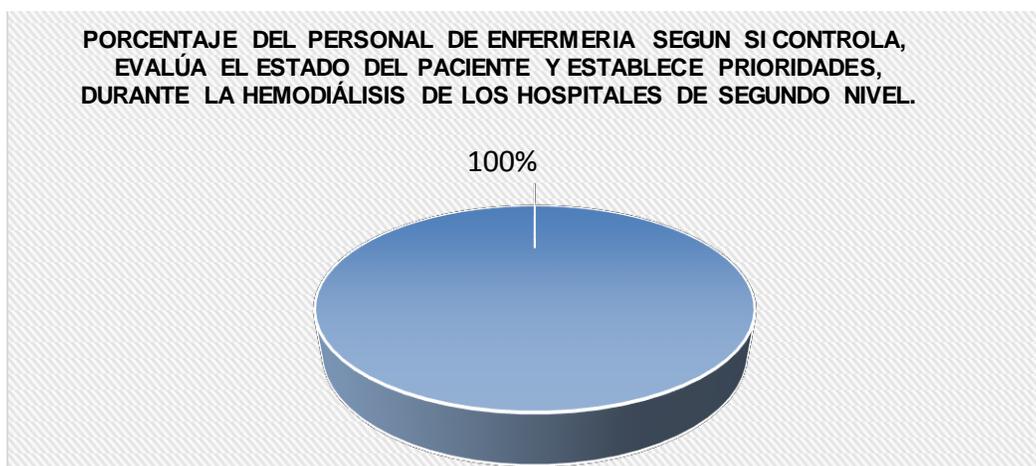
Discusión.- Todo el personal de enfermería verifica la asistencia del paciente a la hemodiálisis según la aplicación de protocolos.

CUADRO N° 21
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI CONTROLA,
EVALÚA EL ESTADO DEL PACIENTE Y ESTABLECE PRIORIDADES,
DURANTE LA HEMODIALISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL.
ENERO JULIO 2109

Controla, evalúa el estado del paciente y establece prioridades durante la sesión de hemodialisis	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	100.%
No	0	0.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N°21



Interpretación.

En el gráfico N° 21, se puede observar que el 100 % de licenciadas respondieron, Controla, evalúa el estado del paciente y establece prioridades, lo que significa que todas las licenciadas si controla, evalúan el estado del paciente y establece prioridades. Lo que significa que cumple el estándar.

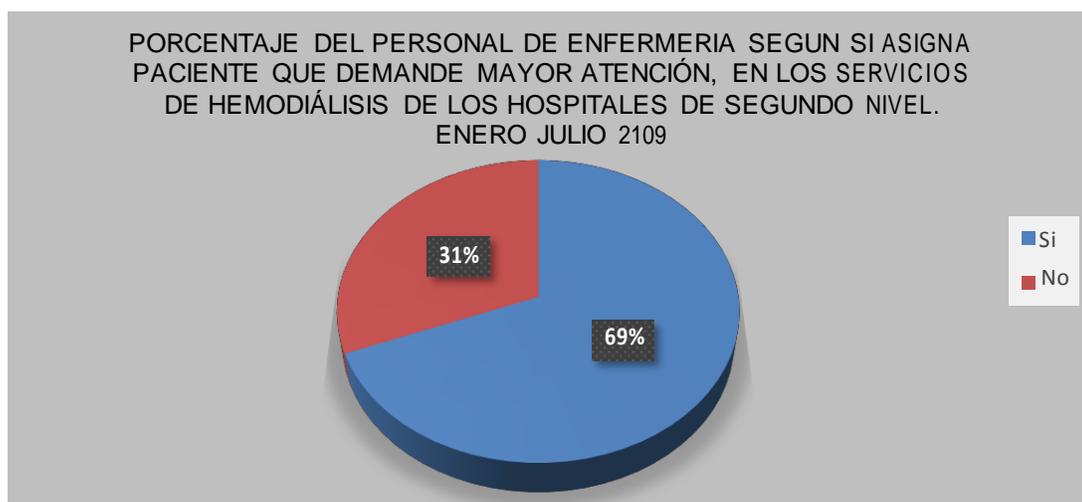
Discusión.-El total de enfermeras, controla, evalúa el estado del paciente y establece prioridades durante la sesión de hemodiálisis de acuerdo a protocolo.

CUADRO N° 22
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI ASIGNA
PACIENTE QUE DEMANDE MAYOR ATENCIÓN, EN LOS SERVICIOS DE
HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO
2109

Asigna paciente que demande mayor atención	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	69.%
No	26	31.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 22



Interpretación.

En el gráfico N° 22, se puede observar que el 69 % de licenciadas respondieron, que asignan pacientes que demandan mayor atención, y el 31% no asigna pacientes que demandan mayor atención, lo que significa que solo el 69 % acertó este estándar.

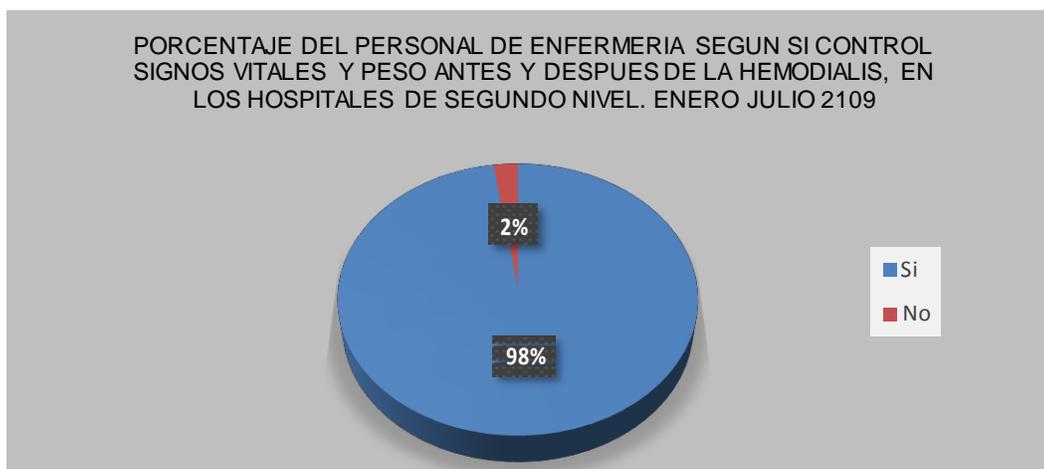
Discusión.- La mayoría de las Licenciadas respondieron que asigna paciente que demande una mayor atención según los protocolos.

CUADRO N° 23
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI CONTROL
SIGNOS VITALES Y PESO ANTES Y DESPUES DE LA HEMODIALIS, EN
LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Controla signos vitales y peso antes durante y después de la hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	97.62%
No	2	2.38%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N°23



Interpretación.

En el gráfico N° 23, se puede observar que el 98 % de licenciadas respondieron, que controlan peso, presión arterial, temperatura, antes y después del tratamiento de hemodiálisis y el 2% no lo hacen, lo que significa que el 98 % si cumple este estándar.

Discusión.-La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que controlan signos vitales, peso paciente según los protocolos de atención de enfermería.

CUADRO N° 24
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI OBSERVA SIGNOS Y SÍNTOMAS DE COMPLICACIÓN, REPORTA INMEDIATAMENTE, EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Observa signos y síntomas de complicación, reporta inmediatamente	Frecuencia	Porcentaje
Si	79	94.05%
No	5	5.95%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 24



Interpretación.

En el gráfico N° 24, se puede observar que el 94 % de licenciadas respondieron, que observan signos y síntomas de complicación, reportan inmediatamente , y el 6 % no reportan, lo que significa que solo el 94 % cumple con el estándar.

Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que observa signos y síntomas de complicación, reporta inmediatamente según los protocolos de atención de enfermería.

CUADRO N° 25
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI CONTROLA
PA, PULSO TEMPERATURA, CADA 15 - 30 MINUTOS DURANTE EL
TRATAMIENTO, EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS
HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Controla PA, pulso temperatura, cada 15 - 30 min durante el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	77	92.%
No	7	8.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 25



Interpretación.

En el gráfico N° 25, se puede observar que el 92 % de licenciadas respondieron, que si controlan presión arterial, pulso temperatura, cada 15 -30 minutos durante el tratamiento observan signos y síntomas de complicación, reportan inmediatamente y el 6 % no controla, lo que significa que solo el 92 % cumplen este estándar. Una mayoría responde correctamente. Controla PA, pulso temperatura, cada 15 - 30 min durante el tratamiento signos y síntomas en paciente de hemodiálisis según los protocolos de atención de enfermería.

Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que controla PA, pulso temperatura, cada 15 - 30 min durante el tratamiento según el protocolo de atención de enfermería.

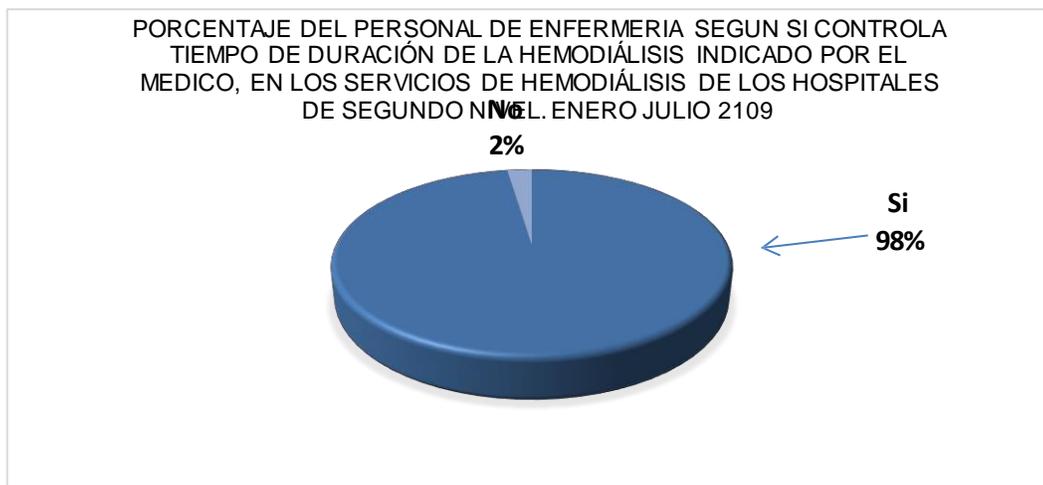
CUADRO N° 26

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI CONTROLA TIEMPO DE DURACIÓN DE LA HEMODIÁLISIS INDICADO POR EL MEDICO, EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Controla tiempo de duración de la hemodiálisis indicado por el medico	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	98.%
No	2	2.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 26



Interpretación.

En el gráfico N° 26, se puede observar que el 98 % de licenciadas respondieron, que si controla el tiempo de duración de la hemodiálisis indicado por el médico, y el 2 % no controla. Lo que significa que solo el 98 % cumple con el estándar.

Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que controla tiempo de duración de la hemodiálisis indicado por el médico según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 27
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI EFECTÚA
VENO PUNCIÓN AL PACIENTE QUE TIENE FISTULA ARTERIO VENOSA,
EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE
SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Efectúa veno punción al paciente que tiene fistula arterio venosa	Frecuencia	Porcentaje
Si	81	96.%
No	3	4.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 27



Interpretación.

En el grafico N° 27, se puede observar que el 96 % de licenciadas respondieron, que si efectúa veno punción al paciente que tiene fistula arterio venosa, y el 4 % no lo hace. Lo que significa que el 96 % cumple el estándar.

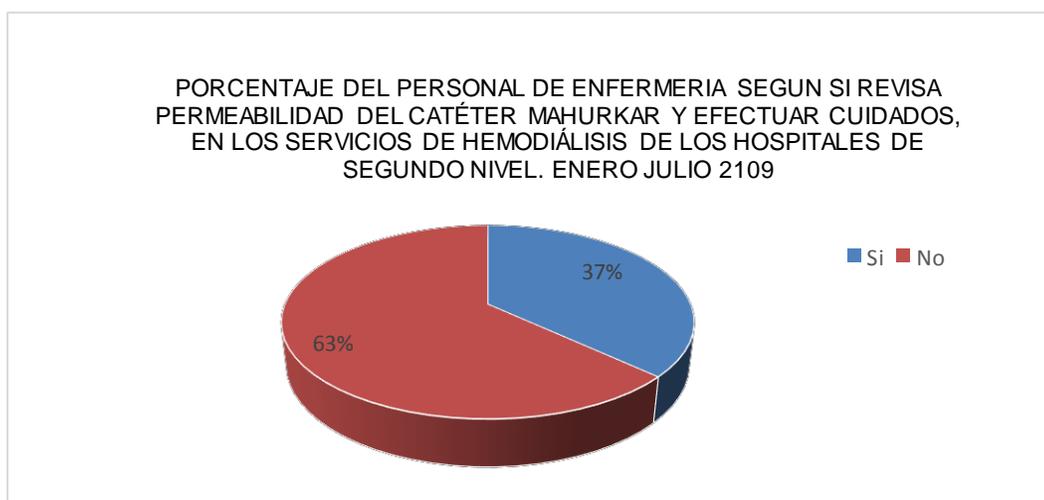
Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que efectúa veno punción al paciente que tiene fistula arterio venosa, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 28
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI REVIS
PERMEABILIDAD DEL CATÉTER MAHURKAR Y EFECTUAR CUIDADOS,
EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE
SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Revisa permeabilidad del catéter Mahurkar y efectuar cuidados	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	36.90%
No	53	63.10%
Total	84	100.00%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N°28



Interpretación.

En el gráfico N° 28, se puede observar que el 63% de licenciadas respondieron que, si revisa permeabilidad del catéter Mahurkar y efectuar cuidados y el 37 % no lo hace, lo que significa que solo el 63 % cumple con el estándar.

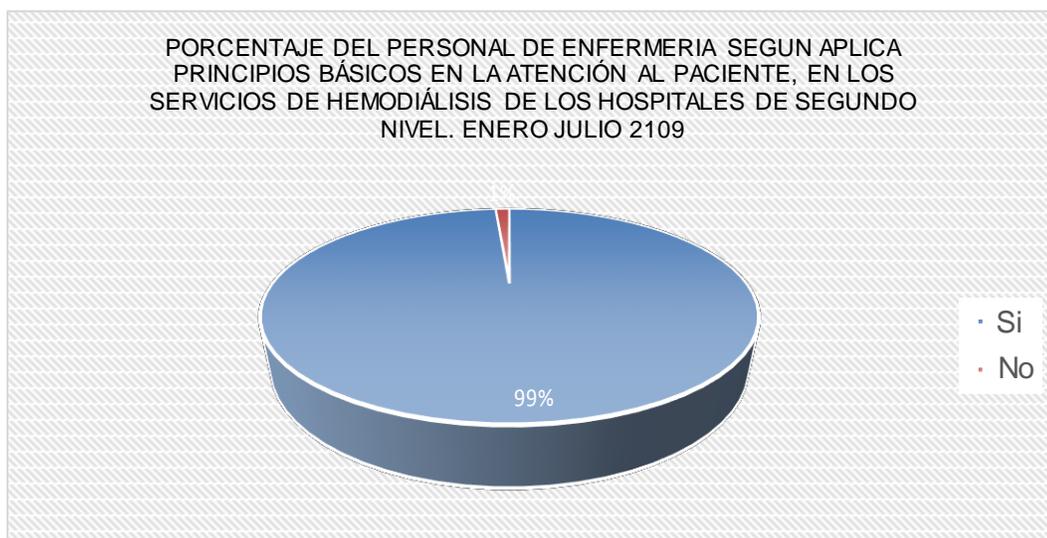
Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que revisa permeabilidad del catéter Mahurkar y efectuar cuidados, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 29
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN APLICA
PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE, EN LOS
SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO
NIVEL. ENERO JULIO 2109

Aplica principios básicos en la atención al paciente	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	99.%
No	1	1.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 29



Interpretación.

En el gráfico N° 29, se puede observar que el 99 % de licenciadas respondieron que, si aplica principios básicos en la atención al paciente y el 1 % no aplica; lo que significa que solo el 99 % si cumple con el estándar.

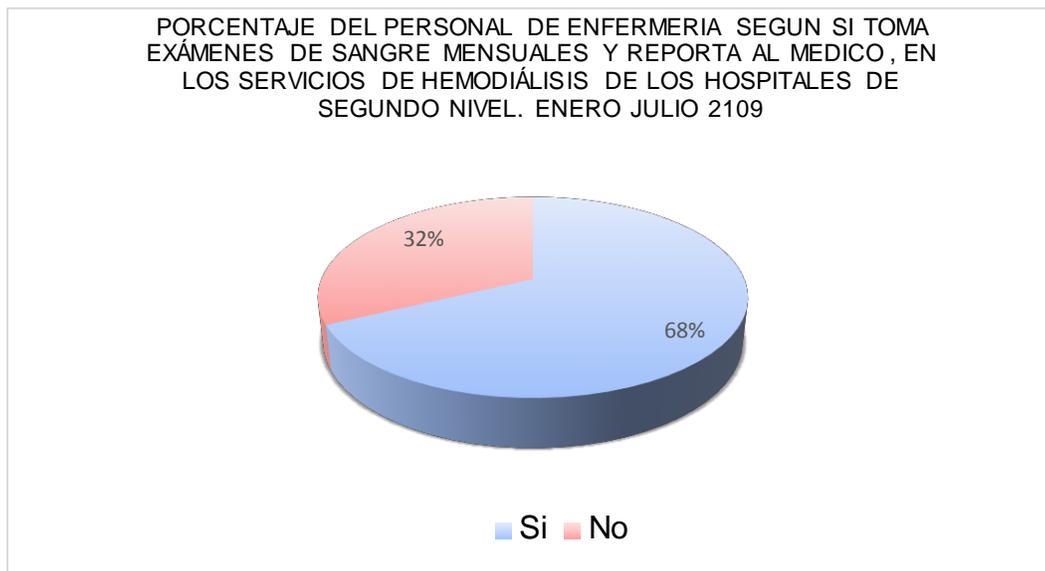
Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que aplica principios básicos en la atención al paciente, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 30
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI TOMA
EXÁMENES DE SANGRE MENSUALES Y REPORTA AL MEDICO, EN LOS
SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO
NIVEL. ENERO JULIO 2109

Toma exámenes de sangre mensuales y reporta al medico	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	68.%
No	27	32.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 30



Interpretación.

En el gráfico N°30, se puede observar que el 68 % de licenciadas respondieron que, si toman exámenes de sangre mensuales y reporta al médico y el 32 % no lo hacen; lo que significa que solo el 68 % cumple con el estándar.

Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que toman exámenes de sangre mensuales y reporta al médico, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 31
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI PLANEA LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO SEGÚN SU
ESTADO, EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES
DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Planea la atención del paciente durante el tratamiento según su estado	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	89.%
No	9	11 %
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 31



Interpretación.

En el gráfico N° 31, se puede observar que el 89 % de licenciadas respondieron que, si planea la atención del paciente, durante el tratamiento según su estado y el 11 % no lo hace; lo que si significa que el 89 % cumple con el estándar.

Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que planea la atención del paciente durante el tratamiento según su estado, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N°32
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI ASISTE AL
MÉDICO EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS CDL,
EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE
SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Asiste al médico en la realización de procedimientos específicos CDL	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	63.%
No	31	37.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 32



Interpretación.

En el gráfico N° 32, se puede observar que el 63 % de licenciadas respondieron que, si asisten al médico en la realización de procedimiento específicos CDL y el 37 % no asiste, lo que significa que solo el 63 % cumple el estándar.

Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que asiste al médico en la realización de procedimientos específicos CDL, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 33
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SI CUMPLE NORMAS DE ATENCION DE PACIENTE EN UNIDADES CRITICAS EN HEMODIALISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Cumple normas de atención de paciente de unidades críticas en hemodiálisis	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	98.%
No	2	2.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 33



Interpretación.

En el gráfico N° 33, se puede observar que el 98 % de licenciadas respondieron que, si cumplen normas de atención de pacientes, en unidades críticas en hemodiálisis y el 2 % no cumplen: lo que significa que el 98 % cumple con el estándar.

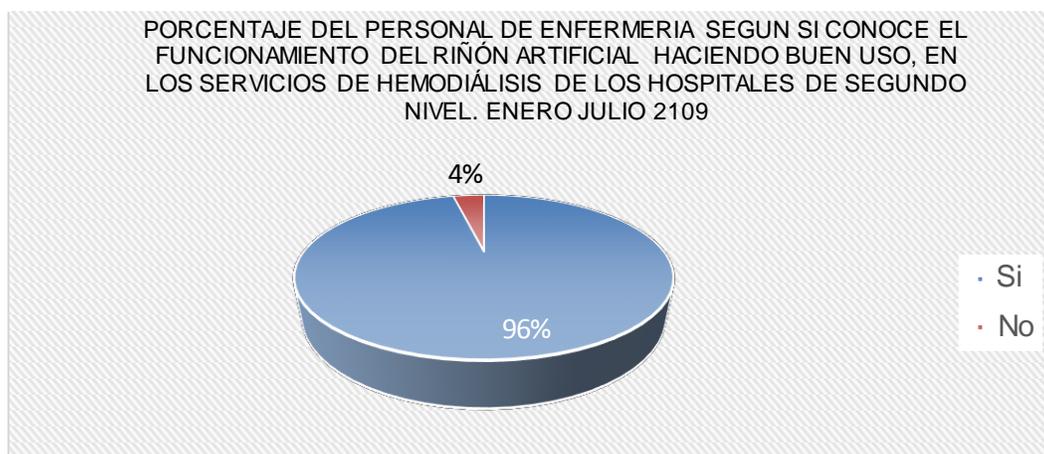
Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que Cumplen normas de atención de paciente de unidades críticas en hemodiálisis, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 34
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI CONOCE EL
FUNCIONAMIENTO DEL RIÑÓN ARTIFICIAL HACIENDO BUEN USO, EN
LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO
NIVEL. ENERO JULIO 2109

Conoce el funcionamiento del riñón artificial haciendo buen uso	Frecuencia	Porcentaje
Si	81	96.0%
No	3	4.0%
Total	84	100.0%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 34



Interpretación.

En el gráfico N° 34, se puede observar que el 96 % de licenciadas respondieron que, conoce el funcionamiento del riñón artificial haciendo buen uso y el 4 % no conoce; lo que significa que solo el 96 % cumple con el estándar.

Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que, si Conoce el funcionamiento del riñón artificial haciendo buen uso, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N°35
PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGUN SI ELABORA
NOTAS DE ENFERMERÍA EN EXPEDIENTE CLÍNICO, EN LOS SERVICIOS
DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO
JULIO 2109

Elabora notas de enfermería en expediente clínico	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	98.%
No	2	2.%
Total	84	100.%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N°35



Interpretación.

En el gráfico N° 35, se puede observar que el 98 % de licenciadas respondieron que, si elabora notas de enfermería en expediente clínico y el 2 % no lo hace; lo que significa que solo el 98 % si cumple con el estándar.

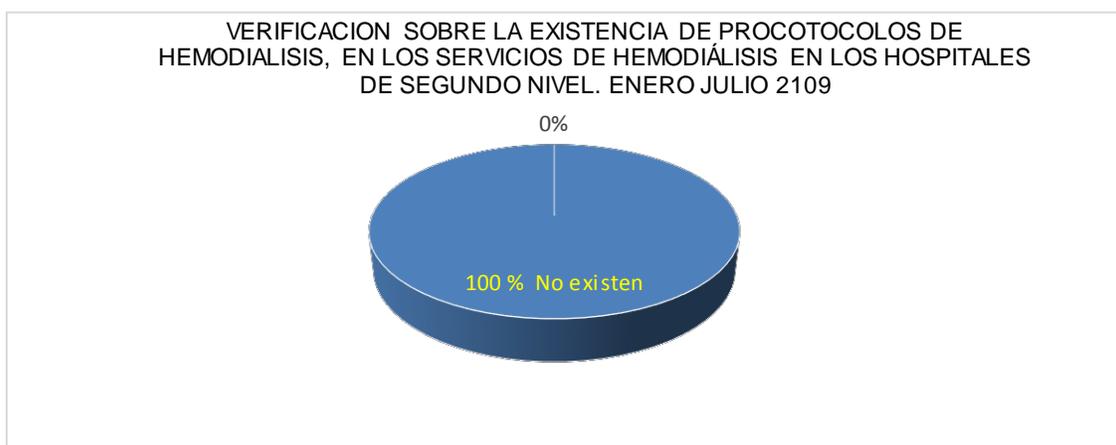
Discusión.- La mayoría de las licenciadas respondieron correctamente que, si elabora notas de enfermería en expediente clínico, según el protocolo de atención de enfermería.

CUADRO N° 36
VERIFICACION SOBRE LA EXISTENCIA DE PROCOTOCOS DE
HEMODIALISIS, EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS EN LOS
HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL. ENERO JULIO 2109

Verificación de la existencia de protocolos en físico	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0.0%
No	4	100.0%
Total	4	100.0%

Fuente: Hospitales: Plan 3000, Villa 1° de mayo, Bajío del oriente y Pampa de la isla

GRAFICO N° 36



Interpretación.

En el gráfico N° 36, se puede observar que en ninguno de los servicios de hemodiálisis en los hospitales de segundo nivel existen en físico los protocolos de hemodiálisis.

Discusión.- El total de enfermeras no verifica la existencia de protocolos de hemodiálisis lo cual influye en su aplicación.

4.2. DISCUSIÓN

Es temas es muy importante para la sobrevivencia del paciente con enfermedad renal crónica, en lo referente a la evaluación del grado de cumplimiento de la aplicación de protocolos de atención de enfermería, en pacientes con enfermedad renal crónica en los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, donde se ha observado que: Los aspectos sociodemográficos de la población en estudio, nada tienen que ver con el estudio actual.

Sin embargo respecto a la existencia de protocolos y su aplicación, se puede decir que: El 60 % de las licenciadas en enfermería indican que no existen estos protocolos. Pero la observación directa de los servicios de hemodiálisis de los hospitales mencionados, evidencia que no existen ni están a vista los protocolos mencionados.

El nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre protocolos de hemodiálisis indica: Regular en el 42 %, mínimo 36 %, 20 %bueno 20 % y 2 muy bueno 2 %. Sin embargo el grado de cumplimiento de las actividades de las enfermeras, en la aplicación de los protocolos de los servicios de hemodiálisis los hospitales de segundo nivel, es de 88.8 % a pesar del bajo nivel de conocimiento de los mismos.

Nuestro estudio está en concordancia con la la publicación de Catalán Beloqui L. y Cols. (2011) sobre: Protocolo de actuación para el paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria. Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital de Navarra. Que ha encontrado una falta de comunicación entre los pacientes y las enfermerías, incluso entre los médicos, porque no se cumplen ni se registran los protocolos propios de atención de enfermería, además que recomiendan, que se debe elaborar un protocolo, siguiendo la línea estratégica del cuidado por procesos del Plan de Salud de Navarra 2006-2012 y su inclusión en el programa informático, para mejorar la atención de los pacientes y mejorar el seguimiento de los cuidados

de pacientes con enfermedad renal avanzada, en un intento de optimizar la gestión de los recursos disponibles para alcanzar la máxima calidad y eficiencia en los cuidados.

Por lo tanto se considera que el protocolo es una imperiosa necesidad de elaborar y aplicar en todos los servicios de hemodiálisis.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

La presente investigación sobre protocolo de atención de enfermería al paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis llega a las siguientes conclusiones:

1. Que no existen protocolos de atención de enfermería al paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en los hospitales de segundo nivel de atención en salud, de la ciudad de Santa Cruz.
2. Que en los hospitales de segundo nivel, el personal que trabaja en los servicios de hemodiálisis, el 100 % son licenciadas en enfermería y el 14 % tienen nivel de maestría.
3. El 53 % de las licenciadas en enfermería son jóvenes, tienen una edad entre 31-40 años, con un 63 % de antigüedad en el servicio de hemodiálisis entre 2 y 5 años.
4. Que el 57 % recibieron capacitación sobre el tema de hemodiálisis.
5. Que es muy bajo el nivel de conocimientos sobre protocolos de hemodiálisis. (Regular 42 %, Mínimo 36 %, Bueno 20 %).
6. Que el grado de cumplimiento de las actividades de las enfermeras en cumplimiento de las acciones del protocolo fue de 88.8 %; a pesar de no existir el protocolo y su bajo nivel de conocimientos sobre el tema.

Por lo tanto hace falta la elaboración y aplicación de la herramienta más importante, en las salas de los servicios de hemodiálisis, que es el protocolo de atención de enfermería al paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis; para mejorar la calidad de atención del paciente en proceso de hemodiálisis, considerando que los protocolos de enfermería son documentos que además de establecer una normativa para la práctica, constituyen una importante fuente de información y facilitan la incorporación de nuevos profesionales. Y también, los protocolos deben ser actualizados periódicamente para adaptarse a todas las novedades científicas en el campo del paciente con enfermedad renal crónica y hemodiálisis.

5.2. RECOMENDACIONES

a. A las autoridades de los hospitales de segundo nivel.

1. Hacer conocer a las autoridades superiores del municipio los resultados de esta investigación.
2. Autorizar al personal de enfermería que trabajan en los servicios de hemodiálisis a asistir a de capacitación sobre el tema de enfermedad renal crónica y hemodiálisis.
3. Conformar el Comité de Elaboración del Protocolo de atención de enfermería del paciente con enfermedad renal crónica en proceso de hemodiálisis.
4. Implementar a la brevedad posible el protocolo mencionado,

b. A las licenciadas en enfermería que trabajan en los servicios de hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel.

1. Asistir a cursos de capacitación sobre el tema de enfermedad renal crónica y hemodiálisis, periódicamente.
2. Aplicar en cuanto sea implantado el protocolo de atención de enfermería del paciente con enfermedad renal crónica en proceso de hemodiálisis.
3. Hacer conocer al médico el estado del paciente.
4. Hacer seguimiento a todos los pacientes con enfermedad renal crónica en proceso de hemodiálisis, lo que permitirá una mejor atención al paciente y prevenir complicaciones letales.

BIBLIOGRAFIA

6.1. BIBLIOGRAFIA

1. Rollán de la Sota M.J. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Consulta El Libro: Manual de Protocolos de Actuación de Enfermería Nefrológica.
Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2019.
<https://www.seden.org/consulta-el-libro--manual-de-protocolos-de-actuacion-de-enfermeria-nefrologica--7>
2. Leddy J. Bases conceptuales de la Enfermería Profesional. Editorial J. B. Lippincott. New York; 1989 (1). p. 68, 100, 251.
3. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta. ed. España: HarcourtBrace; 1994 (3). P. 8 – 9; 89 – 7, 113 – 15
4. Torres M, Rivas C. Instalación de catéter venoso central: Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. 1ra ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 47-8.
5. Martínez-Castelao . y Cols. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Revista Nefrología. Vol. 34. Núm. 2.Marzo 2014.páginas 0-272
Fecha de consulta: 10 de Julio 2019
<https://www.revistanefrologia.com/es-documento-consenso-deteccion-manejo-enfermedad-articulo-X0211699514053919>
6. Santa Cruz P, Pereira J, Rancel M. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica. Estudio en población abierta: Importancia de la atención primaria de salud. Nefrología 1992; 12(2): 158-159.
7. Guías y protocolos de enfermería, Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. La Paz septiembre 2004
8. Cardona D y Agudelo HB. Construcción cultural del concepto de calidad de vida. Facultad Nacional de Salud Pública 2005.Vol. 23 N° 1.
Fecha de consulta. 20 abril 2019.

https://scholar.google.fr/citations?user=72K9kikAAAAJ&hl=es#d=gs_md_cita-d&u=%2Fcitations%3Fview_op%3Dview_citation%26hl%3Des%26user%3D72K9kikAAAAJ%26citation_for_view%3D72K9kikAAAAJ%3Ar0BpntZqJG4C%26tzom%3D240

9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Resolución S.G.Nº 440 asunción 17 de mayo de 2013 Instituto de Nefrología Comité interinstitucional de Revisión. Elaborado por el Instituto Prof. Dr. Antonio Heriberto Arbo Sosa
10. Cahil M, Tratamiento de Enfermería. Ed. Interamericano. México. 1991. p.26
11. López. J. Informes de hemodiálisis. Universidad de Florencia. Fecha de Revisión: 23 de julio 2019
<http://slanh.net/wp-content/uploads/2018/10/INFORME-2015-2016.pdf>
12. Catalán Beloqui L. y Cols. Protocolo de actuación para el paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria. Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital de Navarra. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Vol. 14 Nº 4 oct./dic. 2011. Fecha de consulta: Agosto 2019.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000400008
13. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease. Definition and classification of stages of chronic kidney disease. Am J Kidney Dis 2002; 39(Suppl 1):S46-S75.
14. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F, on behalf of the EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. Nefrología 2010; 30(1):78-86.
15. Torregrosa I, Solís M, Pascual B, Ramos B, González M, Ramos C, et al. Resultados preliminares de la implantación de un protocolo conjunto de manejo de la enfermedad renal crónica entre atención primaria y nefrología. Nefrología 2007; 27:162-7.

16. Barril G, Sanz P, Ruperto M, Bardón E, Ruiz P, Selgas R. ¿Son necesarias las consultas específicas Prediálisis? Objetivo: Cuidado integral del paciente con Enfermedad renal crónica. NEFROLOGIA. VOL 26.SUP.3.2006.
17. Dasí NJ, Rojo E. Continuidad de los cuidados de enfermería: Necesidad de coordinación entre niveles. Rev. Seden nº2, vol.3, II trimestre 2000.
18. Alcázar R, Egocheaga I, Ortes L, Lobos JM, González Parra E, Álvarez Guisasola F, et al. Documento de consenso S.E.N.-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Nefrología 2008;28(3):273-82.
19. Oferta de servicios en atención primaria: servicios asistenciales, procedimientos, acceso a pruebas diagnósticas: M.S.P.S. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS 2008.
20. García García M, Valenzuela Mújica MP, Martínez Ocaña JC, Otero López MS. Resultados de un programa de coordinación y de información clínica compartida entre nefrología y atención primaria. Revista oficial de Nefrología; 31(1):84-90.2011.
21. Servicio navarro de salud Osasunbidea. Plan de salud de Navarra 2006-2012.
22. NANDA diagnósticos enfermeros 2009-2011. Definiciones y Clasificación. Ed. Elsevier, 2010.
23. Salces Sáez, E, Del campo Romero MC, Carmona Valiente MC. Guía de Diagnósticos Enfermeros del paciente en hemodiálisis (Interrelaciones NANDA-NOC-NIC). Grupo 2 Comunicación médica, S.L. 2005.
24. Chavida García F, Velázquez García A, Sanz Guajardo D. Guía clínica de Insuficiencia Renal en Atención Primaria. Manuales clínicos. SEMERGEN.
25. López Serrano B, Zufía García FJ, Ruiz Giardín R, Medina Cuenca P. Seguimiento del paciente trasplantado: Recomendaciones desde Atención Primaria. Vol. 11 - Núm. 8 - Agosto/Septiembre 2001. MEDIFAM 2001; 11: 456-460.

26. Guirado L. Trasplante renal consejos y recomendaciones. Manual Novartis. 2010.

ANEXO 1

CUESTIONARIO GENERAL, CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

1. **Edad:**
2. **Sexo:** a) Masculino b) femenino
3. **Estado Civil**
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Unión libre
 - d. Viudo
 - e. Divorciado
4. **Nivel académico**
 - a. Técnico superior
 - b. Licenciatura
 - c. Especialista
 - d. Magister
 - e. Doctorado
5. **Antigüedad en el trabajo en el área de hemodiálisis.**
 - a. 1-año
 - b. 2-5 - años
 - c. 6-10-años
 - d. 11-20-años
 - e. 21- más
6. **Recibió capacitación en el tema de hemodiálisis?**
 - a). Si recibió capacitación
 - b). No recibió capacitación
7. **Sabe usted si en su servicio de hemodiálisis existen protocolos de atención de enfermería para la hemodiálisis?**
 - a) Si existen
 - b) b).No existen

ANEXO 2

GUIA DE OBSERVACION

PARA VERIFICAR LA EXISTENCIA A MANO, DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS

- a. Si Existe
- b. No Existe

ANEXO 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE, PROTOCOLOS DE HEMODIÁLISIS EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL.

1. **¿Cuál de los siguientes datos fundamentan la urgencia de realizar la hemodiálisis?**
 - a. La hipertensión arterial
 - b. Por el edema agudo de pulmón
 - c. Cifras de urea y creatinina elevados
 - d. Hipercalemia

2. **¿Cuáles son los factores que pueden contribuir a que se presenten signos y síntomas de complicaciones durante la hemodiálisis?**
 - a. Un mal ajuste de peso seco
 - b. Sobrecarga hídrica interdialisis
 - c. Al flujo sanguíneo mal programado
 - d. todos
 - e. Ninguno

3. **¿Cuál sería su intervención durante la hipotensión?**
 - a. Suspender la sesión de hemodiálisis.
 - b. Disminuir el tiempo de hemodiálisis.
 - c. Modificar: el de perfil de sodio, ultra filtrado, temperatura de líquido de diálisis y bolo de suero salino al 0.9%
 - d. Colocar al paciente en posición Trendelenburg o decúbito supino.
 - e. a y b
 - f. c y d

4. **¿Cuál es la complicación que se podrían presentar en el Fistula Arterio Venoso (FAVI) asociada a la hipotensión recurrente en este paciente?**
 - a. Problemas cardiacos.
 - b. Bajo flujo sanguíneo.
 - c. Recirculación del acceso.
 - d. Estenosis, trombosis.
 - e. disminución del fremitus

5. **Considerando que las contracciones musculares son muy dolorosas y demandan atención oportuna. ¿Cómo intervendría usted para minimizar esta sintomatología?**
 - a. Disminuir el flujo sanguíneo hasta que desaparezca la molestia.

- b. Modificar el perfil de ultra filtrado además de dar masaje en la zona afectada
 - c. Una vez normalizada la tensión arterial, administrar CINA al 20% con bolos de 10 ml y practicar masaje en el músculo contracturado.
- 6. ¿Cuál de las siguientes alarmas del monitor es el primer aviso de que se ha coagulado el sistema ya sea parcial o totalmente?**
- a. Aumento exagerado PTM sin modificación de la tasa de ultra filtrado.
 - b. Aumento de PTM con modificación en la tasa de ultra filtrado.
 - c. Aumento en la presión arterial ya que es en esa cámara en donde se sitúa la conexión que trasmite a un manómetro la presión.
- 7. ¿Cuál será la intervención de enfermería ante la coagulación del sistema extracorpóreo?**
- a. Desconectar el circuito y reemplazarlo por otro independientemente si la coagulación es total o parcial.
 - b. Si la coagulación es total se reemplaza todo el circuito, comprobando la permeabilidad de ambos lúmenes del catéter.
 - c. Iniciar “lavado” del circuito con solución salina al 0,9% con heparina, visualizando así el alcance de la coagulación.
 - d. Se tendrá que suspender la sesión ya que existe riesgo en el paciente de tromboembolia pulmonar.
- 8. Son medidas útiles para favorecer la maduración de la fistula.**
- a. Para fortalecer el desarrollo de la misma se recomiendan ejercicios de presión
 - b. Elevación del miembro de la FAVI favorece la maduración
 - c. La herida operatoria se mantendrá limpia y seca observando datos de hemorragia.
 - d. Se ausculta y palpa la FAVI diariamente ya que es indicativo de buen funcionamiento
- 9. Ante el síndrome de desequilibrio de diálisis. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la intervención correcta?**
- a. Pasar un bolo de 250 ml de solución salina.
 - b. Disminuir el ultra filtrado a un 50% de lo programado.
 - c. Continuar con la sesión ya que esta no está interfiere en el tratamiento.
 - d. Suspender la sesión y dar tratamiento sintomático de acuerdo a prescripción médica
- 10. Cuántas horas debe durar la hemodiálisis?**
- a. 2 horas
 - b. 3 horas
 - c. 4 horas

ANEXO 4

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

A) Atención directa al paciente con hemodiálisis según protocolo del servicio de Nefrología del Hospital de segundo nivel

1. Verificar asistencia de paciente previamente citados para recibir su tratamiento.
 - a. Sí
 - b. No
2. Controlar y evaluar estado de paciente y establecer prioridades para recibir atención inmediata.
 - a. Sí
 - b. No
3. Asignarse paciente que demande mayor atención.
 - a. Sí
 - b. No
4. Controlar peso, T/A, pulso antes y después del tratamiento.
 - a. Sí
 - b. No
5. Observar signos y síntomas de complicación y reportar de inmediato.
 - a. Sí
 - b. No
6. Control de presión arterial y pulso cada 15 a 30 minutos durante el tratamiento.
 - a. Sí
 - b. No
7. Controlar tiempo de duración de la hemodiálisis indicado por el médico.
 - a. Sí
 - b. No
8. Efectuar venopunción en el paciente que tiene fístula arteriovenosa interna.
 - a. Sí
 - b. No
9. Revisar permeabilidad de catéter Mahurkar y efectuar cuidados específicos.
 - a. Sí
 - b. No
10. Aplicar principios básicos y científicos en la atención del paciente.
 - a. Sí
 - b. No
11. Tomar exámenes de sangre mensuales y reportar al médico.
 - a. Sí

- b. No
- 12. Planear la atención del paciente durante el tratamiento según su estado.
 - a. Sí
 - b. No
- 13. Asistir al paciente en la realización de procedimientos especiales.
 - a. Sí
 - b. No
- 14. Cumplir norma de atención de paciente de unidades críticas en hemodiálisis.
 - a. Sí
 - b. No
- 15. Conocer el funcionamiento del riñón artificial haciendo buen uso de él.
 - a. Sí
 - b. No
- 16. Elaborar nota de enfermería en expediente clínico.
 - a. Sí
 - b. No

ANEXOS

ANEXO N° 5

PROTOCOLOS

Concepto de Protocolo.

Un Protocolo en Enfermería es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente.

Además, permite su utilización como prototipo de media a la hora de evaluar la actuación protocolizada desde el mismo protocolo, es decir, aporta criterios de cumplimiento propios, así como posible toma de decisiones.

Características:

Para que los Protocolos puedan ser considerados de calidad deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ordenados.
- Precisos.
- Detallados.
- Simples.
- Escritos.
- Utilicen un formato único.

Describen actuaciones ordenadas en el tiempo con la finalidad de cubrir todo el proceso necesario para una determinada actividad en la que intervenga el personal de enfermería, pudiendo esta actividad pertenecer al área de conocimiento propia, o de colaboración con otros profesionales.

Al confeccionar un Protocolo debe recogerse de forma resumida y ordenada el conjunto de datos, tareas y actividades a realizar y no sólo las de la técnica concreta.

- Los Protocolos nos proporcionan directrices para la toma de decisiones.

- Deben estar redactados por los profesionales que las utilizarán.
- Su finalidad es verificar criterios de actuación ante un mismo proceso, evitando actuaciones “según arte”.

Para su elaboración deberán considerarse los componentes básicos de la calidad, tanto percibida como científico-técnica, pudiendo hacerlo a tres niveles:

- **Estructura:**

Definiendo los recursos necesarios esenciales que deben estar presentes para que el profesional pueda llevar a cabo sus actuaciones. En ocasiones, este nivel quedará representado por el descrito en los procedimientos generales o específicos utilizados en su desarrollo y que deberán estar citados en el texto.

- **Proceso:**

Describiendo qué, cómo y cuándo deben realizarse las actividades a los pacientes.

- **Resultado:**

Definiendo el cambio esperado o la conducta a observar en el estado de salud, nivel de independencia en los cuidados y su entorno mediante los cuidados de enfermería, así como el grado de satisfacción del paciente.

Estructura de los Protocolos:

Para la elaboración del documento se considera necesario la cumplimentación de, al menos, los siguientes apartados:

- **Título:**

Suficientemente descriptivo y excluyente.

- **Código:**

Alfanumérico.

- **Población diana:**

Segmento poblacional al que va dirigido, pudiendo detallar su impacto y frecuencia de uso.

- **Descripción de la situación clínica:**

Donde de forma somera se podrá realizar una descripción conceptual del problema, situación terapéutica o técnica diagnóstica y que servirá para colocarnos en situación.

- **Problemas del paciente:**

En forma de diagnósticos de enfermería o etiquetas diagnósticas.

- **Objetivos a conseguir en el paciente:**

Orientado desde el punto de vista de cuidados, representa los resultados esperados en el paciente, prueba o situación diagnóstica o terapéutica.

- **Intervenciones de enfermería:**

Donde se detallarán de forma lógica, cronológica y ordenada cada una de las acciones, procedimientos, etc., que se realizarán al paciente, o el desarrollo de un proceso técnico determinado, donde se especificará la temporalización de las acciones concretas, pautas, frecuencia, etc., y la posible toma de decisiones, explicitando los criterios que deberán cumplirse para ello.

- **Observaciones:**

Se consideran como los puntos de interés, recordatorios o de ampliación de la situación de cuidados. No son necesarios aunque sí convenientes. No son evaluables.

- **Evidencia científica:**

Representa la aportación bibliográfica en la que se fundamenta la propia

Guía, y deberá ser suficientemente explícita y pertinente para asegurar la calidad científico-técnica de los cuidados proporcionados. Deberá ser lo suficientemente

Exhaustiva como para asegurar que lo que hemos planificado es lo mejor que se puede hacer para esa situación y está científicamente demostrado.

Deberá ser citada de acuerdo a las normas para las publicaciones biomédicas, siendo preferibles las basadas en revisiones sistemáticas disponibles.

- **Normas de proceso:**

Conjunto de normas que deberán cumplirse durante la dinámica de aplicación del protocolo, condiciones indispensables para el desarrollo eficiente del mismo.

- **Diagrama de proceso:**

Puede expresarse de forma gráfica como un diagrama de flujo el dinamismo del proceso, especificando las acciones, requerimientos, documentos y actores dentro del mismo, mediante símbolos internacionalmente aceptados.

Como complemento podrán anexarse los procedimientos completos que han sido citados en el texto, con el fin de que sirvan de instrumento bibliográfico y de referencia para el profesional, el neófito o para la actualización sistemática de los profesionales.

Igualmente, se han modificado y actualizado gran número de procedimientos, y se ha aplicado una nueva codificación de acuerdo al protocolo en el que se encuentran recogidos.

En la mayoría de los casos se evita diferenciar el personal que realiza la acción, por dos motivos, el primero, legal, ya que todos los cuidados de enfermería corresponden al campo de la responsabilidad de la enfermera; el segundo, de utilidad práctica, ya que las tareas del personal auxiliar son competencia de la enfermera, por lo que puede diferir su cometido de unos servicios a otros.

Esperamos que con esta nueva organización del manual se haya añadido valor práctico y científico al mismo, siendo conscientes de que una nueva revisión podría, sin duda, aportar mejoras sustanciales a esta última edición.

Calidad de vida: Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. (Cardona D y Agudelo HB, 2005)

Calidad de atención de enfermería.

La calidad es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente que impacte en el cliente y el mercado.

La calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas, esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, Enfermeras y administradores) con su cosmovisión y su formación técnica.

Según la OPS/OMS. (Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud) propone como definición de calidad de las instituciones tomando en cuenta cuatro puntos muy importantes como ser:

Guías y protocolos de enfermería. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. La Paz Septiembre 2004

- ❖ Un minuto de riesgos para el paciente o usuarios externos o internos
- ❖ Alto nivel de excelencia profesional
- ❖ Uso eficiente de los recursos de la institución.

La medición de la calidad es por tanto, un proceso polémico, con una direccionalidad múltiple y una perspectiva de acción directamente retirada a la metodología y enfoque que uno puede emplear para su evaluación en los servicios.

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles en el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser tangibles y se puede identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: Es la aplicación de la ciencia y la tecnología de forma médica que maximice los beneficios de la salud.

ANEXO 6

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Tema: Aplicación de protocolos de enfermería en el enfermo renal crónico, Hospitales de segundo nivel, Santa Cruz, enero - julio 2019.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza la Lic. Carmen Valverde, tesista de la Universidad Juan Misael Saracho.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en el Servicio de Hemodiálisis de los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Santa Cruz.

Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Los resultados pueden ser confidenciales y pueden ser publicados.

YO(nombre)

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Fecha: