



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS
EN ENFERMERÍA

TEMA:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION A LAS COMPLICACIONES POST
DIALISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA
DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL PERIODO OCTUBRE DEL
2012 - JUNIO DEL 2013.

AUTORAS:

EUGENIA NATALY RIVADENEIRA BRONCANO.
SONIA NARCISA ALUCHO LEMA.

DIRECTORA DE TESIS:

LCDA: VALERIA ROSERO

GUARANDA - ECUADOR

2013

INDICE GENERAL

CONTENIDO	Pag.
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI , VII
CERTIFICACIÓN.....	VIII
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	X ,XI
JUSTIFICACIÓN.....	XII , XIII
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	XIV
OBJETIVOS.....	XV
HIPOTESIS.....	XVI
VARIABLES.....	XVII
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	XVIII , XX
CAPITULO I	
MARCO REFERENCIAL	1
RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA.....	1 y 2
ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA.....	3
SERVICIO DE MEDICINA CRITICA.....	4
UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL HOSPITAL.....	5
MISION Y VISION.....	6
UBICACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA.....	6
DISTRIBUCION DEL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA.....	6,7
PLANTA FISICA DEL AREA DE MEDICINA CRÍTICA.....	8
RECURSOS HUMANOS.....	9
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA..	10
MARCO TEORICO CIENTIFICO	11
CONTEXTO HISTORICO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.....	11
ETAPAS HISTORICAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.....	12-15
DEFINICIONES DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.....	16, 17
CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE POST DIALISIS.....	18
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.....	19-24
CUADRO CLINICO.	
INSUFICIENCIA RENAL.....	25
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA).....	25-28

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC).....	28-32
DIALISIS PERITONEAL.....	31-32
HEMODIALISIS.....	32-34
TIPOS DE ACCESSOS VASCULARES PARA HEMODIALISIS.....	34-36
PASOS PARA LA SESION DE HEMODIALISIS	36-37
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CATETER DE	
HEMODIALISIS.....	37
COMPLICACIONES POST DIALISIS.....	37-38
PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.....	38 y 39
COMPLICACIONES NEUROLOGICAS.....	39-43
COMPLICACIONES INFECCIOSAS.....	43-45
COMPLICACIONES HEM ATOLOGICAS.....	45-46
CALAMBRES.....	46-47
FIEBRE Y ESCALOFRIOS.....	47,48
CAPITULO II	
DISEÑO METODOLOGICO.....	49-53
CAPITULO III	
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	55
ENCUESTA.....	55-69
GUIA DE OBSERVACION.....	70-77
COMPROBACION DE LA HIPOTESIS	78
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES.....	80
CAPITULO IV	
PROPUESTA.....	81
PORTADA.....	82
DATOS DE IDENTIFICACION.....	83
INTRODUCCION.....	84
JUSTIFICACION.....	85
OBJETIVOS.....	86
METODOLOGIA.....	87
PRESUPUESTO	88
SOSTENIBILIDAD DE LA PROPUESTA	89-90
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES – EJECUCION DE LA PROPUESTA..	91-96
PLAN DE CAPACITACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA POST	97-108
DIALISIS.....	

BIBLIOGRAFIA.....	109-111
ANEXOS.....	112
ANEXO1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	113y 114
ANEXO 2. PRESUPUESTO GENERAL.....	115
ANEXO 3. ENCUESTA.....	116-118
ANEXO 4. LISTADO DE PACIENTES OBSERVADOS.....	119-123
ANEXO 5. GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA A PACIENTES.....	124
ANEXO 6. GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA A ENFERMERAS.....	125
ANEXO 7. LISTADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRESENTARON COMPLICACIONES POST DIALISIS EN EL PERIODO OCT.2012 -JUN.2013	126-127
ANEXO 8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION.....	128
ANEXO 9. LISTADO DE PACIENTES DIALISADOS EN EL PERIODO OCT.2012 - JUN.2013.....	128-142
ANEXO 10. GLOSARIO.....	143-144
ANEXO 11. APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.....	145
ANEXO 12. PREPARACION DEL DIALIZADOR.....	145
ANEXO 13. PACIENTES DURANTE LA HEMODIALISIS.....	146
ANEXO 14. RECEPCION Y MONITORIZACION –PACIENTES POST- DIALISIS.....	146
ANEXO 15. SOLICITUD PARA RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	147
ANEXO 16. SOLICITUD PARA EJECUTAR LA PROPUESTA.....	148
ANEXO 17. CERITIFICACION DE LA EJECUCION DE LA PROPUESTA.....	149

INDICE DE GRAFICOS

CONTENIDO	Nro. pág.
FIG. 1 HOSPITAL LUIS VERNAZA.....	1
FIG.2 SERVICIO DE MEDICINA CRITICA HOSPITAL LUIS VERNAZA.....	4
FIG. 3 UBICACIÓN DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA.....	5
FIG. 4 VIRGINIA HENDERSON.....	16
FIG. 5 DOROTHEA OREM.....	16
FIG. 6. CALLISTA ROY.....	17
FIG. 7. UNIDAD DE CUIDADO CRITICO.....	18
FIG. 8 INSUFICIENCIA RENAL.....	25
FIG. 9 DIÁLISIS PERITONEAL.....	32
FIG. 10 HEMODIÁLISIS.....	34
FIG. 11 CATÉTER INTRAVENOSO.....	34
FIG. 12 FISTULA ARTERIOVENOSA.....	35
FIG. 13 INJERTO ARTERIOVENOSO.....	36

AGRADECIMIENTO

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 TUTORA:

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

AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA:

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

Sonia Narcisa Alucho Lema

Eugenia Nataly Rivadeneira Broncano

DEDICATORIA

A DIOS TODO PODEROSO y AL DIVINO NIÑO:

Por darme la oportunidad de existir, concederme sabiduría, entendimiento, paciencia y fortaleza cuándo más lo necesite para salir adelante en la realización de mis objetivos y metas profesionales.

A MIS PADRES DE CRIANZA:

Napoleón Zapata Espín, Angélica Aguáchela Gavilanes por sus interminables apoyos en todos los momentos de mi vida, por sus enseñanzas, consejos y por su eterna paciencia, motivándome a continuar adelante sin perder las esperanzas de lograr lo que hoy se hace realidad, mi formación profesional.

A UN SER ESPECIAL:

Lila Acuña Becerra (+) quien fue mi ejemplo e inspiración para elegir esta carrera y sé que desde el cielo me ha estado enviando bendiciones y fuerzas para seguir.

A MI QUERIDO AMIGO

Fernando Toapanta quien siempre ha tenido palabras de aliento durante toda mi formación profesional, a pesar de la distancia estuvo pendiente de mí y motivándome a seguir adelante.

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

Por ser ellos mi inspiración de superación ya que con la culminación de mi carrera tengo la oportunidad de sacarlos adelante.

Sonia Narcisa Alucho Lema

Mi tesis dedico con todo mi amor y cariño. A ti DIOS que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño principalmente a mi Padre que me dio la vida y ha estado conmigo en todo momento. Gracias por todo Papá por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado apoyándome y brindándome todo su cariño, por todo esto le agradezco el que esté conmigo a mi lado.

A mi querida mamita, aunque ya no este conmigo sus recuerdos brillan en mi corazón a pesar del tiempo que ha pasado desde su partida, siempre lo llevo presente en cada momento de mi vida.

En especial a mi querida Madrina María Esther Gaibor que con su gran corazón, humildad me brindó su apoyo incondicional, gracias a sus consejos y palabras de aliento me motivaron a seguir adelante y así culminar con éxito una etapa más de mi formación profesional.

Eugenia Nataly Rivadeneira Broncano

CERTIFICACIÓN

En mi carácter de tutora del trabajo de tesis, presentado por las señoritas Eugenia Nataly Rivadeneira Broncano, con C.I.0202102703, Sonia Narcisa Alucho Lema. C.I.020979663 para optar el Título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería cuyo tema es: “CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION A LAS COMPLICACIONES POST DIALISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 - JUNIO DEL 2013”

Considero que dicha tesis reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Guaranda, 21 de Octubre del 2013.

Lcda. Valeria Rosero

C.I.0201727518

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION A LAS COMPLICACIONES
POST DIALISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, EN EL SERVICIO DE MEDICINA
CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL PERIODO
OCTUBRE DEL 2012 - JUNIO DEL 2013.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia o fallo renal se produce cuando los riñones no filtran las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre en forma adecuada; se clasifica en renal aguda (IRA) que es la que se produce por la pérdida rápida de sangre y hace que los riñones dejen de funcionar normalmente; mientras que la insuficiencia renal crónica (IRC) es producida por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones.

La enfermedad renal en el mundo va extendiéndose rápidamente y es considerada como epidemia en los países desarrollados o denominados del primer mundo.

“Millones de seres humanos sufren de esta enfermedad en todo el mundo; solo en los Estados Unidos existe más de medio millón de pacientes y el costo de curación supera los treinta billones de dólares para el Estado; un costo que cada vez es creciente.

En Puerto Rico existen más de cuatro mil pacientes y mil de ellos fueron sometidos a una operación de trasplante renal; a un costo bastante fuerte que tuvo que asumir el Estado en unos casos y los familiares de los pacientes en otros; muchos murieron por falta de recursos y/o donantes de riñón.

En el Ecuador no existen estadísticas exactas del total de pacientes con insuficiencia renal; pero, se calcula que cada año mil setecientas personas se suman a la lista; de los cuales, quinientos son candidatos a un trasplante de riñón, sin que muchos de ellos consigan donantes voluntarios o pagados, para salvar su vida, en muchos casos causándoles la muerte.” MINSAL, 2010. (Objetivos Estratégicos en Salud)

En cualquiera de los casos, el personal de enfermería con sus conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores; juega un papel preponderante en el cuidado de pacientes con enfermedad renal; desde el diagnóstico, pasando por el tratamiento, recuperación, hasta la rehabilitación; proporcionando un servicio de calidad, con calidez; que les posibilita salvar y darles una nueva oportunidad de vida.

La falta de cuidados del personal de enfermería puede causar en los pacientes:

Complicaciones cardiovasculares, neurológicas, infecciosas, hematológicas las mismas que interfieren en la recuperación del paciente e incluso la muerte.

En el Hospital “Luis Vernaza” de la Ciudad de Guayaquil son atendidos un promedio de tres a cuatro pacientes diarios en la Sala de Diálisis; allí, las enfermeras deben cumplir su función con mucho profesionalismo; porque se juega la vida de los pacientes.

El contenido del trabajo investigativo se resume así: la parte introductoria que contiene: el tema, problema, justificación, objetivos, hipótesis y variables.

El Capítulo I desarrolla el Marco Teórico: referencial, conceptual y teoría científica.

El Capítulo II se refiere al Diseño Metodológico que contiene: tipo de estudio, universo y muestra, técnicas e instrumentos.

El contenido del Capítulo III, contiene el Análisis e interpretación de Resultados obtenidos durante toda la investigación.

Finaliza con el Capítulo IV donde se desarrolla la propuesta que es la ”Aplicación del plan de capacitación de cuidados de enfermería en post diálisis” para prevenir complicaciones.

JUSTIFICACIÓN

La importancia que tiene la presente investigación “Cuidados de enfermería en relación a las complicaciones post diálisis en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil-Periodo: Octubre del 2012- Junio 2013”; es precisamente el trabajo profesional que deben realizar el personal de enfermería con estos pacientes, para evitar trastornos posteriores como Complicaciones cardiovasculares, neurológicas, infecciosas, hematológicas; mismos que al no ser controlados a tiempo pueden producir la muerte de los pacientes con insuficiencia renal.

En el país y concretamente en la ciudad de Guayaquil hace pocos años sucedió la muerte de varios pacientes con insuficiencia renal que fueron contagiados con enfermedades peligrosas precisamente por estos descuidos del personal médico y de enfermeras; actualmente en el Hospital Luis Vernaza se producen ciertos inconvenientes parecidos y se quiere evitar, con la realización del presente trabajo.

El objetivo principal es determinar las complicaciones post diálisis con relación a los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, con la finalidad de evitar complicaciones irreversibles o incluso la muerte de los pacientes.

Actualmente el Hospital “Luis Vernaza” es el que más acogida tiene con este tipo de pacientes; se registran de tres a cuatro diálisis diarias que requieren de cuidado especial posterior; ahí, la importancia del personal de enfermería, de ellos depende si se dan o no las futuras complicaciones; es otra de las razones del presente estudio.

El Servicio de Medicina Crítica (objeto de estudio) es el área donde la eficacia de los cuidados de enfermería debe ser cumplida con total responsabilidad y concentración para evitar complicaciones en los pacientes de delicado estado de salud por su

enfermedad; aplicando adecuadamente el cuidado y manejo personalizado, con equipos, instrumentos y materiales especiales.

Es una investigación factible porque estamos realizando las prácticas de pregrado, tiene relación con nuestra carrera; contamos además con el apoyo y colaboración de los directivos, personal médico, de enfermería y pacientes, del Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil; y, porque saben que es necesario mejorar la aplicación de normas y procedimientos para reducir las complicaciones pos diálisis de los pacientes con insuficiencia renal.

Por tales consideraciones y porque además no tiene costo para el Hospital ni para los pacientes, ya que se financiara con recursos propios: además será de mucha utilidad tanto para la Institución Hospitalaria como para los pacientes del Servicio de medicina crítica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De qué manera influyen los cuidados de enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Aguda e Insuficiencia Renal Crónica en las complicaciones post diálisis en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil- Periodo octubre del 2012 - junio del 2013?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar las complicaciones post diálisis en relación a los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica, en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil.

Objetivos Específicos

- Determinar la aplicación de los cuidados de enfermería en los pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica.
- Identificar las complicaciones post-diálisis en paciente con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica.
- Implementar un plan de capacitación sobre cuidados de enfermería post diálisis para el personal de Enfermería del Servicio de Medicina Crítica.

HIPOTESIS

Con una adecuada aplicación de los cuidados de enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Aguda e Insuficiencia Renal Crónica reducirá las complicaciones post diálisis en el Servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil- Periodo octubre del 2012 - junio del 2013.

VARIABLES

Variable Independiente

Cuidados de Enfermería en paciente con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica.

Variable Dependiente

Complicaciones post diálisis

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Independiente	Es un proceso de interacción sujeto—sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a los pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica en el logro, fomentó y recuperación de la salud mediante la satisfacción de sus necesidades	Conocimiento	Empírico	El tiempo que usted labora en el servicio le ha permitido obtener experiencia en cuanto a los cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
Cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica			Científico	Usted recibe capacitaciones sobre el cuidado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
		Habilidades	Cognitivas o intelectuales	Usted resuelve los problemas que presentan los pacientes con conocimiento científico y crítico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
			Técnicas	Usted manipula y maniobra los equipos adecuadamente garantizando la seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
		Calidad	Eficacia	Usted aplica las normas cuando ejecuta el cuidado de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
			Eficiencia	Usted utiliza adecuadamente los insumos durante los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
			Continuidad	Usted da secuencia a los cuidados de enfermería que se brinda en turnos anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca

			Seguridad	Usted garantiza la seguridad del paciente durante la aplicación de los cuidados de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
			Integralidad	Usted realiza actividades que integran al paciente y familia.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
		Humanización	Información	Usted Comunica al paciente o familiar sobre los cuidados de enfermería aplicados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
				Usted da a conocer sobre los cuidados que recibe el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
			Amabilidad	Usted es cordial con el paciente durante la ejecución de los cuidados de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
			Ética	Usted aplica los principios éticos cuando brinda cuidados de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
		Empatía	Percibir	Usted responde amablemente a los gestos emitidos por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca
			Comprender	Usted Controla sus emociones en relación al comportamiento del paciente durante los cuidados de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Siempre ➤ Casi siempre ➤ Nunca

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Dependiente	Agravamiento que se presenta en un paciente con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica luego de recibir el procedimiento de hemodiálisis las cuales pueden aparecer de manera espontánea como reacción del tratamiento aplicado.	Complicación cardiovasculares	Hipotensión	El paciente post diálisis presento disminución en la presión arterial.	➤ Si ➤ No
Complicaciones post diálisis		Complicación cardiovascular	Hipertensión	El paciente presento aumento de la presión arterial.	➤ Si ➤ No
			Arritmias cardiacas	El paciente presento alteraciones en la frecuencia cardiaca.	➤ Si ➤ No
			Síndrome de desequilibrio	Se verifica las órdenes de laboratorio para el control de electrolitos.	➤ Si ➤ No
		Complicación infecciosa	Bacterianas	Se aplicó el antibiótico terapia según prescripción médica.	➤ Si ➤ No
			Hipertermia	Administra antipiréticos y medios físicos, en pacientes dializados.	➤ Si ➤ No
Complicación hematológica	Anemia	Se realiza la toma de muestra para el control de hematocrito	➤ Si ➤ No		

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1.1 MARCO REFERENCIAL



Figura Nro. 1 Hospital Luis Vernaza

Fuente: <http://www.hospitalvernaza.med.ec/>

1.1.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA

La historia del hospital se remonta a la época de Carlos II, Rey de España. Una de sus ordenanzas fue la fundación de hospitales en todos los pueblos españoles y de indios, para proveer atención y curar a los enfermos, ejerciendo la caridad cristiana. El cabildo de Guayaquil inició la construcción del hospital y lo inauguró el 25 de noviembre de 1564. En honor a la figura, cuya fiesta se celebra ese día, se lo bautizó con el nombre de Santa Catalina Mártir. Este hospital fue el primero en la Audiencia de Quito y uno de los pocos edificios públicos en el siglo XVI en Guayaquil.

La Junta Cívica de Guayaquil, en agosto de 1971, colocó una placa de bronce en el Auditorio del Hospital Luis Vernaza, reconociendo y dejando constancia que fue fundado el 25 de noviembre de 1564, y es el primero y más antiguo del Ecuador.

Se complementó este homenaje en el año 1942, erigiendo el busto de Don Luis Vernaza en la plazoleta del Hospital que lleva su nombre.¹ (Hospital Luis Vernaza)

El Hospital Luis Vernaza es el centro más grande de atención médica general sin fines de lucro del Ecuador, y a pesar de no ser estatal, abre sus puertas a todos quienes lo necesiten.

Aquí, profesionales en las distintas especialidades médicas y quirúrgicas atienden a personas de todas las regiones del Ecuador. La diversidad del equipo moderno para diagnóstico y tratamiento de los pacientes los hacen únicos en muchos aspectos. Contamos con valiosas herramientas de diagnóstico como MRI, CT Scan, eco Doppler a color, ecocardiógrafos y otras.

Actualmente, cuenta con un total de 883 camas para la atención al público.

Otro referente del hospital es la calidad de los profesionales médicos, enfermeras, auxiliares, personal de servicio y más. La confianza que todos los pacientes depositan en ellos ha significado el progreso para la institución, mostrado más claramente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que se construyó hace dos años, con una inversión de un millón de dólares.

El Hospital Luis Vernaza es un auténtico centro docente, donde los médicos trabajan y realizan investigación científica. Ha sido reconocido por la Institución Nacional para el Trasplante de Órganos y Tejidos (ONTOT) como uno de los mejores hospitales del Ecuador. Estamos equipados con todo lo que se requiere para realizar trasplantes de riñón, y ya hemos realizado exitosamente más de 135 trasplantes de riñón en los últimos

¹ Hospital Luis Vernaza. (s.f.). Hospital Luis Vernaza - Junta de Beneficiencia. Recuperado el 28 de Noviembre de 2012, de Misión, Visión y Valores: <http://www.hospitalvernaza.med.ec/>

años. El primer trasplante fue realizado en junio de 1979, y la Unidad de Trasplantes de Órganos y Tejidos fue creada en el año 2009.

1.1.2 ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA

Este hospital cuenta con una gamma de especialidades dentro de las cuales mencionamos las siguientes:

- Medicina crítica.
- Cardiología
- Dermatología
- Gastroenterología
- Medicina física y de rehabilitación
- Nefrología y diálisis
- Neurología
- Reumatología
- Geriátría
- Endocrinología
- Hematología
- Infectología
- Neumología
- Otorrinolaringología
- Unidad de quemados
- Angiología
- Trasplante y banco de tejidos

1.1.3 SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA



Figura Nro. 2. Servicio de Medicina Critica HLV

Fuente: <http://www.hospitalvernaza.med.ec/>

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Luis Vernaza es una unidad especializada en la atención de pacientes hospitalizados en estado crítico. La dotación de profesionales médicos y de enfermería asegura la atención rápida y eficaz de los pacientes durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

El objetivo de la unidad es dar soporte vital a los pacientes que por traumatismos, enfermedades agudas o crónicas, presentan disfunción de uno o más órganos; y prevenir (y si es necesario tratar) las complicaciones que aparecieran como consecuencia de su patología básica.

El personal médico y paramédico es especializado en medicina crítica y en el manejo de pacientes con riesgo vital.

Entre las patologías prevalentes en del servicio se encuentran traumas severos, infecciones abdominales y respiratorias, eventos cerebrovasculares hemorrágicos e isquémicos, y todas las patologías que en algún momento requieran monitoreo especializado o soporte vital, como las cirugías de alta complejidad (cardiovasculares, neurocirugías y trasplantes de órganos).

de diferentes hospitales del Ecuador dependiendo la complejidad del caso de cada uno de ellos.

MISIÓN

Brindar asistencia social solidaria, sin fines de lucro, con el más alto nivel de calidad y calidez a las personas más necesitadas, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de los ecuatorianos, desde su fundación, en 1888.

VISIÓN

Ser líder y ejemplo en toda América, de una organización profesional, sin fines de lucro, que busca la excelencia; ser ágil, innovadora, transparente y autosustentable, dirigida por un dinámico voluntariado de alto nivel participativo, que presta ayuda solidaria a la población del Ecuador, tanto en el campo médico, como en el social.² (Hospital Luis Vernaza)

1.2.4 UBICACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA

El servicio de medicina crítica está ubicado en el segundo piso de Emergencia entre el primer piso de la Unidad de cuidados intermedios y laboratorio y tercer piso de los residentes e internos de medicina y enfermería y vestidores del personal que labora en el servicio.

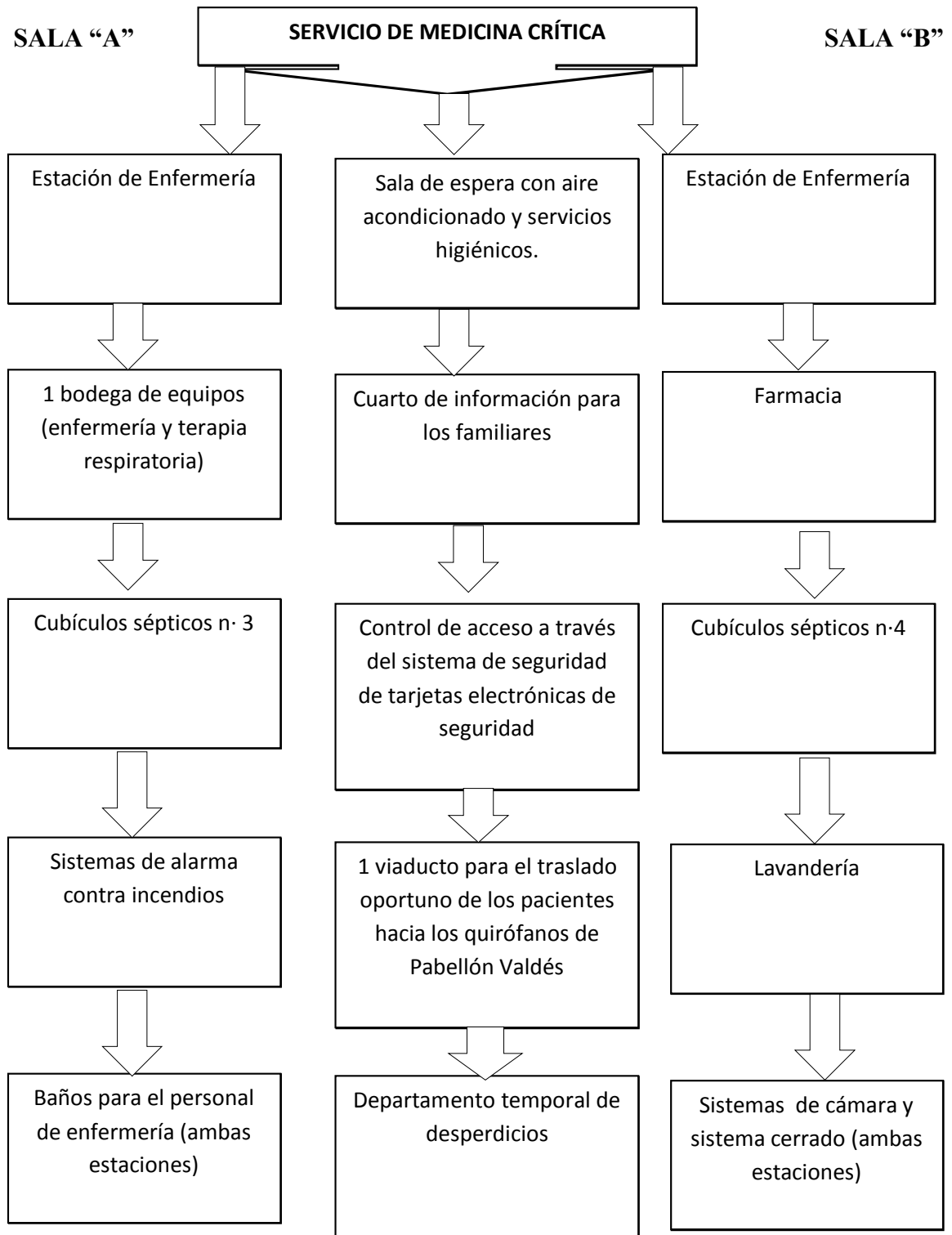
1.2.4.1 DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA.

- 7 Cuartos aislados (con monitores y ventiladores)
- 2 Estaciones de enfermería

² Hospital Luis Vernaza. (s.f.). Hospital Luis Vernaza - Junta de Beneficiencia. Recuperado el 28 de Noviembre de 2012, de Misión, Visión y Valores: <http://www.hospitalvernaza.med.ec/>

- 1 Farmacia
- 1 Bodega de equipos (enfermería y terapia respiratoria)
- Sala de espera con aire acondicionado y servicios higiénicos
- Cuarto de información para los familiares
- Sistema de alarma contra incendio
- Sistema de cámaras y sistema cerrado
- Control de acceso a través del sistema de seguridad de tarjetas electrónicas de identificación
- 1 Viaducto para el traslado oportuno de los pacientes hacia los quirófanos de Pabellón Valdez

1.2.2. PLANTA FÍSICA DEL ÁREA DE MEDICINA CRÍTICA

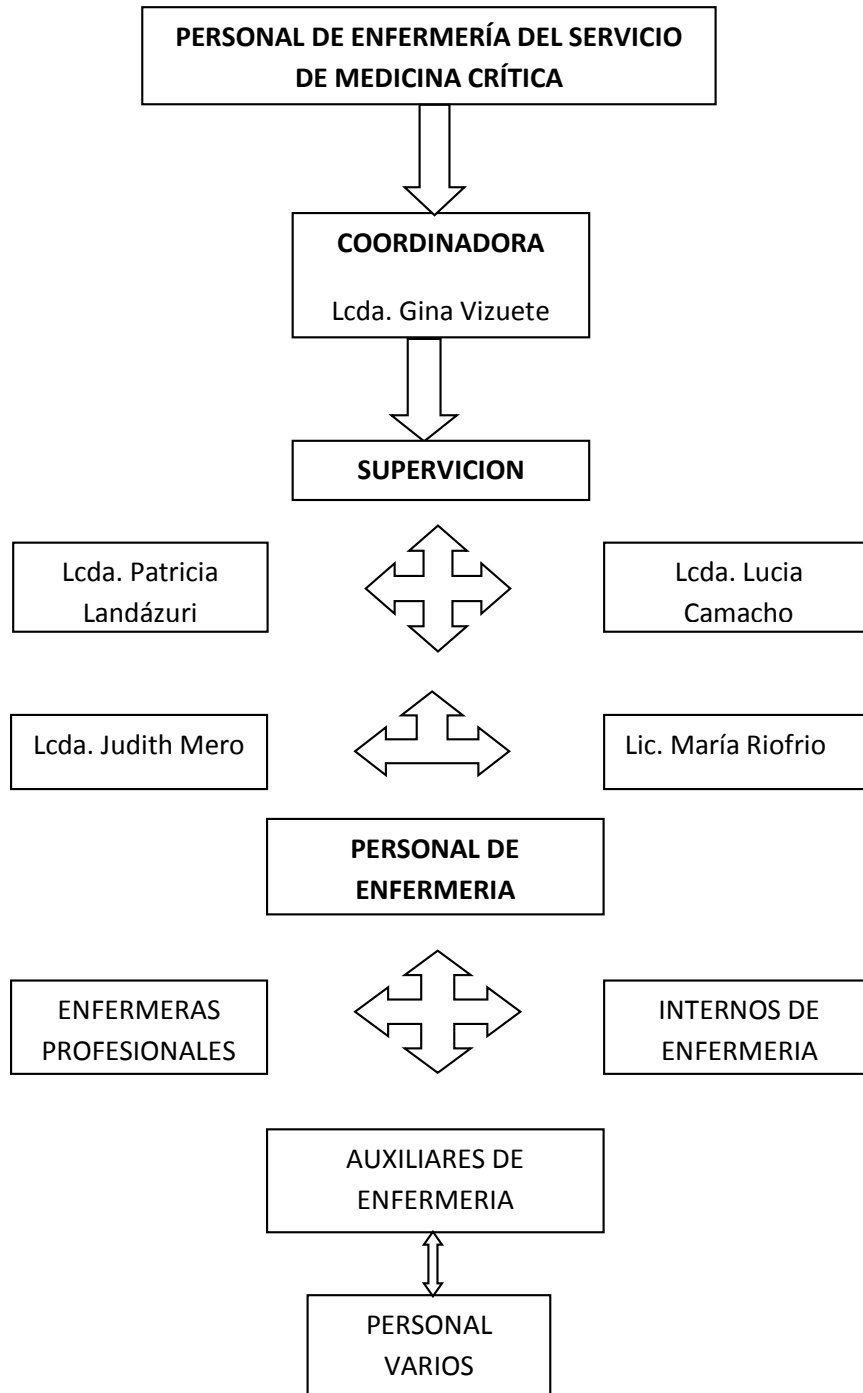


1.2.3. RECURSOS HUMANOS

El servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza cuenta con el siguiente personal:

PERSONAL	Nro.
Médicos Tratantes	4
Médicos Residente	18
Enfermeras profesionales	17
Interna Rotativa de Enfermería	7
Auxiliares de Enfermería	16
Total	62

1.2.7. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA³ (Lcda. VIZUETE, 2009)



³ Secretaria del Servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza

MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO

1.3.3 CONTEXTO HISTÓRICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado es tan antiguo como el hombre, y la enfermería tiene sus orígenes a partir de la especialización misma de cuidado, el mismo que ha sufrido las transformaciones propias de la historia y han encontrado lugar con el desarrollo y ejecución de los principios científicos y la evolución, cada vez más se ha ido especializando y construyendo caminos hacia el desarrollo de un cuidado con conocimiento y ejercicio altruista.

El concepto de cuidados de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nigthingale y el surgimiento de la enfermería moderna, se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas del siglo XX este cambio fue el factor desencadenante del movimiento de la especialización ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo a los diagnósticos médicos. (E.P. MARTÍNEZ, 2012)

Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del siglo XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestésista.

En la actualidad siguen vigentes los mismos tipos de luchas por la especialización del cuidado de enfermería.

En la década de los sesenta fue testigo notable del crecimiento de la especialización de enfermería, que ha continuado hasta la actualidad en los hospitales se desarrollaron todo tipo de campo de especialidad como: unidades de cuidados coronarios, unidades de

cuidados intensivos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología que obligaron a un cambio en los papeles de cuidado de enfermería.

Con el desarrollo de altas tecnologías este cuidado se ha especializado cada día más y la interacción enfermera paciente ha adquirido un engranaje permitiendo que el cuidado este dentro de un contexto físico y emocional obedeciendo a las demandas del paciente, familia y sociedad.

1.2.9 ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

1.2.9.1 ETAPA DOMÉSTICA

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestra estudios antropológicos, arqueológicos lo que no está bien claro es lo que denominamos cuidado de enfermería aparezca con el hombre ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidado con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas, (Etapa Doméstica de los Cuidados de Enfermería) por este motivo en esta primera etapa los cuidados se desarrollaron formando parte de la historia de la atención de la salud, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano esta etapa de los cuidados se denomina domestica por ser la mujer en cada hogar la encargada de brindar cuidado.

El objetivo prioritario de mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

En consecuencia los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido, y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable.

1.2.9.2 ETAPA VOCACIONAL

La actividad del cuidado se asocia con el nacimiento de la religión cristiana con esto el cuidado de enfermería adquirió una nueva interpretación, la sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios el valor religioso de la salud que imperó se determinó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia del todo poderoso.

El concepto de cuidar se relacionan con las ideas cristianas como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener, las mismas que eran voto de obediencia y sumisión reconfortados a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vínculo de salvación.

Por otro lado las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, por lo tanto la enfermera brinda un cuidado basado en la oración y los consejos morales.

1.2.9.3 ETAPA TÉCNICA

Esta etapa se desarrolla en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad. (BuenasTareas.com, 2010)

El desarrollo científico y tecnológico aplicado al cuidado de enfermería se produjo lentamente desde el renacimiento, este desarrolló condujo a las enfermeras a un mayor conocimiento para brindar un cuidado adecuado.

1.2.9.4. ETAPA PROFESIONAL

El cuidado de enfermería ha sufrido una profunda transformación fruto de la evolución de la comunidad humana en consecuencia las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del paciente, en la actualidad el

cuidado de enfermería integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos fomentando así la pronta recuperación.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de cuidado de enfermería. Éstas incluyen cuidado en áreas quirúrgicas, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. A medida que transcurren las décadas, la enfermería parece tornarse cada vez más importante en los servicios de salud, más creativa y objetiva para analizar sus esfuerzos y metas profesionales, no obstante siguen presente múltiples dificultades que obstaculizan su desarrollo, muchos de los cuales han existido durante años.

Los organismos internacionales han dado siempre una gran importancia al trabajo de enfermería en el campo de la salud y se han pronunciado sobre sus conocimientos y funciones. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), consideran que la enfermería debe contener una serie de conocimientos para que pueda realizar la misión que le corresponde dentro de los servicios de salud y brindar un cuidado adecuado.

Estos criterios se han manifestado durante muchos años, a continuación se exponen los aspectos que consideramos más relevantes en este sentido.

En el año 1957 el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) señaló que la enfermería es parte integral del sistema de atención de salud, que abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de enfermos físicos, mentales e impedidos de todas las edades, en todos los sitios en los que brinda atención de salud y en otros servicios comunitarios.

El profesional de Enfermería es sensible y mantiene una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad integral del ser humano y sus derechos.

Los cuidados de enfermería se sustentan en una relación de interacción humana y caracteriza su naturaleza como objeto; La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social haciendo de su práctica diaria un medio de cultivo al laboratorio social para la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimentan un cuidado con calidez y sensibilidad humana, conllevando con esto a un crecimiento como persona y como profesional, generando así un impacto transformador para sí mismo y en las instituciones de salud.⁴ (BERMEJO HIGUERA, 2003)

Los cuidados de enfermería están enfocados a la relación entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado.

En esta interacción con el cuidador y pacientes intervienen algunos factores como: la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro es decir es un elemento fundamental del cuidado.

Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y pacientes en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la satisfacción de sus necesidades.

La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o la muerte pacífica).

⁴ Bermejo Higuera J (2003). Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana. Madrid: San Pablo

1.4. DEFINICIONES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA



Fuente: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=OEBdUtH1Bc_NkQesyID4DQ#psj=1&q=cuidados+de+enfermeria+segun+virginia+Henderson

Figura. Nro. 4 (Virginia Henderson).

1.4.1. CUIDADO SEGÚN VIRGINIA HENDERSON:

Está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.



Fuente: <http://www.slideshare.net/BLUUUEE/dorothea-orem-10276027>

Figura Nro. 5 (Dorothea Orem)

1.4.1.1 CUIDADO SEGÚN DOROTHEA OREM:

Surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. (LORIA BARRERO)



Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_Enfermer%C3%A1

Figura Nro. 6 (Callista Roy).

CALISTA ROY

No son otros que los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud.

LEHNINGER define como “aquellos actos de asistencia de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana.

En base a estas definiciones podemos decir que el cuidado de enfermería es el contacto cálido con el paciente lo que proyecta nuestro deseo incondicional de ayudarlo para que se sienta menos ansioso, más tranquilo y con mayor deseo de enfrentarse a la realidad que está viviendo

También considerado como la interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar al paciente fomentando la recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales. (CALLISTA, Roy, Modelos y Teorías de la Enfermera).

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POST DIÁLISIS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE INGRESA A LA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO

El ingreso a la unidad de cuidados intensivos, genera en el paciente un cambio de ambiente, que muchas ocasiones se traduce en perturbación, angustia, dolor, ansiedad, temor, poca capacidad de adaptación en su nuevo rol, las enfermeras constituyen la figura clave en las unidades de cuidado intensivo con los pacientes con Insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica en donde ellos luego de realizarse el procedimiento de diálisis al no recibir un cuidado adecuado de enfermería pueden presentar complicaciones cardiovasculares, neurológicas, infecciosas y hematológicas siendo que la enfermera, tienen más íntimo contacto con las necesidades del paciente y representan el factor de continuidad el en interior de la unidad posibilitando así una pronta recuperación en el estado de salud del paciente.

La enfermera que trabajan en la unidad de cuidado critico debe tener capacidad de resistencia física psíquica, muy buena capacidad de contacto, estabilidad emocional que es imprescindible para trabajar en unidades de cuidados intensivos el apoyo psicológico tiene una intensa respuesta emocional, esta reacción psicológica es comprensible puesto que, está en una situación cercana a la muerte los pacientes que han salido de estas unidades manifiestan que no es fácil adaptarse y depende mucho del cuidado de enfermería para lograr facilitar su pronta recuperación.



Figura Nro. 7: Unidad de Cuidado critico

Fuente: <https://www.google.com.ec/search?q=cuidado+de+enfermeria+cuidado+de+enfermeria+pacient+critico&tbm=isch>

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

- Monitorización del paciente (control de signos vitales).
 - ✓ Control de la presión arterial
 - ✓ Control de frecuencia cardiaca
 - ✓ Control de temperatura axilar
- Máxima atención para evitar un embolismo gaseoso.(medias antiembolicas)
- Hemostasia de las punciones.
- Administración de medicación prescrita si procede.
- Control de peso
- Control estricto de balance hídrico
- Preparar la unidad del paciente con equipos y materiales necesario como monitor, pulsoxímetro, fuentes de oxígeno y soluciones intra venosas.
- Administración inmediata de antibiótico prescrito (vancomicina o meropenem)
- Valoración (verificar signos de alarma diaforesis ,rubor, hipoglicemia, mucosas orales entre otros)
- Verificar y anotar en la hoja de diálisis el peso post procedimiento.
- Controlará que la hoja de diálisis esté completa con las notas de enfermería.
- Efectuará toma de muestras de sangre para exámenes de laboratorio (electrolitos, biometría hemática).
- Continuidad del tratamiento prescrito por el médico.

Para cumplir con las actividades mencionada y brindar cuidados de enfermería post diálisis a los pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica es necesario contar con los siguientes componentes:

- Conocimiento
- Habilidades
- Calidad
- Humanización

- Empatía

1.5.1.1 CONOCIMIENTO

La enfermera debe poseer conocimiento científico que debe ser aplicando en su trabajo diario todos los conocimientos adquiridos cumpliendo los procedimientos basados en principios científicos en el cuidado y manejo adecuado del paciente ya que de esta manera se le brindara una atención directa y adecuada así también debe poseer características como ser dinámica y práctica para mantener un bienestar físico, sicosocial y espiritual del paciente familia y comunidad. (PINEDA, 2012)

1.5.1.2 TIPOS DE CONOCIMIENTO

Empírico: el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.

Científico: conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado. (Qmarqeva's Weblog, 2008)

1.5.1.3 HABILIDADES

La habilidad es la aptitud innata, talento, destreza o capacidad de las enfermeras para llevar a cabo determinada actividad con éxito. La enfermera tiene diferentes y numerosas habilidades y destrezas que van más allá del trabajo teórico, las cualidades personales y las habilidades prácticas que faciliten un cuidado adecuado.

1.5.1.4 TIPOS DE HABILIDADES

Cognitivas o intelectuales: facilita el análisis y resolución de los problemas, con conocimiento científico, crítico para realizar juicios concernientes a las necesidades del paciente.

Interpersonales: incluyen la comunicación terapéutica, el compartir" conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el paciente, y la obtención ética de información necesaria y relevante del paciente".

Técnicas: que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el paciente el realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos, cálculo de dosis.

1.5.1.5 CALIDAD

Calidad, es la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los pacientes proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente.

La calidad de atención en enfermería es una actividad de control de la práctica de la enfermería como tal abarca las relaciones entre las enfermeras pacientes esto constituye un reto para enfermería en su continuo avance como ciencia, para proporcionar modelos directivos idóneos a la época actual mejorando el rendimiento y efectividad en la atención de la salud implica el conocimiento profundo tanto de las necesidades del paciente como de cada una de las fases del proceso de atención de enfermería, así como la máxima eficiencia en su realización además que la calidad también se determina por la accesibilidad de los servicios. Para brindar calidad es importante la continuidad y la satisfacción del paciente. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

1.5.1.6 COMPONENTES DE LA CALIDAD

Eficacia: referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas.

Eficiencia: uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
Continuidad: prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.

Seguridad: forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.

Integralidad: atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

1.5.1.7 TIPOS DE CALIDAD

Calidad técnica: Es la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que se maximizando los beneficios de salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos de atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario el óptimo y completo bienestar.

Calidad sentida: Es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios después de utilizar los servicios de salud. El papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente.

1.5.1.8 HUMANIZACIÓN

Es un conjunto de acciones fundamentales con la relación enfermera paciente además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno que se desenvuelve centrándose en las necesidades del paciente, para lograr el bienestar y la recuperación de la salud debemos indicar que humanizar no es una ideología o una nueva filosofía en la práctica de enfermería sino una alianza renovadora con los seres humanos, es comprender a las personas, aplicar los principios de ética y bioética apoyado en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que la enfermería establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado.

1.5.1.9 COMPONENTES DE HUMANIZACIÓN

Información: completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella. **Interés:** manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es así mismo válido para el usuario interno.

Amabilidad: trato cordial, cálido y empático en la atención;

Ética: de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

1.5.2 EMPATIA

La dado de enfermería es la capacidad que tiene la enfermera para comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente expresadas en forma verbal y no verbal durante la interrelación enfermera -

paciente recursos primordial que debe tener la enfermería frente a un paciente con enfermedades crónicas. (MORENO PÉREZ & JORDAN JINÉZ, 2007)

La capacidad de empatizar se manifiesta en su lenguaje corporal, postura!, movimientos, miradas y tono de voz y obtiene la confianza y credibilidad para cuidar del paciente con el cual construye un campo de entendimiento e idioma de sentimientos con el paciente teniendo en cuenta que el cuidado requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, pero también un agente humanitario y moral como participe en las acciones de cuidados del paciente.

1.5.2.1 COMPONENTES DE LA EMPATÍA

Percibir: reconocer de forma consciente las emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.

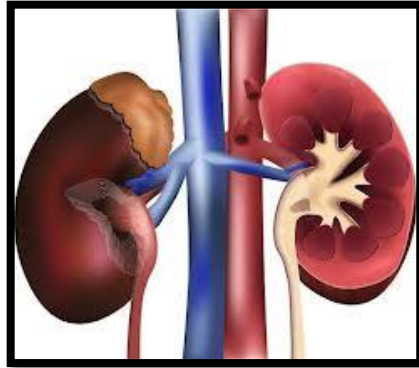
Comprender: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.

Regular: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz

1.6. CUADRO CLÍNICO

1.6.1 INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia renal es un trastorno parcial o completo de la función renal. Existe incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y el agua además aparece un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas del organismo. La insuficiencia renal puede ser aguda o crónica. (PAREJA, y otros)



Fuente: https://www.google.com.ec/search?q=insuficiencia+renal&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=kjldUpqbD87i4AOuqICwDg&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=998&bih=573

Figura Nro. 8: Insuficiencia Renal

1.6.1.2 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA)

Es un síndrome clínico de inicio rápido, apareciendo aproximadamente en horas o días y caracterizado por una pérdida rápida de la función renal con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados) y aumento de los valores séricos de creatinina.

La Insuficiencia Renal Aguda se asocia a menudo con la oliguria (disminución de la diuresis hasta menos de 400 ml/día). Esta enfermedad es reversible, pero presenta una tasa de mortalidad del 50%.

1.6.1.3 ETIOLOGÍA

Las dos causas más comunes de la Insuficiencia Renal Aguda son: la isquemia renal prolongada y las lesiones nefrotóxicas que producen oliguria. Los casos de mayor incidencia son provocados por la isquemia renal, que al disminuir la perfusión renal no llega ni oxígeno ni nutriente para el metabolismo celular, lo que puede provocar necrosis renal.

También puede deberse a otros cuadros clínicos como los traumatismos, la sepsis, la administración de sangre de diferente grupo y las lesiones musculares graves.

Según la causa, se distinguen tres tipos de Insuficiencia Renal Aguda:

- **Insuficiencia Renal Aguda Pre renal:** No hay lesiones morfológicas en el parénquima renal. Es debida a una reducción del flujo sanguíneo renal, la perfusión y filtración glomerulares.
- **Insuficiencia Renal Aguda Intrarenal:** Se debe a isquemia prolongada, nefrotoxinas (pueden provocar obstrucción de estructuras intrarenales por cristalización o por lesión de las células epiteliales de los túbulos); Incluye trastornos que causan lesiones directas de los glomérulos y túbulos renales con la consiguiente disfunción de las nefronas.
- **Insuficiencia Renal Aguda Post-renal:** Es la obstrucción mecánica del tracto urinario de salida. A medida que se obstruye el flujo de orina, ésta refluye hacia la pelvis y altera la función renal.

1.6.1.4 FISIOPATOLOGÍA

Cuando disminuye el flujo sanguíneo renal, también lo hace la fuerza motriz básica de la filtración. Además, los riñones dejan de recibir oxígeno y otros nutrientes vitales para el metabolismo celular.

Como consecuencia de la disminución de la filtración glomerular, se acumulan los productos residuales del organismo y por ello, el paciente experimentará un incremento de los niveles séricos de creatinina y BUN (nitrógeno ureico en sangre), lo que recibe el nombre de azoemia.

Para evitar la hipoperfusión renal los riñones requieren una presión arterial media de al menos 60-70 mmHg, en caso de no alcanzar esta presión arterial los riñones ponen en marcha dos importantes respuestas de adaptación:

- **La autorregulación:** Mantiene la presión hidrostática glomerular por medio de la dilatación de la arteriola aferente y la constricción de la arteriola eferente consiguiendo incrementar el flujo sanguíneo en el lecho capilar glomerular y retrasar la salida de la sangre del mismo, consiguiendo un aumento de la presión y de la velocidad de filtración glomerular.
- **Activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona:** Este sistema estimula la vasoconstricción periférica, que incrementa a su vez la presión de perfusión, estimulando la secreción de aldosterona que da lugar a la reabsorción de sodio y agua y secreción de potasio.

La reabsorción de sodio y agua aumenta el volumen intravascular total mejorando la perfusión de los riñones. La reabsorción de sodio da lugar a un aumento de la osmolaridad del plasma, que a su vez estimula la liberación de la hormona antidiurética

La evolución de la IRA se divide en cuatro fases:

- **Fase inicial de agresión o lesión:** Esta fase tiene importancia, ya que si se actúa inmediatamente es posible resolver o prevenir la disfunción renal posterior.
- **Fase oligúrica:** Es el primer síntoma que aparece en esta enfermedad, pudiendo durar de 8 a 14 días. En esta fase el gasto urinario se ve disminuido notablemente (por debajo de 400 ml/día).
- **Fase diurética:** Suele durar unos 10 días y señala la recuperación de las nefronas y de la capacidad para excretar la orina.
- **Fase de recuperación:** Representa la mejora de la función renal y puede prolongarse hasta 6 meses. Lo último que se recupera es la capacidad para concentrar la orina.

1.6.1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones de la Insuficiencia Renal Aguda, pueden no aparecer hasta una semana después de la lesión inicial entre la cuales están:

- Oliguria (menos de 400 ml de orina en 24 horas) debido a la disminución de la velocidad de filtración glomerular.
- Retención de líquidos, debido a la disminución de la diuresis.
- Distensión de las venas cervicales y pulso saltón.
- Edema
- Hipertensión
- Edema pulmonar
- Edema cerebral.
- Derrame pleural y pericárdico.
- Acidosis metabólica.
- Alteraciones neurológicas
- Convulsiones
- Letargia y estupor.
- Hiponatremia
- Arritmias cardíacas
- Hipocalcemia
- Hipovolemia e hipotensión
- Hiponatremia, e hipopotasemia
- Deshidratación.

1.7 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

Es la destrucción progresiva e irreversible de las nefronas de ambos riñones Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estado terminal en esta fase el tratamiento renal es

sustitutivo, necesitándose diálisis, hemodiálisis o trasplante para la supervivencia del paciente.

1.7.1.1 ETIOLOGÍA

Muchas causas de la Insuficiencia Renal Crónica son la diabetes mellitus, hipertensión y la enfermedad de los riñones pilocústicos. Independientemente de la causa, la presentación de la enfermedad es similar, especialmente a medida que el sujeto se aproxima al desarrollo de la Insuficiencia Renal Terminal.

1.7.1.2 FISIOPATOLOGÍA

Como consecuencia de la destrucción progresiva de las nefronas, las que permanecen intactas empiezan a trabajar al máximo para adaptarse al aumento de las necesidades de filtración de solutos y de esta manera, suplir la función de las nefronas destruidas.

Esta respuesta de adaptación provocará que dichas células se hipertrofien, lo que conlleva una pérdida de la capacidad de las mismas para concentrar la orina de forma adecuada.

Más adelante, los túbulos empiezan a perder su capacidad para reabsorber electrolitos, seguidamente, como el organismo no puede librarse de los productos residuales a través de los riñones, aparece la uremia clínica y, finalmente, los desequilibrios hidroelectrolíticos del organismo empiezan a afectar a otros sistemas corporales. (PAREJA, y otros)

1.7.1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Aumento de urea, creatinina en el plasma
- En la primera etapa de la enfermedad se produce poliuria,

- A medida que la enfermedad avanza aparece oliguria y al final anuria.
- Náuseas, vómitos.
- Letargia
- Fatiga.
- Hemorragias gastrointestinales
- Trastornos de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico:
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Alteraciones funcionales de los leucocitos.
- Alteraciones dermatológicas
- Infertilidad y disminución del lívido

1.7.1.4 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMUNES PARA LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Aclaramiento de creatinina.-Permite determinar la capacidad del riñón para eliminar la creatinina de la sangre.

Creatina sérica y nitrógeno ureico sanguíneo: Permite valorar la progresión y el tratamiento de la Insuficiencia Renal Aguda.

Ecografía renal: Proporciona información acerca de la anatomía renal y las estructuras pélvicas; permite observar masas renales y detectar obstrucciones e hidronefrosis.

Gammagrafía renal: Proporciona información acerca de la perfusión y de las funciones renales.

Tomografía computarizada: Permite observar si existe dilatación de los cálices renales en los procesos obstructivos.

Urografía retrógrada: Permite valorar las causas post renales como la obstrucción.

1.7. 1.5 TRATAMIENTO

Los objetivos primarios son: eliminar la causa desencadenante, mantener el equilibrio hidroelectrolítico y evitar las complicaciones, hasta que los riñones puedan recuperar su función. Para ello se debe realizar las siguientes acciones.

- Reponer la volemia mediante la administración intravenosa de líquidos o fármacos.
- En el caso de la que la causa fuera cualquier anomalía que disminuyera el gasto cardiaco el tratamiento debe ir dirigido a mejorar la función cardiaca.
- Administración de diuréticos para incrementar el volumen intravascular y mejorar la perfusión renal.
- Restricción en la ingesta de líquidos durante la fase oligúrica.
- Tratamiento de la hiperpotasemia, cuando los valores de potasio se encuentran por encima de los 6 mEq/l se administra sulfonato de poliestireno
- Administrar la forma activa de la vitamina D.
- Administración de suplementos calóricos, o aminoácidos esenciales.

Cuando una persona ha perdido el 90% de la función renal, se le considera un enfermo de insuficiencia renal crónica. Para este caso existe el tratamiento de:

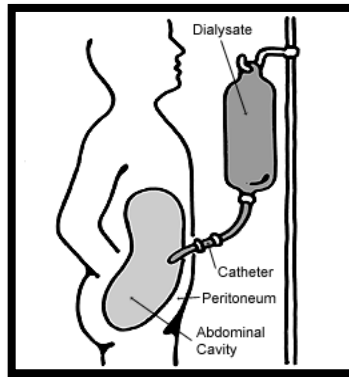
- Diálisis peritoneal
- Hemodiálisis (PAREJA, y otros)

1.7. 1.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Trasplante de órgano

1.8 DIÁLISIS PERITONEAL

Es un proceso por medio del cual se produce un filtrado artificial de la sangre. En éste, se retiran los elementos tóxicos del torrente sanguíneo cuando los riñones han perdido su capacidad. (Mis Respuestas.com, 2005)

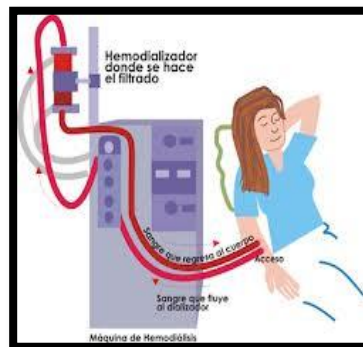


Fuente: https://www.google.com.ec/search?q=di%C3%A1lisis+peritoneal&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=CDpdUrSADbaj4AOA54CYAw&ved=0CacQ_AUoAQ&biw=998&bih=573

Figura Nro. 9: Diálisis Peritoneal

La diálisis peritoneal elimina las toxinas del organismo por medio de una membrana que recubre los órganos de la cavidad abdominal llamada peritoneo. En este tipo, se le infunden soluciones especiales que contribuyen con la eliminación de las toxinas, se mantienen ahí por un lapso de tiempo y luego son drenadas.

1.9. HEMODIÁLISIS



Fuente: https://www.google.com.ec/search?q=hemodialisi&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=XDpdUoi8NsXJ4AOIvIHg&ved=0CacQ_AUoAQ&biw=998&bih=573

Figura Nro. 10. Hemodiálisis

Es un procedimiento que permite retirar parcialmente del cuerpo el agua y los productos urémicos de desecho que se acumulan debido a la enfermedad renal, debido a la incapacidad de los riñones de realizar su función.

1.9.1 CÓMO FUNCIONA LA HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis utiliza un filtro especial llamado dializador que funciona como un riñón artificial para filtrar la sangre. El dializador es un cilindro conectado a la máquina de hemodiálisis. Durante el tratamiento, su sangre llega a través de unos tubos hasta el dializador, el cual filtra los desechos y elimina el exceso de sal y agua. Luego, la sangre limpia fluye a través de otro conjunto de tubos y vuelve a entrar en su cuerpo. La máquina de hemodiálisis vigila el flujo de sangre y elimina los desechos del dializador. (National Kidney and Urologic Diseases, 2008)

1.9.1.2 PRINCIPIOS RELACIONADOS CON LA HEMODIÁLISIS

Los objetivos de la hemodiálisis son extraer las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y retirar el exceso de agua junto con tratar de mejorar la calidad de vida del paciente, además de:

- Prolongar la vida.
- Prevenir la aparición de sintomatología urémica.
- Mantener un balance nitrogenado y una ingesta calórica adecuada.
- Optimizar la calidad de vida.
- Minimizar los inconvenientes intentando mantener el estilo propio de vida.

1.9.1.3 INDICACIÓN DE HEMODIÁLISIS

En la actualidad, la indicación para comenzar el tratamiento con hemodiálisis está clara en aquellos casos en los que el tratamiento conservador no consigue controlar los síntomas de la insuficiencia renal.

1.9.1.4 DURACIÓN DEL PROCESO DE HEMODIÁLISIS

En general, el tratamiento de hemodiálisis dura entre tres y cuatro horas.

El tiempo necesario para cada sesión de diálisis depende de:

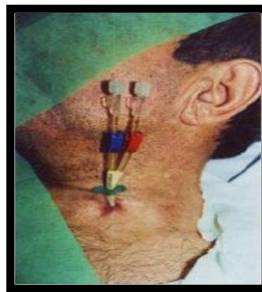
- El grado de funcionamiento de los riñones del paciente.
- De la cantidad de líquido retenido entre una sesión y otra.
- El peso, estado físico y situación de salud del paciente.
- El tipo de riñón artificial que se utiliza.

1.9.1.5 TIPOS DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

En hemodiálisis hay tres modos primarios de acceso a la sangre:

- El catéter intravenoso.
- La fístula arteriovenosa (AV).
- Injerto arterioso venoso (Graft).

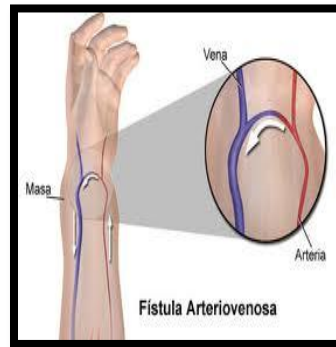
1.9.1.6 Catéter Intravenoso.- Llamado a veces Catéter venoso central, (CVC) consiste en un catéter plástico con dos luces, u ocasionalmente dos catéteres separados, que es insertado en una vena grande (generalmente la vena cava, vía la vena yugular interna o la vena femoral), para permitir que se retiren por una luz grandes flujos de sangre para entrar al circuito de la diálisis.



Fuente: https://www.google.com.ec/search?q=hemodialisi&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=XDpdUoi8NsXJ4AOIvIHYCg&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=998&bih=57

Figura Nro. 11. Catéter Intravenoso

1.9.1.7 Fístula Arteriovenosa.- Son reconocidas como el método de acceso más adecuado. Para crear una fístula arteriovenosa, un cirujano vascular junta una arteria y una vena a través de anastomosis.



Fuente: https://www.google.com.ec/search?q=fistula+para+dialisis&noj=1&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=BjtdUsvfJ_Gq4APCj4CgDA&ved=0CDEQsAQ&biw=998&bih=573

Figura Nro. 12: Fístula Arteriovenosa

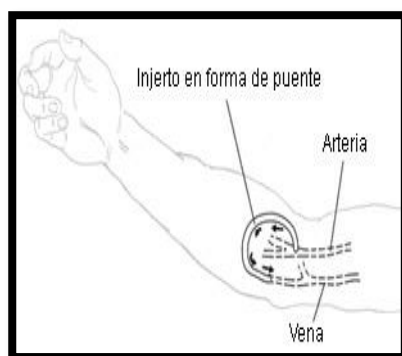
El tipo de acceso está influenciado por factores como el curso previsto del tiempo de la falla renal de un paciente y la condición de su vascularidad.

En los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos que desarrollan insuficiencia renal, o que precisan hemodiálisis por otras causas, los accesos vasculares son habitualmente la vena femoral, la vena yugular interna o la vena subclavia, mediante la colocación de un catéter de doble vía (catéter de Shaldon). Se trata de un cortocircuito vena-vena, utilizándose una vía como rama arterial (conduce la sangre al dializador) y otra como rama venosa (devuelve la sangre al paciente).⁵ (NEUROWIKIA El portal de contenidos en neurología)

1.9.1.8. Injerto arteriovenoso.- En la mayoría de los aspectos, los injertos arteriovenosos son bastante parecidos a las fístulas, excepto que una se usa una vena artificial para juntar la arteria y la vena. Estas venas artificiales se hacen de material

⁵ NEUROWIKIA El portal de contenidos en neurología. (s.f.). NEUROWIKIA El portal de contenidos en neurología. Recuperado el 29 de Marzo de 2013, de Neurología y Enfermedades renales: <http://www.neurowikia.es/content/neurolog%C3%AD-y-enfermedades-renales>

sintético. Los injertos son usados cuando la vascularidad nativa del paciente no permite una fístula, maduran más rápidamente que las fístulas, y pueden estar listos para usarse días después de la formación. Sin embargo, tienen alto riesgo de desarrollar estrechamiento donde el injerto se ha cosido a la vena. Como resultado del estrechamiento, ocurren a menudo la coagulación o la trombosis. Como material extraño, tienen mayor riesgo de infección. Por otro lado, las opciones de sitios para poner un injerto son más grandes debido al hecho de que el injerto se puede hacer muy largo. Así que pueden ser colocados en el muslo o aún el cuello (el “injerto de collar”).



Fuente: <https://www.google.com.ec/search?q=injerto+para+dialisi>

Figura Nro. 13. Injerto Arteriovenoso.

1.9.1.9 PASOS PARA LA SESIÓN DE HEMODIALISIS

- 1) Preparación con la máxima medida de asepsia en la zona de punción de la fístula arterio-venosa, o de conexión de otro acceso vascular.
- 2) Acceder al torrente circulatorio mediante la conexión al acceso vascular correspondiente.
- 3) Administrar la heparina de inicio por ambas agujas.
- 4) Conectar la línea arterial a la aguja arterial y poner en marcha la bomba de sangre lentamente (100 ml/minuto).
- 5) Una vez llenado totalmente el circuito, pararemos la bomba de sangre y conectaremos la línea venosa a la aguja correspondiente.

- 6) Poner la bomba de sangre nuevamente en funcionamiento, aumentando gradualmente su velocidad. Habitualmente se utilizan flujos de 250-400 ml/minuto.
- 7) El aumento de la temperatura en el dializador hace que todas las conexiones se dilaten y tengamos por ello que apretarlas nuevamente para su mayor seguridad.
- 8) Programación de la pérdida horaria según tipo de monitor.
- 9) Poner en marcha la bomba de perfusión continua de heparina.

1.9.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATETER DE HEMODIÁLISIS

- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Conectar al paciente con técnicas asépticas.
- Valorar estado de las gasas, sitio de inserción, puntos de fijación, presencia de exudado.
- Curación con uso de mascarillas, guantes y campos estéril.
- Uso de antiséptico local: Alcohol o clorhexidina.
- Realizar curación en cada sesión de hemodiálisis.
- Aspirar cada rama del catéter.
- Mantener pinzadas las ramas.
- Conectar al paciente con ayuda de personal paramédico.
- Al término de la sesión heparinizar cada rama del catéter, sellarla con tapón estéril y cubrirlas con gasa estéril.

1.10 COMPLICACIONES POST DIALISIS

Las complicaciones de la hemodiálisis engloban todas aquellas enfermedades que aparecen en el paciente asociadas a la técnica dialítica y a los cuidados de enfermería brindados después del procedimiento.

Las complicaciones agudas son aquellas que aparecen durante la sesión o en las horas siguientes a la hemodiálisis.

Es importante no sólo diagnosticar y tratar adecuadamente todas las complicaciones que puedan acontecer sino que lo realmente importa es prevenir.

Entre las principales complicaciones tenemos:

- 1) Problemas cardiovasculares
- 2) Complicaciones neurológicas
- 3) Complicaciones infecciosas
- 4) Complicaciones hematológicas

1.10.1 PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

Son un conjunto de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos las más frecuentes son:

Hipotensión: La hipotensión es el nombre técnico de una baja presión arterial. Se produce cuando los latidos del corazón, encargados de bombear la sangre al resto del cuerpo, tienen un ritmo más pausado de lo habitual. Por este motivo ni el cerebro, ni el corazón ni el resto del organismo reciben la sangre necesaria, lo que puede dar lugar a mareos y desmayos.

Causa: Por una elevada tasa de ultrafiltración o por una solución de diálisis con bajo nivel de sodio.

1.10.1.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Colocar al paciente en posición de Trendelenburg.
- Infundir solución salina al 0.9 % de 100-200 ml o más cantidad si es necesario.
- Control de presión arterial cada 15 minutos.
- Control de ingesta y eliminación.
- Control de balance hídrico. (DIRKS. J. Perspectiva mundial del cuidado Renal).

1.10.1.3 HIPERTENSIÓN

La hipertensión es la elevación persistente de la presión sanguínea en las arterias. Dicho estado puede ser periódico o permanente, y ocurre cuando la presión interior se mantiene permanentemente por encima de 140/85 en estado de reposo.

Esta debe ser bien controlada ya que se trata de pacientes anti coagulados en los que existe riesgo potencial de ACV. En pacientes con cardiopatías asociadas el riesgo de crisis hipertensivas es aún mayor.

Causas pueden ser: excesiva concentración de sodio en líquidos de diálisis, aumento excesivo de peso interdialítico.

1.10.1.4 ARRITMIAS CARDIACAS ARRITMIAS CARDIACAS

Consideramos arritmias cardiacas a todas las alteraciones y trastornos del ritmo cardiaco. Se pueden dividir en dos grandes bloques:

- **Taquiarritmias** cuando las alteraciones provocan ritmos rápidos (taquicardia)
- **Bradiarritmias**, cuando los ritmos son lentos (bradicardias).

Causas: sobrecarga hidrosalina, las alteraciones hidroelectrolíticas (potasio y calcio) o la ultrafiltración elevada.

1.10.1.5 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO.- El síndrome del desequilibrio es un conjunto de síntomas neurológicos y sistémicos que pueden aparecer tanto durante como después de la diálisis.

Cuando el paciente se realiza las primeras diálisis, es importante que la enfermera esté lista para las reacciones que presentará el paciente, es normal que durante las primeras diálisis el paciente presente el Síndrome de desequilibrio.

Este desequilibrio se presenta debido a la rápida corrección de las anormalidades bioquímicas aparece un alto gradiente entre los diferentes compartimentos corporales, provocando fundamentalmente edema cerebral.

La causa principal de este síndrome es un descenso rápido de la urea en sangre, que cursa con un aumento en la presión del líquido cefalorraquídeo.

Clínica aparece poco después de la hemodiálisis y se caracteriza por la presentación de: cefalea, náuseas – vómitos, desorientación, convulsiones.

Cefaleas.- Son dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello.

La cefalea es una complicación frecuente, a menudo corregible, que supone una causa importante de mala tolerancia a la diálisis.

Causas

- Síndrome del desequilibrio.
- Hipertensión arterial.
- Hipercalcemia.
- Alcalosis metabólica.
- Edema cerebral inducido por concentración baja de sodio en el líquido de diálisis.
- Abstinencia a cafeína, alcohol.
- Asociada a alguna complicación orgánica: hemorragia intracraneal.

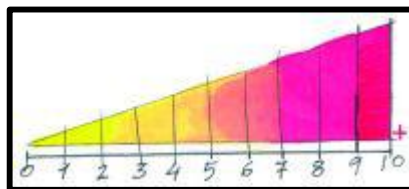
1.10.1.6 CUIDADO DE ENFERMERÍA

- Valoración del dolor (Se lo realiza mediante escala visual de analógica escala numérica).
- Terapia del dolor plasil y tramadol infusión intravenosa (alcanzar el lumbral del dolor).
- Administrar paracetamol.

1.10.1.7 Escala Visual Analógica (EVA)

Consiste en una línea de 10 centímetros, en la cual el extremo izquierdo significa nada de dolor y el extremo derecho el peor dolor imaginable. En esta escala el paciente debe indicar cuánto le duele. El médico o la enfermera medirá con una regla la distancia desde el 0 hasta el punto señalado por el paciente, para poder luego cuantificar numéricamente el dolor que sufre el paciente y valorar los cambios futuros.

1.10.1.8 Escala numérica



La Escala numérica es muy semejante a la EVA. Es una escala centimétrica donde 0 es igual a nada de dolor y 10 es el peor dolor imaginable.

Tanto en la EVA como en la Escala numérica se considera que la intensidad es leve cuando la puntuación es menor o igual a 3, moderada, cuando es mayor a 3 y menor que 7, e intensa, si es mayor o igual a 7.

La Escala categórica también es muy utilizada, en ella el médico pregunta al paciente cuánto le duele, la respuesta la debe elegir de entre las siguientes:

- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Moderadamente
- 4) Mucho

- Terapia del dolor plasil y tramadol infusión intra venosa (alcanzar el lumbral del dolor)
- Administrar paracetamol.

Náuseas y Vómitos.- Es una sensación de malestar o de estómago revuelto junto con una urgencia por vomitar.

1.10.1.9 Cuidado de enfermería

- Administrar antieméticos (plasil), casos no relacionados con hipotensión.
- Abrir sonda nasogástrica.
- Restringir alimentación enteral y percutánea (NPO).

Desorientación.- Estado mental en el que el sujeto pierde conciencia de sí mismo con relación al medio exterior, es decir, el afectado no sabe qué conducta debe adoptar en cada situación.⁶ Se presenta como síntoma de la hipotensión y el desequilibrio electrolítico durante la diálisis.

Convulsiones.- Las convulsiones son síntomas de un problema cerebral. Ocurren por la aparición súbita de una actividad eléctrica anormal en el cerebro.

⁶ García García M, Grinyó Boira JM. Tratamiento sustitutivo de la función renal. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. 14ª ed. Barcelona:Harcourt editores; 2000 (versión en CD-ROM)

Existen muchos tipos de convulsiones y algunos tienen síntomas leves. Las convulsiones se dividen en dos grupos principales:

- Convulsiones focales, también llamadas convulsiones parciales, ocurren en una parte del cerebro.
- Convulsiones generalizadas son el resultado de actividades anormales en ambos lados del cerebro

Esto se presenta luego de la diálisis debido a la desmielinización osmótica por rápida corrección de la Hiponatremia.

1.10.2 COMPLICACIONES INFECCIOSAS

La infección es la causa más común de morbilidad, y la segunda causa de mortalidad en esta población sometida al tratamiento de hemodiálisis.

La infección se lo define como un fenómeno microbiano caracterizado por una respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos o la invasión de tejidos estériles del huésped por dichos microorganismos.

Se clasifican:

Relacionada al tipo de acceso.

- Bacteriemia.
- Hepatitis virales.

1.10.2.1 BACTERIEMIA.- Los accesos que presentan mayor incidencia de infecciones son aquellos catéteres que corresponden a los de inserción femoral como central si se usan por un tiempo prolongado, no así los que permanecen alrededor de 72 horas.

1.10.2.2 SIGNOS DE INFECCION EN CATÉTER

- El síntoma más precoz de infección del orificio es el prurito de la zona de punción, siendo necesario el diagnóstico diferencial con el prurito referido al apósito.
- El signo diferenciable de infección es el enrojecimiento de la zona de punción. (en el segundo el enrojecimiento se hace más extensivo a la superficie del apósito).
- El resto de signos: dolor a la presión, exudados, fiebre, se presentan tardíamente y ya implicaban en el 100 % de los casos, infección del orificio.

1.10.2.3 LOS SIGNOS DE INFECCIÓN EN LA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA.

- Dolor en la Fistula Arteriovenosa.
- Aumento de la temperatura en la zona de la fístula.
- Aumento de volumen (“hinchazón” local).
- Enrojecimiento en la zona de la fístula.
- Fiebre (a veces no está presente cuando recién comienza la infección).

1.10.2.4 ENDOCARDITIS

El incremento progresivo de la prevalencia de catéteres venosos centrales para diálisis ha ocasionado un incremento de las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* y de todas las alteraciones asociadas a esta complicación.

1.10.2.5 HEPATITIS VIRALES

La hepatitis B y la hepatitis C afectan particularmente a los pacientes hemodializados la vacunación se efectúa ya desde el estadio de insuficiencia renal moderada y permite obtener una inmunidad eficaz a condición de repetir las inyecciones hasta la obtención de un título protector de anticuerpos.

1.10.2.6 CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Administrar 500mg vancomicina intravenosa post hemodiálisis.
- Curar acceso con medidas de asepsia.
- Cubrir el catéter con apósitos.
- Control de temperatura.
- Verificar si el paciente se ha administrado la vacuna de la hepatitis B, en caso de tenerla coordinar con vacunas e infectología para la asignación de esta vacuna.
- El resto de signos: dolor a la presión, exudados, fiebre, se presentan tardíamente y ya implicaban en el 100 % de los casos, infección del orificio. (National Kidney and Urologic Diseases, 2008)

1.10.3.1 COMPLICACIONES HEMATOLÓGICAS

1.10.3.2 ANEMIA

La anemia ocurre cuando hay una escasez de glóbulos rojos. Los glóbulos rojos transportan oxígeno desde los pulmones a todo el cuerpo, proporcionándole la energía que necesita para sus actividades diarias.

La OMS define anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de 13 g/dl en el varón y por debajo de 12 g/dl en la mujer.

Los pacientes con insuficiencia renal en plan de hemodiálisis desarrollan con frecuencia un déficit absoluto o funcional de hierro.

1.10.3.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Verificar el control de hematocrito.
- Administración de hierro bebible según prescripción.

- Administración de eritropoyetina según prescripción.

1.10.3.4 CALAMBRES

El calambre es un espasmo o contracción involuntaria de los músculos, normalmente muy doloroso, que puede durar entre algunos segundos hasta varios minutos. El calambre puede afectar uno o más músculos a la vez.

Los calambres musculares se presentan cuando un músculo se tensiona (contrae) sin que uno trate de hacerlo. Los calambres pueden comprometer todo o parte de uno o más músculos.

Los calambres musculares son comunes y con frecuencia se presentan cuando existen niveles bajos de minerales, como potasio o calcio, también puede hacerlo más propenso a tener un espasmo muscular.

Los pacientes con Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis pueden presentar durante la sesión calambres musculares.

Existe una serie de factores predisponentes, entre los que destacan:

- Hipotensión.
- **Hipovolemia:** el paciente por debajo de su peso seco.
- Una elevada tasa de ultrafiltración (elevada ganancia de peso).
- El uso de soluciones de diálisis bajas en sodio.

Todos estos factores tienden a favorecer la vasoconstricción y producen hipoperfusión muscular, que lleva secundariamente a una alteración de la relajación muscular, suelen presentarse junto con la hipotensión, aunque a menudo persisten después de recuperar la presión arterial.

La hipocalcemia también debe considerarse entre las posibles causas desencadenantes, especialmente en pacientes con soluciones de diálisis bajas en calcio, o en tratamiento

con quelantes del fósforo no cálcicos. La hipopotasemia prediálisis puede exacerbarse con soluciones de diálisis bajas en potasio y desencadenar calambres.

En general, ocurre por la retirada en exceso de líquidos durante las sesiones de hemodiálisis o por dosis elevadas de antihipertensivos. Pacientes con calambres que no usan antihipertensivos deben aumentar su peso seco (peso después de la sesión de hemodiálisis).

Aquellas personas con calambres, pero que usan medicamentos para la hipertensión, deben tratar de suspenderlos o reducir la dosis, incluso si la presión aún está mal controlada.

1.10.3.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Administrar cargas de potasio y calcio según prescripción médica.
- Realizar terapia física según amerite el caso.

1.10.3.6 FIEBRE Y ESCALOFRÍOS:

A veces pueden deberse a infecciones víricas, a contaminación bacteriana, a un fallo en el sistema de control de la temperatura del líquido de diálisis o a reacciones anafilácticas (alérgicas) de hipersensibilidad.

1.10.3.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Comunicar al médico.
- Tomar la temperatura al paciente para comprobar la presencia de fiebre.
- Comprobar si hay signos locales de infección (zona de punción, intervenciones quirúrgicas, heridas, abscesos, punto de inserción de catéteres).

- Administre la medicación sintomática indicada en la prescripción médica o (analgésicos y/o antitérmicos).

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2.- DISEÑO METODOLÓGICO

2.1.- Enfoque de la investigación

Mediante este estudio se lograra una aplicación correcta de los cuidados de enfermería, evitándose las complicaciones pos-diálisis en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica.

El método científico, que es un procedimiento sistematizado, organizado y planificado que permite conocer las causas y consecuencias para establecer los cuidados de enfermería cuando los pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica sufren complicaciones pots diálisis; en el Hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil.

El método inductivo, permitió analizar las características particulares de las complicaciones post diálisis, en pacientes con insuficiencia renal, en el Hospital Luis Vernaza; con relación a las ocurridas a Nivel Nacional.

El método deductivo ayudó al análisis, sobre las complicaciones post diálisis de la Unidad de medicina critica del Hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil.

2.2.- TIPO DE ESTUDIO

2.2.1.- Investigación Descriptiva

Contribuye a describir cada una de las complicaciones post diálisis en pacientes con insuficiencia renal, tanto aguda como crónica y los cuidados que las enfermeras deben proporcionar para evitar dichas complicaciones.

2.2.2.- Investigación documental

Se realizó la investigación documental para sustentar la teoría científica en base a la consulta de: libros, revista, documentos, e internet; sobre las complicaciones post diálisis en pacientes con insuficiencia renal; y, los cuidados de enfermería.

2.2.3.- Investigación participativa

Es una investigación participativa porque los actores son: enfermeras y pacientes con insuficiencia renal, de la unidad de medicina Crítica del Hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil.

2.2.4.-Investigación de campo

La Investigación de Campo es aquella que se realiza en el lugar de los hechos; en este caso, la unidad de medicina crítica del Hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil; donde reciben los cuidados post diálisis

2.3.- UNIVERSO Y MUESTRA

2.3.1.- Universo

El universo investigado es de 186 pacientes, con insuficiencia renal, que asistieron al servicio de medicina crítica a recibir la diálisis en el periodo comprendido entre octubre del 2012 a junio del 2013 y 17 enfermeras que brindan el cuidado de enfermería.

2.3.2.-Muestra.- con la finalidad de determinar una muestra estadística representativa de la población que recibe atención en el servicio de medicina crítica aplicamos la respectiva formula tomando en cuenta la totalidad de la población 186 pacientes ingresados desde Octubre del 2012 hasta Junio 2013 (65) mientras que la totalidad del

personal de enfermería es de 17 por tratarse de una población pequeña las encuestas fueron aplicadas al 100% de la población.

Fórmula:

N = Población

n = Muestra

e2 = Error Admisible (10%)

UNIVERSO Y MUESTRA

$$n = \frac{m}{e^2(m-1)+1}$$

$$n = \frac{186}{(0,1)^2(186-1)+1}$$

$$n = \frac{186}{(0,01)(186)+1}$$

$$n = \frac{186}{(1,85)+1}$$

$$n = \frac{186}{2,85}$$

MUESTRA

n = 65

2.4.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos se aplicaron:

- **Encuestas** a las 17 enfermeras que laboran en el servicio de medicina crítica.

- **Guía de observación.-** a los 65 pacientes sometidos a hemodiálisis por primera vez en el mes tomando en cuenta el periodo Octubre 2012 a Junio 2013 y a las 17 enfermeras que brindan su atención a los pacientes post diálisis.

2.5.- TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Una vez obtenida la información relacionada a la investigación se procedió a la tabulación mediante la aplicación del paquete informático Excel y luego a la elaboración de los: cuadros, gráficos y análisis; los mismos que permitieron elaborar el plan de capacitación sobre el cuidado de enfermería en pacientes post diálisis.

CAPÍTULO III ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
ENCUESTA DIRIGIDA A ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA
CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL, PERIODO
OCTUBRE DEL 2012 - JUNIO DEL 2013.

Cuadro y Grafico Nro. 1

Pregunta Nro. 1

Título: ¿El tiempo que usted labora en el servicio de medicina crítica le ha permitido obtener experiencia en cuanto a los cuidados de enfermería?

TABLA Nro. 1

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	100%
Casi siempre	0	0%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Del personal de enfermería que labora en el servicio de medicina crítica manifiesta en su totalidad que tiempo que labora en el servicio le ha permitido adquirir experiencia para brindar cuidados de enfermería.

Cuadro y Grafico Nro. 2

Pregunta Nro. 2

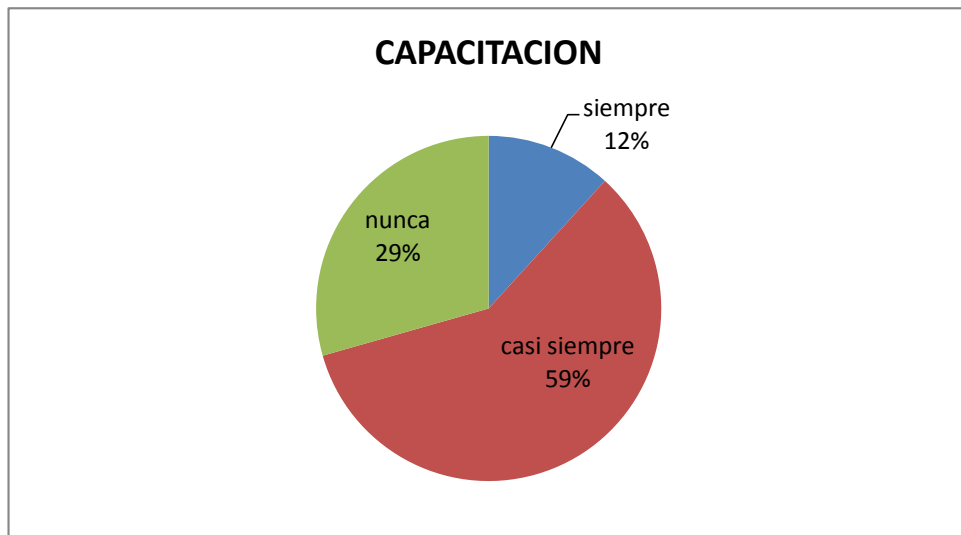
Título: ¿Usted recibe capacitaciones sobre el cuidado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica?

TABLA Nro. 2

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	12%
Casi siempre	10	59%
Nunca	5	29%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Las enfermeras del Servicio de medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza manifiestan que en un mayoría (59%) han recibido capacitación, sobre el cuidado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica, existiendo la respuesta muy significativa (29 %) que nunca reciben capacitación, siendo importante la actualización de conocimientos en el cuidado de enfermería.

Cuadro y Grafico Nro. 3

Pregunta Nro. 3

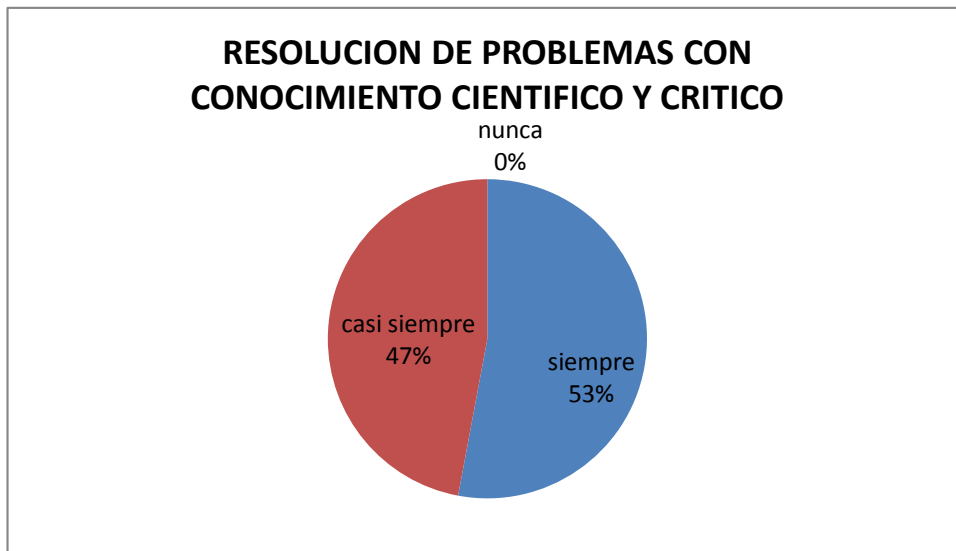
Título: ¿Usted resuelve los problemas que presentan los pacientes con conocimiento científico y crítico?

TABLA Nro. 3

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	53%
Casi siempre	8	47%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Como podemos apreciar en el resultado de la encuesta aplicada a enfermeras del servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza, en su mayoría (53%) resuelven los problemas que presentan los pacientes, basándose en el conocimiento científico y crítico lo que es fundamental para brindar los cuidados de enfermería.

Cuadro y Grafico Nro. 4

Pregunta Nro. 4

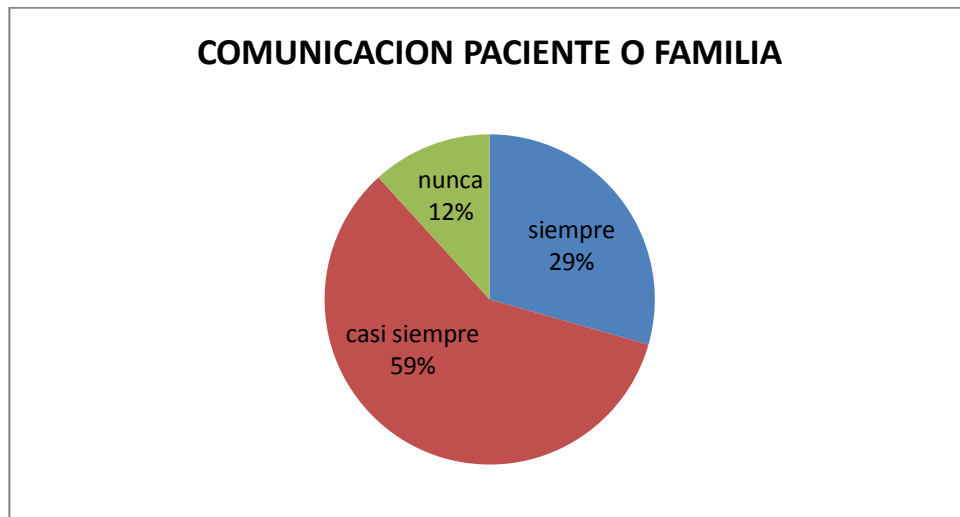
Título: ¿Usted comunica al paciente o familiar sobre los cuidados de enfermería aplicados?

TABLA Nro. 4

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	29%
Casi siempre	10	59%
Nunca	2	12%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Como apreciamos en el grafico existe la respuesta significativa (29%) que comunica al paciente y familiar los cuidados que está recibiendo el paciente sin embargo es preocupante que las enfermeras (12 %) nunca comunican sobre dichas actividades.

Cuadro y Grafico Nro. 5

Pregunta Nro. 5

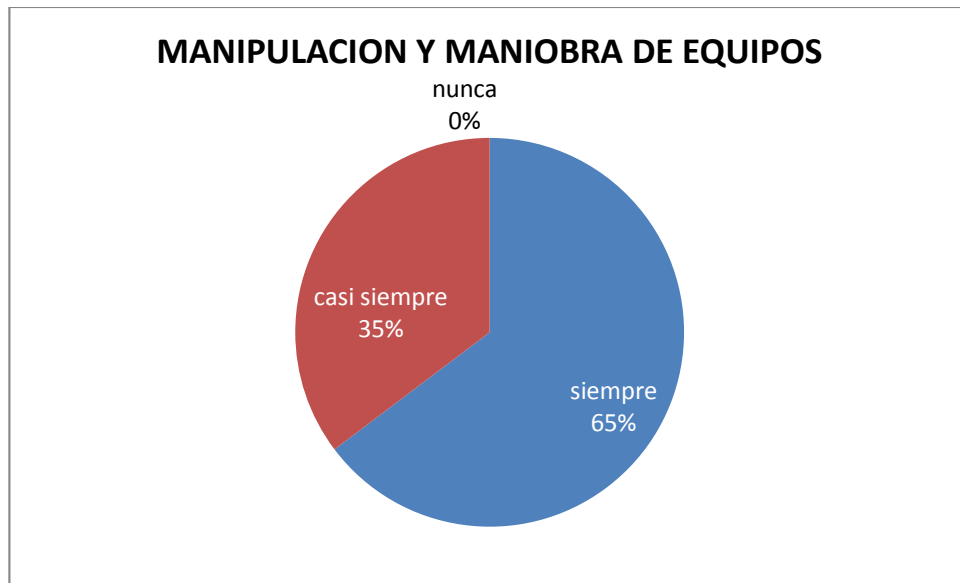
Título: ¿Usted manipula y maniobra los equipos adecuadamente garantizando la seguridad del paciente?

TABLA Nro. 5

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	65%
Casi siempre	6	35%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Según los resultados de las encuestas aplicadas a las enfermeras del servicio de medicina crítica el 65% de enfermeras manipulan y maniobran los equipos adecuadamente y un porcentaje de 35% casi siempre manipulan adecuadamente los equipos, lo que es un riesgo para la seguridad del paciente.

Cuadro y Grafico Nro. 6

Pregunta Nro. 6

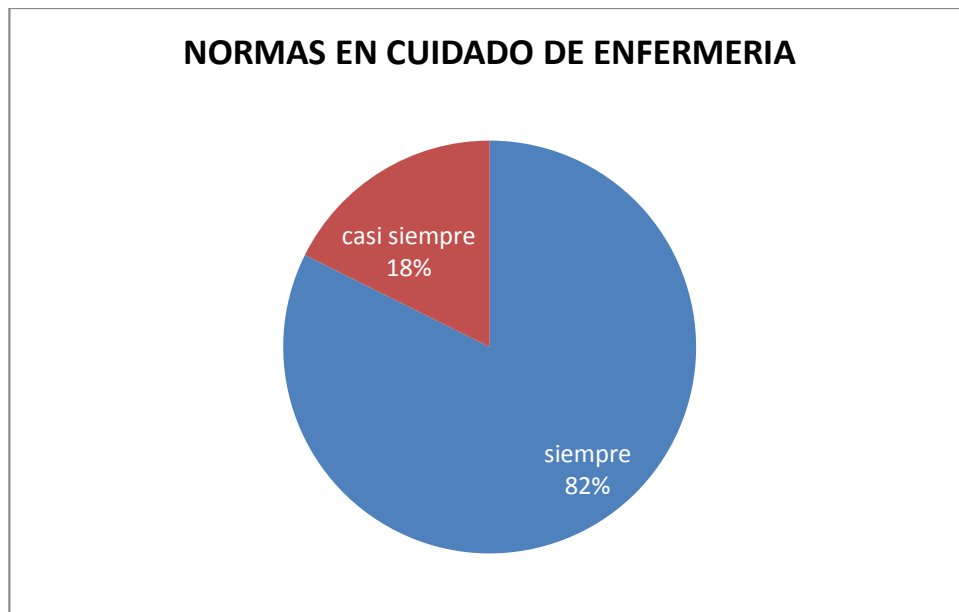
Título: ¿Usted aplica las normas cuando ejecuta el cuidado de enfermería?

TABLA Nro. 6

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	14	82%
Casi siempre	3	18%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Según las encuestas realizadas a las enfermeras del Servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza, en un 82% siempre aplican las normas del cuidado de enfermería y un 18% casi siempre aplican dichas normas, cuando lo efectivo seria que el 100% aplique dichas normas.

Cuadro y Grafico Nro. 7

Pregunta Nro. 7

Título: ¿Usted utiliza adecuadamente los insumos durante los procedimientos?

TABLA Nro. 7

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	100%
Casi siempre	0	0%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Las enfermeras manifiestan que siempre (100%) utilizan adecuadamente los insumos durante los procedimientos.

Cuadro y Grafico Nro. 8

Pregunta Nro. 8

Título: ¿Usted da secuencia a los cuidados de enfermería que se brinda en turnos anteriores?

TABLA Nro. 8

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	100%
Casi siempre	0	0%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Como apreciamos en el grafico existe la respuesta de que las enfermeras en su totalidad (100%) siempre dan continuidad al cuidado de enfermería

Cuadro y Grafico Nro. 9

Pregunta Nro. 9

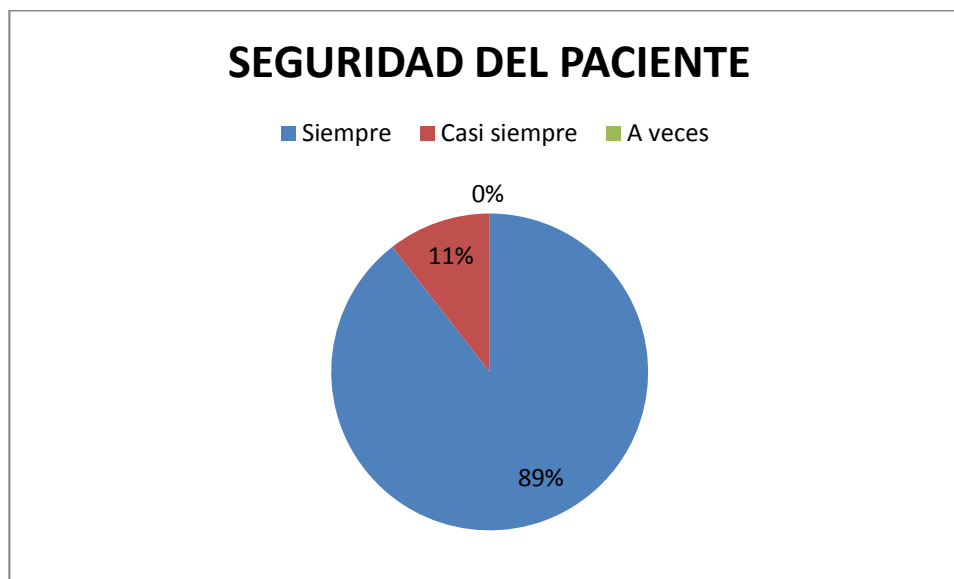
Título: ¿Usted garantiza la seguridad del paciente durante la aplicación de los cuidados de enfermería?

TABLA Nro. 9

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	100%
Casi siempre	2	11%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Se puede evidenciar que la mayoría de enfermeras proporciona seguridad al paciente durante los cuidados de enfermería sin embargo es preocupante que un porcentaje de (11%) no brinde seguridad durante la ejecución del cuidado de enfermería.

Cuadro y Grafico Nro. 10

Pregunta Nro. 10

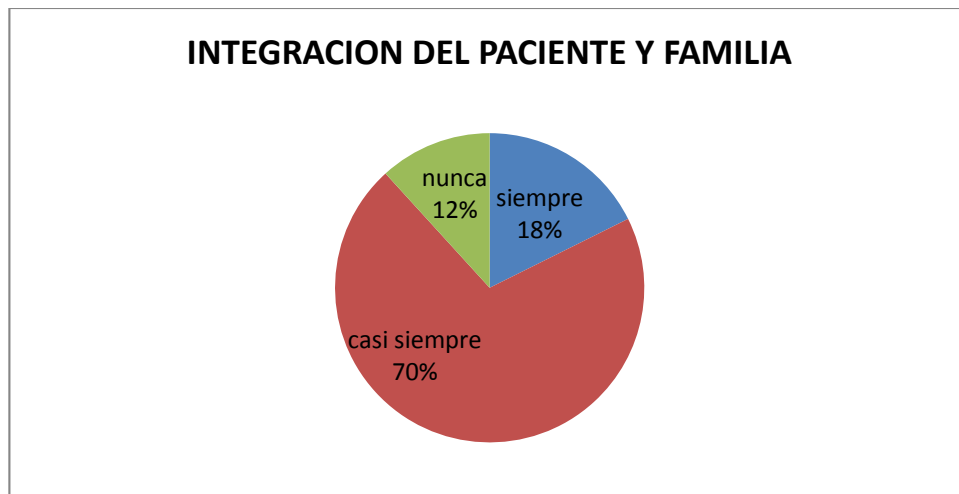
Título: ¿Usted realiza actividades que integran al paciente y familia?

TABLA Nro. 10

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	17,6%
Casi siempre	12	70,6%
Nunca	2	11,8%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Como apreciamos en el grafico existe la respuesta significativa de casi siempre (70%) que realiza actividades donde se integra a la familia sin embargo es preocupante que nunca (12%) realicen este tipo de actividades siendo importante en el proceso de salud enfermedad.

Cuadro y Grafico Nro. 11

Pregunta Nro. 11

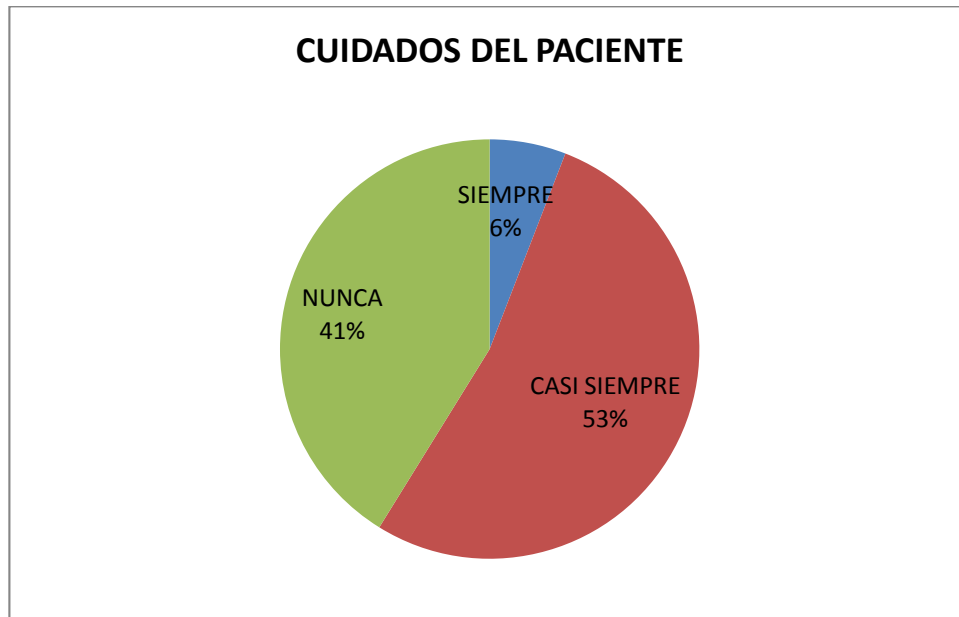
Título: ¿Usted da a conocer sobre los cuidados que recibe el paciente?

TABLA Nro. 11

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	6%
Casi siempre	9	53%
Nunca	7	41%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

De los resultados obtenidos se evidencia que casi siempre (53%) informas sobre los cuidados pero es alarmante que exista un porcentaje significativo (41%) que no dan a conocer los cuidados de enfermería al paciente

Cuadro y Grafico Nro. 12

Pregunta Nro. 12

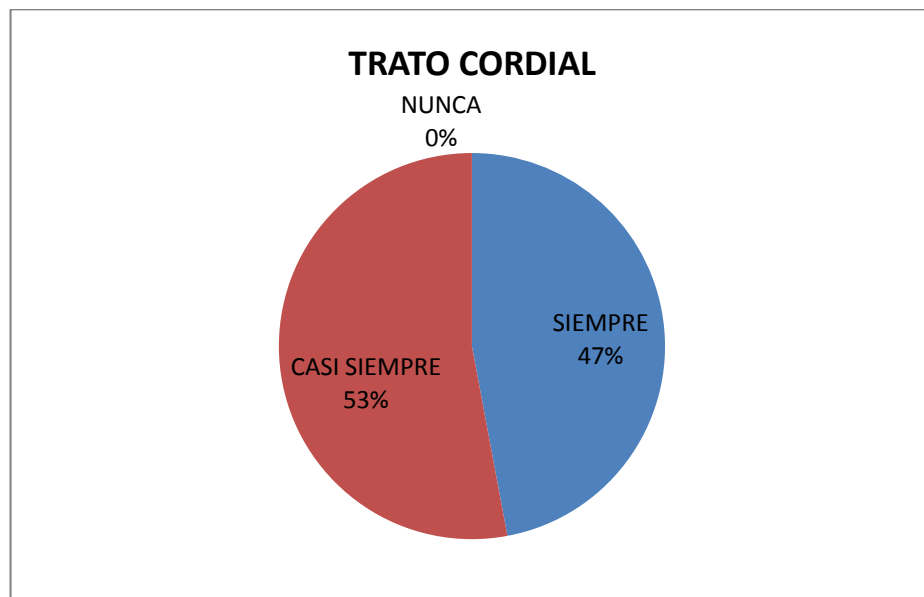
Título: ¿Usted es cordial con el paciente durante la ejecución de los cuidados de enfermería?

TABLA Nro. 12

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	47%
Casi siempre	9	53%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

De las respuestas de las enfermeras del Servicio de Medicina Critica manifiestan que en su gran mayoría (53%), casi siempre tienen un trato cordial con el paciente, durante la ejecución de los cuidados de enfermería, mientras que un 47% siempre brindan un trato cordial; sin embargo es preocupante porque lo óptimo es que el 100% de las enfermeras realicen los cuidados de enfermería con un trato adecuado.

Cuadro y Grafico Nro. 13

Pregunta Nro. 13

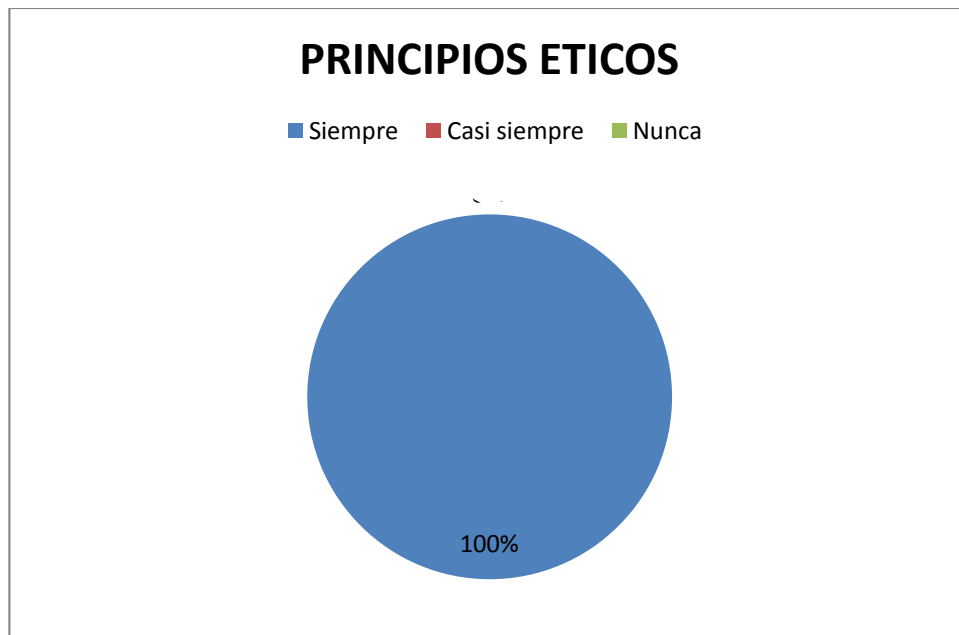
Título: ¿Usted aplica los principios éticos cuando brinda cuidados de enfermería?

TABLA Nro. 13

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	100%
Casi siempre	0	0%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

De la encuesta aplicada a las enfermeras indican que siempre aplican los principios éticos cuando brindan cuidados de enfermería.

Cuadro y Grafico Nro. 14

Pregunta Nro. 14

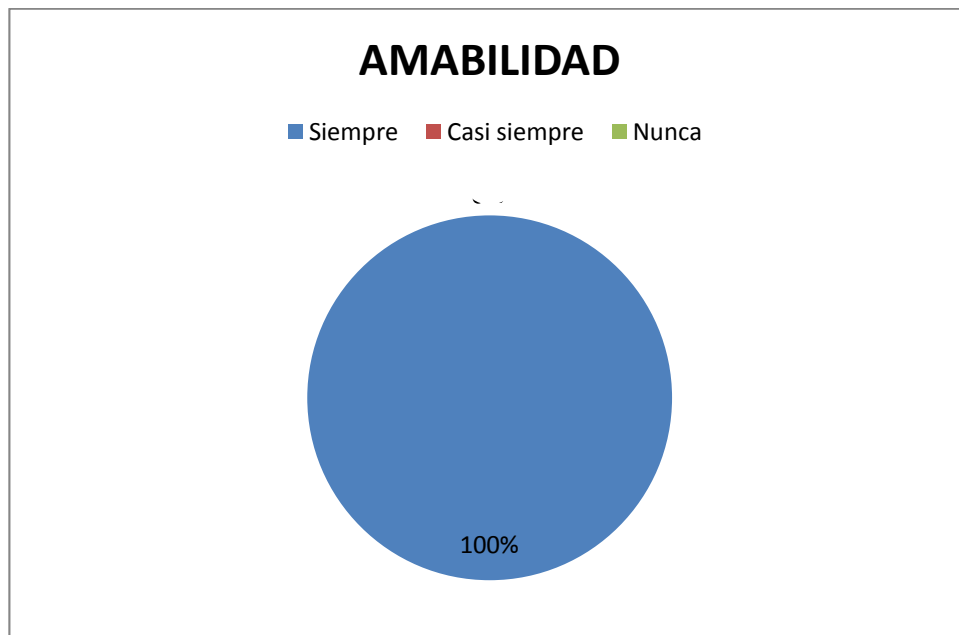
Título: ¿Usted responde amablemente a los gestos emitidos por el paciente?

TABLA Nro. 14

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	100%
Casi siempre	0	0%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

De la encuesta aplicada se puede evidenciar que siempre las enfermeras son amables con los pacientes.

Cuadro y Grafico Nro. 15

Pregunta Nro. 15

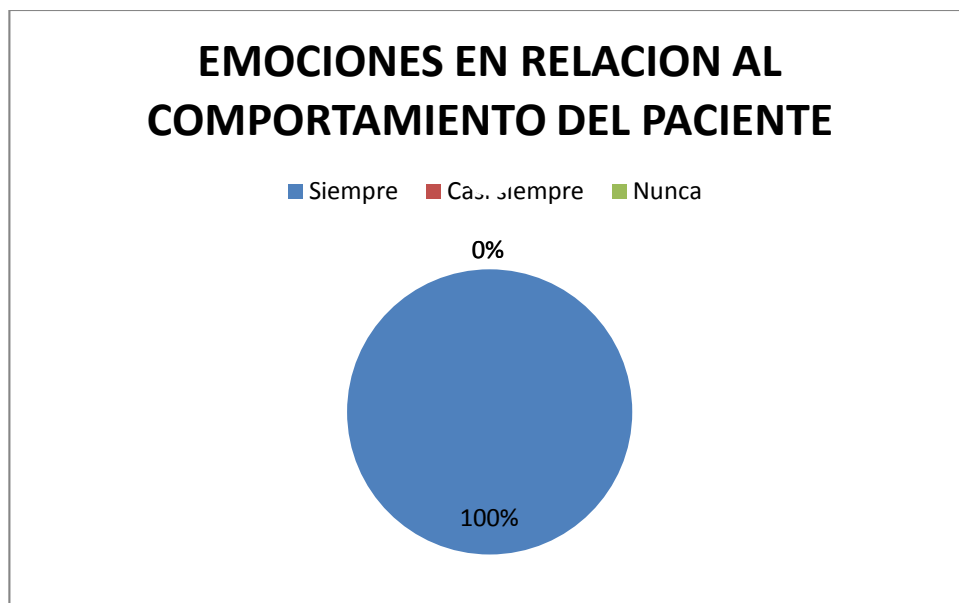
Título: ¿Usted controla sus emociones en relación al comportamiento del paciente durante los cuidados de enfermería?

TABLA Nro. 15

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	100%
Casi siempre	0	0%
Nunca	0	0%
Total	17	100%

Fuente: Encuesta dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

De acuerdo a la respuesta de las encuestas aplicadas a las enfermeras del Servicio de Medicina Critica se evidencia que siempre controlan sus emociones en relación al comportamiento del paciente cuando brinda los cuidados de enfermería.

**GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES DEL SERVICIO DE
MEDICINA CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL,
PERIODO OCTUBRE DEL 2012 - JUNIO DEL 2013.**

Cuadro 1 Grafico Nro. 1

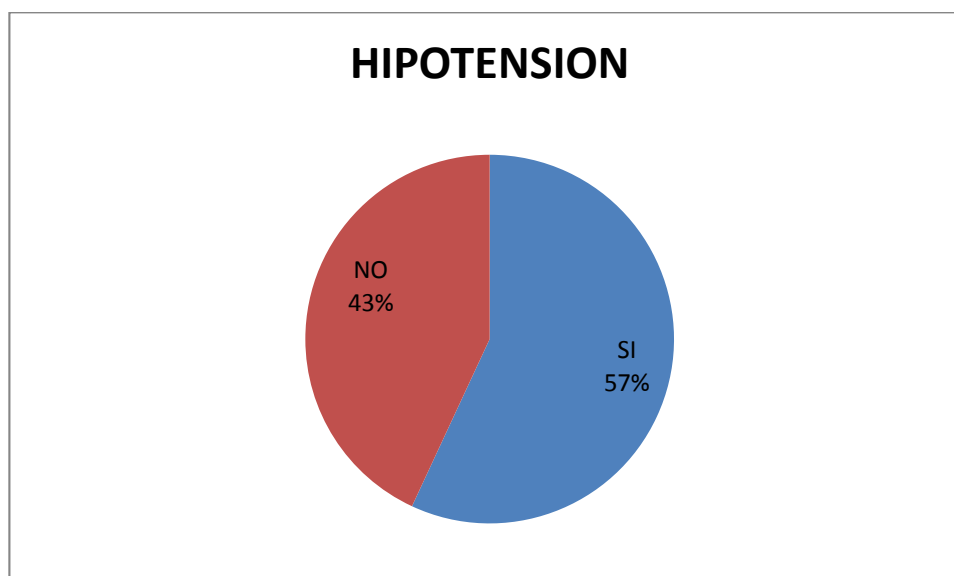
Pregunta Nro. 1

1.-El paciente post diálisis presento Disminución de la presión arterial.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	57%
No	28	43%
Total	65	100%

Fuente: Guía de Observación dirigida a pacientes post diálisis del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Según la tabulación de los datos observados se evidencia que los pacientes si (57%) presentaron una disminución de la presión arterial por la tardanza en la restauración de líquidos y electrolitos.

Cuadro 2 Grafico Nro. 2

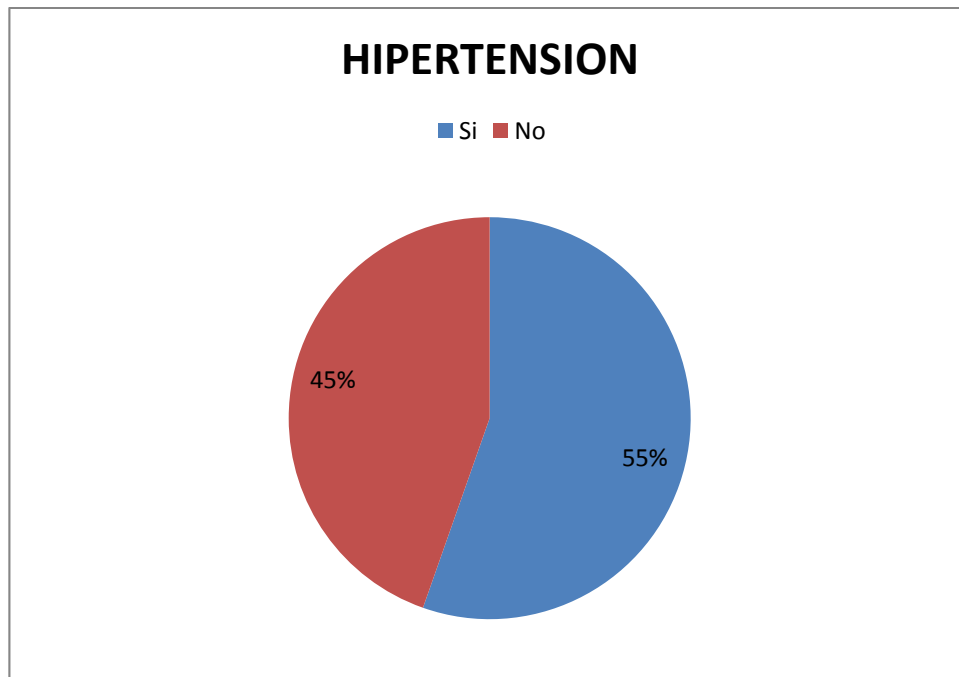
Pregunta Nro. 2

2.-El paciente presento Aumento de la presión arterial.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	55,4%
No	29	44,6%
Total	65	100%

Fuente: Guía de Observación dirigida a pacientes post diálisis del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Según la Guía de Observación Realizada se evidencia que los pacientes si (55%) presentan hipertensión debido a que no verifica el control de electrolitos.

Cuadro 3 Grafico Nro. 3

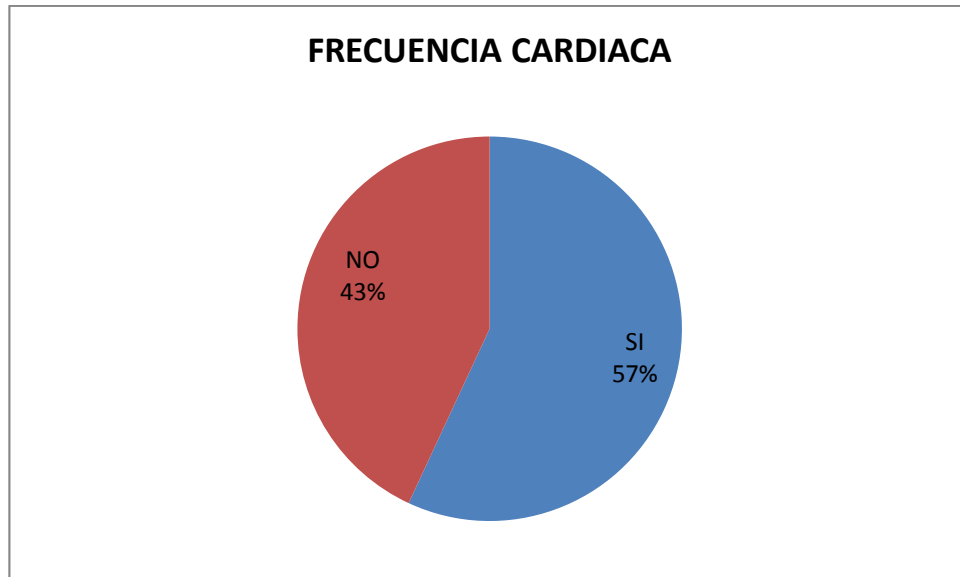
Pregunta Nro. 3

3.-El paciente presento Alteraciones en la frecuencia cardiaca.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	57
No	28	43
Total	65	100%

Fuente: Guía de Observación dirigida a pacientes post diálisis del servicio de Medicina Critica del Hospital Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Según lo observado se evidencia que los pacientes si (57%) presentan alteraciones cardiacas debido a que no se verifica los valores de potasio y calcio

Cuadro 4 Grafico Nro. 4

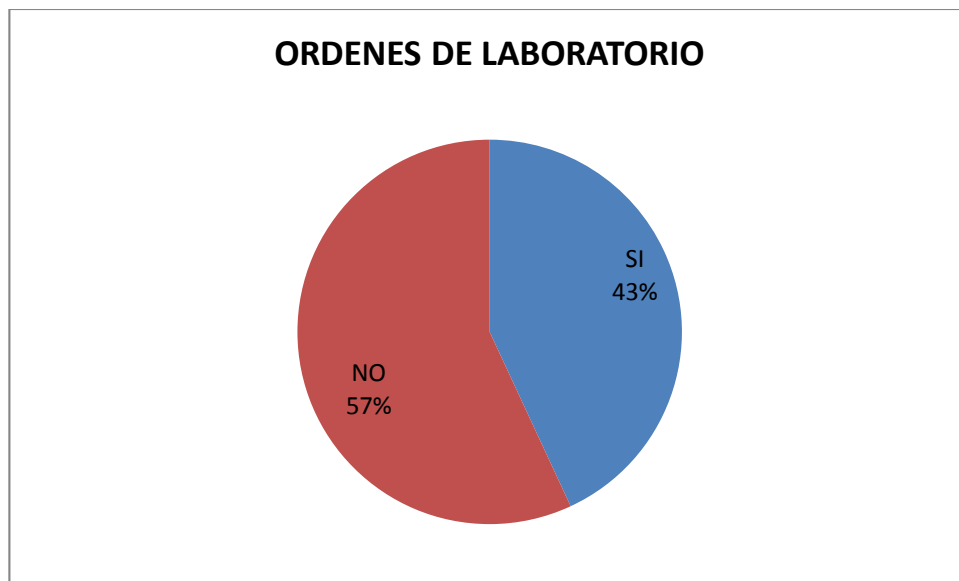
Pregunta Nro. 4

4.-Se verifica las Órdenes de laboratorio para el control de electrolitos.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	43,1
No	37	56,9
Total	65	100,0%

Fuente: Guía de Observación dirigida a pacientes post diálisis del servicio de Medicina Critica del Hospital Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

De acuerdo a la guía de observación se puede indicar que no (57%) no se verifica las órdenes de laboratorio razón por la cual presenta complicaciones cardiovasculares los pacientes.

Cuadro 5 Grafico Nro. 5

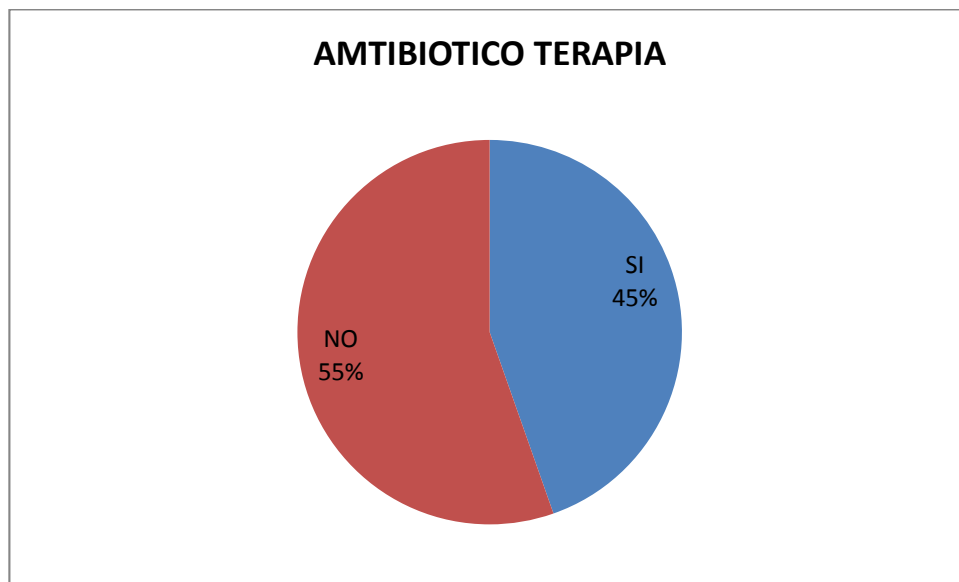
Pregunta Nro. 5

5.- Aplicación de antibiótico terapia según prescripción médica.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	44,6
No	36	55,4
Total	65	100,0%

Fuente: Guía de Observación dirigida a enfermeras del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Considerando que la aplicación de antibióticos terapia, es indispensable para prevenir infecciones en el paciente se observa un alto porcentaje que no cumplen (55%) con la prescripción médica.

Cuadro 6 Grafico Nro. 6

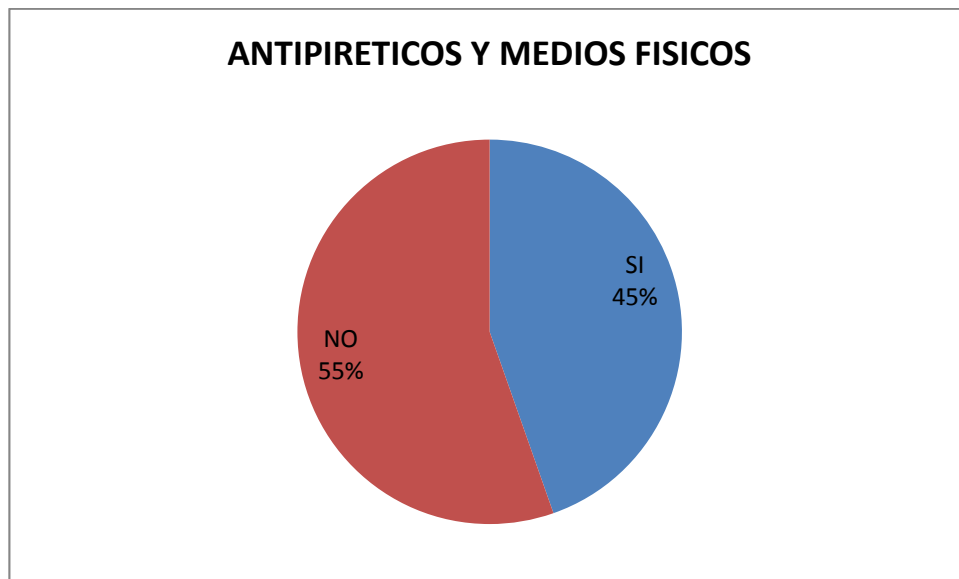
Pregunta Nro. 6

6.- Administra antipiréticos y medios físicos en pacientes post dializados.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	45%
No	36	55%
Total	65	100%

Fuente: Guía de Observación dirigida a pacientes post diálisis del servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Según la guía de observación realizada en el servicio de medicina critica del hospital Luis Vernaza las enfermeras si (45%) administran antipiréticos y medios físicos en pacientes post dializados, mientras tanto no lo hace (55%) por lo que hay riesgo para el paciente.

Cuadro 7 Grafico Nro. 7

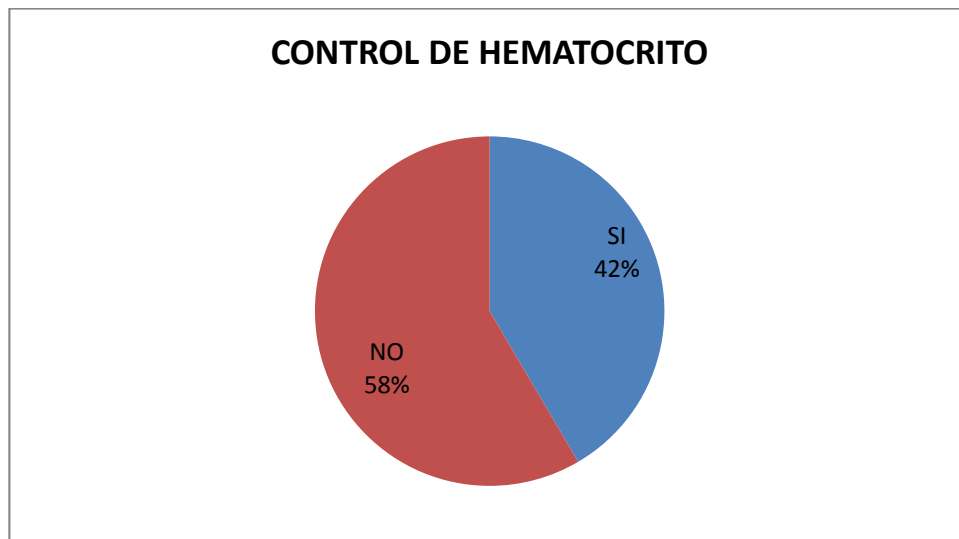
Pregunta Nro. 7

7.- Se realiza la toma de muestra para el control de hematocrito.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	41,5
No	38	58,5
Total	65	100,0%

Fuente: Guía de Observación dirigida a pacientes post diálisis del servicio de Medicina Critica del Hospital Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

Como muestra la tabulación de los datos de la guía de observación realizada no se realiza (58%) la toma de muestra para el control del hematocrito lo que incide en el retraso de la administración de hierro y eritropoyetina.

Cuadro 8 Grafico Nro. 8

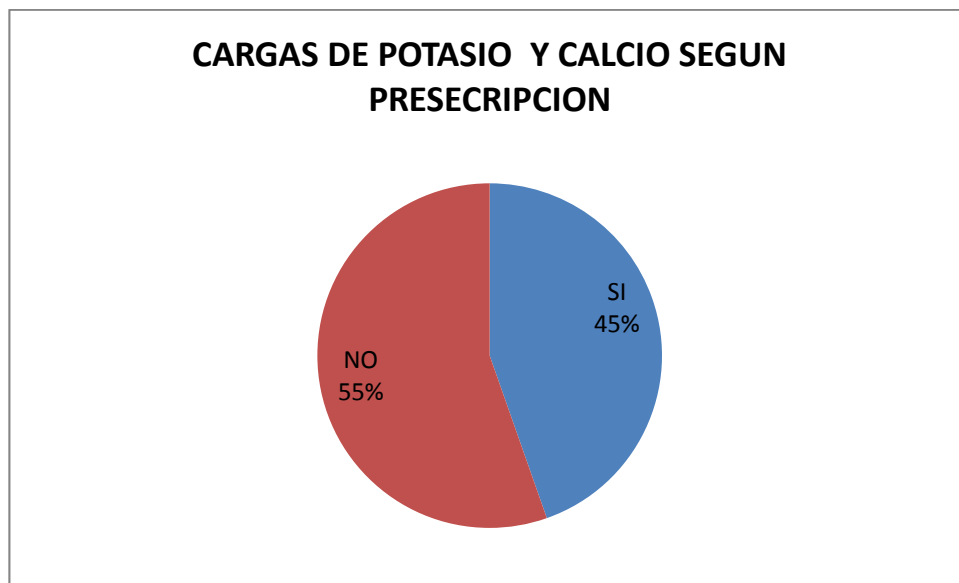
Pregunta Nro. 8

8.-Se Aplica las cargas de potasio y calcio según la prescripción médica

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	44,6
No	36	55,4
Total	65	100,0%

Fuente: Guía de Observación dirigida a pacientes post diálisis del servicio de Medicina Critica del Hospital Vernaza de Guayaquil, periodo Octubre del 2012-Junio del 2013.

Responsables: Eugenia Rivadeneira, Sonia Alucho



ANALISIS E INTERPRETACION

De lo observado se puede evidenciar que no se aplican las cargas de potasio y calcio (55%) razón la cual el paciente presenta calambres musculares.

COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS

Después de hacer un análisis cualitativo de los gráficos estadísticos y según la encuesta aplicada y dirigida a enfermeras del servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza De Guayaquil, hemos podido llegar a comprobar que los cuidados de enfermería si influye en las complicaciones post diálisis en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica, en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza De Guayaquil periodo Octubre del 2012 - Junio del 2013. Un 29% manifiestan que nunca recibieron capacitación sobre los cuidados de enfermería Post diálisis, y el 53% resuelven los problemas presentados con conocimiento científico y crítico.

CONCLUSIONES

- En su totalidad de enfermeras que laboran en el servicio de Medicina Crítica Indican que han adquirido conocimientos en base a la experiencia del tiempo de trabajo, por lo que es factible el plan de capacitación sobre los cuidados de enfermería.
- En el Hospital Luis Vernaza en el servicio de medicina crítica las enfermeras manifiestan que 29% no reciben capacitación sobre cuidados de enfermería en pacientes post diálisis.
- Revisados los resultados de nuestra investigación podemos afirmar que el plan de capacitación dirigido a enfermeras del servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza, incrementara notablemente los conocimientos debido a nuestros contenidos investigados.
- Un 41% de enfermeras encuestadas no informan al paciente, ni al familiar sobre los cuidados ejecutados siendo esto de vital importancia para mantener la tranquilidad del familiar.
- Observamos que los cuidados de enfermería al ser aplicados inadecuadamente pueden ocasionar complicaciones post diálisis en los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Implementar planes de capacitación continuos sobre cuidados de enfermería post diálisis para actualizar y afianzar conocimientos, y de esta manera reducir las complicaciones post diálisis.
- Dar información a los pacientes y familiares sobre los cuidados aplicados debido a que es un indicador importante en cual se refleja el trabajo y lado humano del personal de enfermería.
- Aplicar las normas existentes en el servicio de Medicina Critica cuando se ejecute los cuidados al paciente.
- Aplicar adecuadamente los cuidados de enfermería con conocimiento, habilidad, humanización, calidad y empatía para evitar complicaciones.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA DE LA PROPUESTA

**“PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST
DIALISIS, DIRIGIDO A ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA
CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA”**

RESPONSABLES:

I.R.E. Sonia Alucho

I.R.E. Eugenia Rivadeneira

DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Valeria Rosero

2013.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

PROVINCIA: Guayas

UBICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Calles Julián Coronel y Escobedo

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Hospital General Luis Vernaza.

NOMBRE DEL RESPONSABLE (AREA O DEPENDENCIA)

Servicio de Medicina Crítica

RESPONSABLES

Enfermera Líder del Servicio de Medicina Crítica

Internas Rotativas

FECHA DE ELABORACIÓN

2 al 5 Septiembre

FECHA DE EJECUCIÓN

18 al 20 y 23 al 25 Septiembre

INTRODUCCIÓN

Una vez realizada nuestro trabajo de investigación y con la finalidad de dar solución a las deficiencias detectadas en lo referente al cuidado de enfermería en el servicio medicina crítica del Hospital Luis Vernaza de la Ciudad de Guayaquil y con el propósito de actualizar los conocimientos de las profesionales de enfermería y reducir las complicaciones post diálisis, nosotras como internas rotativas de enfermería elaboramos el presente plan de capacitación con la intención de dar a conocer los cuidados de enfermería post diálisis en los pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica.

Esperamos que el contenido del presente documento sirva de modelo para mejorar los cuidados de enfermería que brinda a los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Se plantea la siguiente propuesta debido a las encuestas aplicadas en el cual se manifiesta que el 29% de las enfermeras que laboran en del servicio de medicina crítica nunca reciben capacitación sobre cuidados de enfermería en pacientes post dializados.

Por lo que se emplea el plan de capacitación con la finalidad de que se ponga en práctica los cuidados de enfermería en una forma adecuada con el propósito de brindar una atención de enfermería de calidad proporcionando cuidados de enfermería que garanticen y ayuden a satisfacer las necesidades de los pacientes con Insuficiencia renal Aguda e Insuficiencia Renal Crónica.

Socializar lo propuesto para mejorar los cuidados de enfermería ya que reflejan una imagen diferente en la atención y crear un ambiente más agradable con los pacientes y familiares dando una atención profesional y humanística.

Además nuestra propuesta cuenta con el apoyo de la líder de Enfermería del servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza por lo que cuenta con la factibilidad de la ejecución.

Esperamos que los principales beneficiarios de la socialización sean las enfermeras del servicio y los usuarios que reciben la atención de las mismas.

OBJETIVOS

GENERAL

- Fortalecer la práctica de enfermería, mediante la aplicación de cuidados de enfermería, que permitan mejorar la calidad de atención del paciente y reducir las complicaciones post diálisis.

ESPECÍFICO

- Mejorar los cuidados que brinda el personal de Enfermería del Servicio de Medicina Crítica.
- Fomentar una atención adecuada al paciente evitando así las complicaciones Post diálisis.
- Promover en el servicio planes de capacitación para establecer procesos continuos que contribuyan a mejorar los cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA

Expositiva: A través de las Internas Rotativas de Enfermería

Explicativa/ participativa: El expositor explica el tema y permitirá la intervención de los asistentes para sociabilizar su criterio.

Analítica: Se analizará los componentes del cuidado de enfermería y su aplicación adecuada en los usuarios.

Ejes Teóricos Metodológicos

➤ Cuidados de enfermería

- ❖ Concepto
- ❖ Tipos de cuidados de enfermería

➤ Diálisis (hemodiálisis)

- ❖ Concepto
- ❖ Complicaciones pos diálisis.
- ❖ Cuidados de enfermería pos diálisis

Responsables:

- Líder del Servicio de Medicina Crítica.
- Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar

PRESUPUESTO-APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

CANTIDAD	MATERIALES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
25	Trípticos	2.00	50.00
20	Carpetas	0.25	5.00
50	Hojas de papel boom	0.04	2.00
25	Esferos	0.35	8.75
35	Refrigerios	2.00	70.00
—————	Total		135.75

SOSTENIBILIDAD DE LA PROPUESTA

La propuesta contiene seis (6) talleres de capacitación con la participación de la líder del servicio y las Enfermeras que laboran en el Servicio de Medicina Critica cuyo contenido trata de los cuidados de enfermería y las complicaciones post diálisis.

Beneficiarios

Personal de enfermería del Servicio de Medicina Critica del “Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil”

Usuarios que Acuden al Servicio.

Duración, lugar

Se desarrolla en el Auditorio del servicio de Medicina Critica con un tiempo de duración de tres días en la semana, horas (6 Horas semanales)

Días: seis (6) días.

Total de horas: doce (12) horas.

Viabilidad

Social: Se cuenta con el apoyo de la líder del Servicio y la participación de la Enfermeras.

Técnico: Directora de Tesis. Lcda. Valeria Rosero.

Resultados Esperados

Motivar a las Enfermeras: Sobre la importancia de los temas escogidos y dar a conocer durante la capacitación y de esta manera mejorar los cuidados de Enfermería y disminuir las complicaciones en los pacientes

Recursos y presupuesto

Recurso Humano

- Líder de Servicio de Medicina Crítica
- Personal profesional de Enfermería
- Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar

Recurso Técnico

- Computadora
- Infocus
- Impresora
- Flash Memory

Recursos Materiales

- Auditorio
- Pantalla de proyección
- Sillas
- Suministros de Oficina

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES-EJECUCION DE LA PROPUESTA

OBJETIVO. Impartir conocimientos al personal de enfermería, sobre los cuidados de enfermería en pacientes post diálisis.

FECHA HORA	TEMAS Y SUB TEMAS	Actividades	RECURSOS Y MATERIALES	RESPONSABLES
18-09-13 10:00	CUIDADOS DE ENFERMERÍA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Tipos de cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición del tema ➤ Formación de grupos de trabajo 	Laptop Infocus Trípticos	Internas Rotativas de Enfermería
10:30	REFRIGERIO			
11:00 A 12:00	DIÁLISIS (HEMODIÁLISIS) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Complicaciones pos diálisis. ➤ Cuidados de enfermería pos diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Socialización de los grupos sobre el tema ➤ Participación del personal de enfermería ➤ Lluvia de ideas ➤ Elaboración de conclusiones 	Carpetas Hojas de papel boom Esferos	Internas Rotativas de Enfermería

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA HORA	TEMAS Y SUB TEMAS	Actividades	RECURSOS Y MATERIALES	RESPONSABLES
19-09-13 16:00	CUIDADOS DE ENFERMERÍA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Tipos de cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición del tema ➤ Formación de grupos de trabajo 	Laptop Infocus Trípticos	Internas Rotativas de Enfermería
16:30	REFRIGERIOS			
17:00 A 18:00	DIÁLISIS (HEMODIÁLISIS) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Complicaciones pos diálisis. ➤ Cuidados de enfermería pos diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Socialización de los grupos sobre el tema ➤ Participación del personal de enfermería ➤ Lluvia de ideas ➤ Elaboración de conclusiones 	Carpetas Hojas de papel boom Esferos	Internas Rotativas de Enfermería

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA HORA	TEMAS Y SUB TEMAS	Actividades	RECURSOS Y MATERIALES	RESPONSABLES
20-09-13 07:00	CUIDADOS DE ENFERMERÍA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Tipos de cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición del tema ➤ Formación de grupos de trabajo 	Laptop Infocus Trípticos	Internas Rotativas de Enfermería
07:30	REFRIGERIOS			
08:00 A 09:00	DIÁLISIS (HEMODIÁLISIS) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Complicaciones pos diálisis. ➤ Cuidados de enfermería pos diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Socialización de los grupos sobre el tema ➤ Participación del personal de enfermería ➤ Lluvia de ideas ➤ Elaboración de conclusiones. 	Carpetas Hojas de papel boom Esferos	Internas Rotativas de Enfermería

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA HORA	TEMAS Y SUB TEMAS	Actividades	RECURSOS Y MATERIALES	RESPONSABLES
23-09-13 10:00	CUIDADOS DE ENFERMERÍA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Tipos de cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición del tema ➤ Formación de grupos de trabajo 	Laptop Infocus Trípticos	Internas Rotativas de Enfermería
10:30	REFRIGERIOS			
11:00 A 12:00	DIÁLISIS (HEMODIÁLISIS) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Complicaciones pos diálisis. ➤ Cuidados de enfermería pos diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Socialización de los grupos sobre el tema ➤ Participación del personal de enfermería ➤ Lluvia de ideas ➤ Elaboración de conclusiones 	Carpetas Hojas de papel boom Esferos	Internas Rotativas de Enfermería

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA HORA	TEMAS Y SUB TEMAS	Actividades	RECURSOS Y MATERIALES	RESPONSABLES
24-09-13 16:00	CUIDADOS DE ENFERMERÍA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Tipos de cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición del tema ➤ Formación de grupos de trabajo 	Laptop Infocus Trípticos	Internas Rotativas de Enfermería
16:30	REFRIGERIOS			
17:00 A 18:00	DIÁLISIS (HEMODIÁLISIS) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Complicaciones pos diálisis. ➤ Cuidados de enfermería pos diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Socialización de los grupos sobre el tema ➤ Participación del personal de enfermería ➤ Lluvia de ideas ➤ Elaboración de conclusiones 	Carpetas Hojas de papel boom Esferos	Internas Rotativas de Enfermería

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA HORA	TEMAS Y SUB TEMAS	Actividades	RECURSOS Y MATERIALES	RESPONSABLES
25-09-13 07:00	CUIDADOS DE ENFERMERÍA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Tipos de cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposición del tema ➤ Formación de grupos de trabajo 	Laptop Infocus Trípticos	Internas Rotativas de Enfermería
07:30	REFRIGERIOS			
08:00 A 09:00	DIÁLISIS (HEMODIÁLISIS) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepto ➤ Complicaciones pos diálisis. ➤ Cuidados de enfermería pos diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Socialización de los grupos sobre el tema ➤ Participación del personal de enfermería ➤ Lluvia de ideas ➤ Elaboración de conclusiones 	Carpetas Hojas de papel boom Esferos	Internas Rotativas de Enfermería

PLAN DE CAPACITACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA POST DIALISIS

CUIDADO DE ENFERMERIA.- Es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a los pacientes en el logro, fomentó y recuperación de la salud mediante la satisfacción de sus necesidades.

TIPOS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

CUIDADO DIRECTO: Se basa en las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales. Espirituales del paciente que van a determinar los procedimientos de enfermería Necesarios, y las necesidades de enseñanza en salud.

CUIDADO INDIRECTO: Son las actividades que desempeña el personal profesional, lejos de la cama del paciente, pero en beneficio de los mismos y para su bienestar

CUADRO CLÍNICO

INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia renal es un trastorno parcial o completo de la función renal. Existe incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y el agua además aparece un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas del organismo. La insuficiencia renal puede ser aguda o crónica.

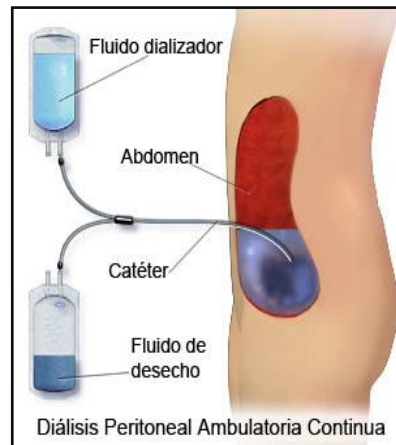
En esta patología utilizamos como principal tratamiento la diálisis

DIALISIS

Es un proceso por medio del cual se produce un filtrado artificial de la sangre. En este, se retiran los elementos tóxicos del torrente sanguíneo cuando los riñones han perdido su capacidad. Este sistema suele utilizarse en pacientes que padecen insuficiencia renal.

Cuando una persona a perdido el 90% de su función renal, se lo considera un enfermo de insuficiencia renal crónica, para este caso existen dos tipo de diálisis:

DIÁLISIS PERITONEAL.- Es un proceso por medio del cual se produce un filtrado artificial de la sangre. En éste, se retiran los elementos tóxicos del torrente sanguíneo cuando los riñones han perdido su capacidad.



Fuente: https://www.google.com.ec/search?q=dialisis+peritoneal&rlz=1C2SFXN_enEC499EC529&source=lnms&tbm=i1lisis-peritoneal-aftercare-instructions.html%3B300%3B300

Figura N°1. Diálisis Peritoneal

HEMODIÁLISIS.- Es un procedimiento que permite retirar parcialmente del cuerpo el agua y los productos urémicos de desecho que se acumulan debido a la enfermedad renal, debido a la incapacidad de los riñones de realizar su función.



Fuente:<https://www.google.com.ec/search?q=hemodialisis&rlz=1Cnms&tbm=isch&sa=X&ei=ealeUoF%252Fwww.interviu.es%252Freportajes%252Farticulos%252Fhemodialisis-polemicas-millones%3B600%3B400>.

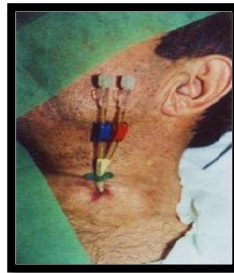
Figura N^o2. Hemodiálisis

TIPOS DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

En hemodiálisis hay tres modos primarios de acceso a la sangre:

- El catéter intravenoso
- La fístula arteriovenosa (AV)
- Injerto arterioso venoso (Graft)

Catéter Intravenoso.- Llamado a veces Catéter venoso central, (CVC) consiste en un catéter plástico con dos luces, u ocasionalmente dos catéteres separados, que es insertado en una vena grande (generalmente la vena cava, vía la vena yugular interna o la vena femoral), para permitir que se retiren por una luz grandes flujos de sangre para entrar al circuito de la diálisis.



Fuente:https://www.google.com.ec/search?q=hemodialisi&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=XDpdUoi8NsXJ4AOIvIHg&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=998&bih=57

Figura N^o 3. Catéter Intravenoso

Fístula Arteriovenosa.- Son reconocidas como el método de acceso más adecuado. Para crear una fístula arteriovenosa, un cirujano vascular junta una arteria y una vena a través de anastomosis.



Fuente:https://www.google.com.ec/search?q=fistula+para+dialisis&noj=1&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=BjtdUsfvJ_Gq4APCj4CgDA&ved=0CDEQsAQ&biw=998&bih=573.

Figura Nª4. Fístula Arteriovenosa

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATETER DE HEMODIÁLISIS

- Colocar al paciente en posición cómoda
- Conectar al paciente con técnicas asépticas
- Valorar estado de las gasas, sitio de inserción, puntos de fijación, presencia de exudado.
- Curación con uso de mascarillas, guantes y campos estéril.
- Uso de antiséptico local: Alcohol o clorhexidina
- Realizar curación en cada sesión de hemodiálisis.
- Aspirar cada rama del catéter.
- Mantener pinzadas las ramas
- Conectar al paciente con ayuda de personal paramédico
- Al término de la sesión heparinizar cada rama del catéter, sellarla con tapón estéril y cubrirlas con gasa estéril.

COMPLICACIONES POST DIALISIS

Las complicaciones de la hemodiálisis engloban todas aquellas enfermedades que aparecen en el paciente asociadas a la técnica dialítica y a los cuidados de enfermería brindados después del procedimiento.

Es importante no sólo diagnosticar y tratar adecuadamente todas las complicaciones que puedan acontecer sino que lo realmente importa es prevenir.

Entre las principales complicaciones tenemos:

- Problemas cardiovasculares
- Complicaciones neurológicas
- Complicaciones infecciosas
- Complicaciones hematológicas

Problemas cardiovasculares.- Son un conjunto de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos las más frecuentes son:

Hipotensión.- La hipotensión es el nombre técnico de una baja presión arterial. Se produce cuando los latidos del corazón, encargados de bombear la sangre al resto del cuerpo, tienen un ritmo más pausado de lo habitual. El cual suele presentar por una elevada tasa de ultrafiltración o por una solución de diálisis con bajo nivel de sodio.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Colocar al paciente en posición de Trendelenburg.
- Infundir solución salina al 0.9 % de 100-200 ml o más cantidad si es necesario.
- Control de presión arterial cada 15 minutos.
- Control de ingesta y eliminación.
- Control de balance hídrico.

Hipertensión.- Es la elevación persistente de la presión sanguínea en las arterias, pueden ser por: excesiva concentración de sodio en líquidos de diálisis, aumento

Arritmias Cardiacas.- Son todas aquellas alteraciones y trastornos del ritmo cardiaco. Se pueden dividir en dos grandes bloques:

- **Taquiarritmias** cuando las alteraciones provocan ritmos rápidos (taquicardia)
- **Bradiarritmias**, cuando los ritmos son lentos (bradicardias).

Causas: sobrecarga hidrosalina, las alteraciones hidroelectrolíticas (potasio y calcio) o la ultrafiltración elevada. .

2.- PROBLEMAS NEUROLÓGICAS

SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO.- El síndrome del desequilibrio es un conjunto de síntomas neurológicos y sistémicos que pueden aparecer tanto durante como después de la diálisis.

La causa principal de este síndrome es un descenso rápido de la urea en sangre, que cursa con un aumento en la presión del líquido cefalorraquídea.

Clínica aparece poco después de la hemodiálisis y se caracteriza por la presentación de: cefalea, náuseas – vómitos, desorientación, convulsiones.

Cefaleas.- Son dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza.

La cefalea es una complicación frecuente, a menudo corregible, que supone una causa importante de mala tolerancia a la diálisis.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

- Valoración del dolor.
- Terapia del dolor plasil y tramadol infusión intra venosa (alcanzar el lumbral del dolor).
- Administrar paracetamol.

Náuseas y Vómitos.- Es una sensación de malestar o de estómago revuelto junto con una urgencia por vomitar.

Cuidado de enfermería

- Administrar antieméticos (plasil), casos no relacionados con hipotensión.
- Abrir sonda nasogástrica.
- Restringir alimentación enteral y percutánea (NPO).

Desorientación.- Estado mental en el que el sujeto pierde conciencia de sí mismo con relación al medio exterior, es decir, el afectado no sabe qué conducta debe adoptar en cada situación. Se presenta como síntoma de la hipotensión y el desequilibrio electrolítico durante la diálisis.

Convulsiones.- Las convulsiones son síntomas de un problema cerebral. Ocurren por la aparición súbita de una actividad eléctrica anormal en el cerebro.

Esto se presenta luego de la diálisis debido a la desmielinización osmótica por rápida corrección de la Hiponatremia.

3.- COMPLICACIONES INFECCIOSAS.

La infección es la causa más común de morbilidad, y la segunda causa de mortalidad en esta población sometida al tratamiento de hemodiálisis.

La infección se lo define como un fenómeno microbiano caracterizado por una respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos o la invasión de tejidos estériles del huésped por dichos microorganismos.

Se clasifican:

Relacionada al tipo de acceso

- Bacteriemia

No relacionadas al sitio de acceso

- Hepatitis virales

BACTERIEMIA.- Los accesos que presentan mayor incidencia de infecciones son aquellos catéteres que corresponden a los de inserción femoral como central si se usan por un tiempo prolongado, no así los que permanecen alrededor de 72 horas.

SIGNOS DE INFECCION EN CATÉTER

- El síntoma más precoz de infección del orificio es el prurito de la zona de punción, siendo necesario el diagnóstico diferencial con el prurito referido al apósito.
- El signo diferenciable de infección es el enrojecimiento de la zona de punción. (en el segundo el enrojecimiento se hace más extensivo a la superficie del apósito).
- El resto de signos: dolor a la presión, exudados, fiebre, se presentan tardíamente y ya implicaban en el 100 % de los casos, infección del orificio.

LOS SIGNOS DE INFECCIÓN EN LA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA

- Dolor en la Fistula Arteriovenosa.
- Aumento de la temperatura en la zona de la fístula.
- Aumento de volumen (“hinchazón” local).

- Enrojecimiento en la zona de la fístula.
- Fiebre (a veces no está presente cuando recién comienza la infección).

ENDOCARDITIS

El incremento progresivo de la prevalencia de catéteres venosos centrales para diálisis ha ocasionado un incremento de las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* y de todas las alteraciones asociadas a esta complicación.

HEPATITIS VIRALES

La hepatitis B y la hepatitis C afectan particularmente a los pacientes hemodializados la vacunación se efectúa ya desde el estadio de insuficiencia renal moderada y permite obtener una inmunidad eficaz a condición de repetir las inyecciones hasta la obtención de un título protector de anticuerpos.

Cuidados de enfermería:

- Administrar 500mg vancomicina intravenosa post hemodiálisis.
- Curar acceso con medidas de asepsia
- Cubrir el catéter con apósitos
- Control de temperatura
- Verificar si el paciente se ha administrado la vacuna de la hepatitis B, en caso de tenerla coordinar con vacunas e infectología para la asignación de esta vacuna.

4.- COMPLICACIONES HEMATOLÓGICAS

ANEMIA

La anemia ocurre cuando hay una escasez de glóbulos rojos, los glóbulos rojos transportan oxígeno desde los pulmones a todo el cuerpo, proporcionándole la energía que necesita para sus actividades diarias.

La OMS define anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de 13 g/dl en el varón y por debajo de 12 g/dl en la mujer.

Los pacientes con insuficiencia renal en plan de hemodiálisis desarrollan con frecuencia un déficit absoluto o funcional de hierro.

Cuidados de enfermería:

- Verificar el control de hematocrito.
- Administración de hierro bebible según prescripción.
- Administración de eritropoyetina según prescripción.

CALAMBRES

El calambre es un espasmo o contracción involuntaria de los músculos, normalmente muy doloroso, que puede durar entre algunos segundos hasta varios minutos.

Estos suelen presentarse cuando existen niveles bajos de minerales como: potasio o calcio, también puede hacerlo más propenso a tener un espasmo muscular.

Cuidados de enfermería:

- Administrar cargas de potasio y calcio según prescripción médica
- Realizar terapia física según amerite el caso.

FIEBRE Y ESCALOFRÍOS:

A veces pueden deberse a infecciones víricas, a contaminación bacteriana, a un fallo en el sistema de control de la temperatura del líquido de diálisis o a reacciones anafilácticas (alérgicas) de hipersensibilidad.

ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

- Comunicar al médico.
- Tomar la temperatura al paciente para comprobar la presencia de fiebre.
- Comprobar si hay signos locales de infección (zona de punción, intervenciones quirúrgicas, heridas, abscesos, punto de inserción del catéter).
- Administre la medicación sintomática indicada en la prescripción médica o (analgésica y/o antitérmica).

CUIDADO GENERALES DE ENFERMERÍA POST DIÁLISIS

- Devolver al paciente la mayor cantidad de sangre.
- Devolver la sangre empleando la menor cantidad de suero.
- Máxima atención para evitar un embolismo gaseoso.
- Hemostasia de las punciones.
- Control de la presión arterial.
- Control de frecuencia cardíaca.
- Control de temperatura axilar.
- Administración de medicación prescrita si procede.

- Control de peso.
- Preparar la unidad del paciente con equipos y materiales necesario como monitor, pulsoxímetro, fuentes de oxígeno y soluciones intra venosas.
- Monitorización del paciente (control de signos vitales).
- Administración inmediata de antibiótico prescrito (vancomicina o meropenem).
- Valoración (verificar signos de alarma diaforesis, rubor, hipoglicemia, mucosas orales entre otros).
- Verificar y anotar en la hoja de diálisis el peso post procedimiento.
- Controlará que la hoja de diálisis esté completa con las notas de enfermería.
- Efectuará toma de muestras de sangre para exámenes de laboratorio (electrolitos, biometría hemática).
- Continuidad del tratamiento prescrito por el médico.

BIBLIOGRAFÍA

- Qmarqeva's Weblog. (8 de Junio de 2008). Recuperado el 2 de Febrero de 2013, de Los Tipos de Conocimiento: <http://qmarqeva.wordpress.com/2008/07/08/los-tipos-de-conocimiento/>
- BuenasTareas.com. (Noviembre de 2010). Recuperado el 13 de Enero de 2013, de Etapas De Enfermería & Florence Nightingale: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Etapas-De-Enfermeria-Florence-Nightingale/1111820.html>
- Barcenilla F, R. J. (2000). ABC de Medicina Intensiva. Edikamed. Barcelona .
- BERMEJO HIGUERA, J. (2003). Qué es Humanizar la Salud. Por una asistencia Sanitaria más humana. Madrid: San Pablo.
- E.P. MARTÍNEZ, D. L. (12 de Junio de 2012). slideshare. Recuperado el 16 de Febrero de 2013, de Enfermera Pediátrica: http://www.slideshare.net/abejita_noviembre/enfermeria-pediatrica
- Etapa Doméstica de los Cuidados de Enfermería. (s.f.). Recuperado el 12 de Enero de 2013, de https://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/7/7757/Etapa_Domestica_de_los_Cuidados_de_Enfermeria.pdf
- Hospital Luis Vernaza. (s.f.). Hospital Luis Vernaza - Junta de Beneficiencia. Recuperado el 28 de Noviembre de 2012, de Misión, Visión y Valores: <http://www.hospitalvernaza.med.ec/>
- Hospital Luis Vernaza. (s.f.). Hospital Luis Vernaza - Junta de Beneficiencia de Guayaquil. Recuperado el 28 de Noviembre de 2012, de Nuestro Hospital: <http://www.hospitalvernaza.med.ec/>

- Lcda. VIZUETE, G. (2009). Infraestructura del Servicio de Medicina Crítica. Guayaquil.
- LORIA BARRERO, A. R. (s.f.). ORIENTACION Y ATENCION TERAPEUTICA INTEGRAL. Recuperado el 28 de Enero de 2013, de DOROTHEA OREM - "TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA".: <http://oati.es.tl/DOROTEA-OREM.htm>
- Mis Respuestas.com. (2005). Mis Respuestas.com. Recuperado el 25 de Marzo de 2013, de Qué es la diálisis?: <http://www.misrespuestas.com/que-es-la-dialisis.html>
- MORENO PÉREZ, N. E., & JORDAN JINÉZ, M. L. (8 de Septiembre de 2007). Práctica Clínica. Desgaste Profesional por Empatía, Una Consecuencia también del Cuidado de Enfermería.
- National Kidney and Urologic Diseases. (Junio de 2008). National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC). Recuperado el 28 de Marzo de 2013, de Insuficiencia Renal: Cómo escoger el mejor tratamiento para usted: <http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/choosingtreatment/>
- NEUROWIKIA El portal de contenidos en neurología. (s.f.). NEUROWIKIA El portal de contenidos en neurología. Recuperado el 29 de Marzo de 2013, de Neurología y Enfermedades renales: <http://www.neurowikia.es/content/neurolog%C3%AD-y-enfermedades-renales>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Enfermería y Seguridad de los Pacientes. Washington, D.C.: PALTEX.
- PAREJA, M., PERÉZ, K., PERÉZ, J., PERÉZ, M., RABADÁN, C., RAMIRO, L., y otros. (s.f.). Insuficiencia Renal Aguda y Crónica.
- PINEDA, B. (2012). Enfermería con Orientación en Atención.

- R. Levy, I. s. (1997). HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSACONTINUA CON UF CONTROLADA". Revista Enfermería Intensiva.; Vol 8., 29.
- Diccionario de medicina oceano mosby.
- Fundamentos de enfermeria 7ma edicion,
- Manual de enfermia de zamora

ANEXOS

ANEXOS 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo Actividades	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb	Mar.	Abril.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov	Dic.
Socialización del tema y problema	→														
Delimitación del tema	→														
Análisis del tema		→			→										
Operacionalización de variables			→		→										
Elaboración del Marco Teórico				→		→		→							
Elaboración de las encuestas					→										
Aplicación de las encuestas.					→										
Procesamiento y análisis de datos									→		→				
Elaboración de tesis	→											→			

Presentación de borrador														→		
Presentación de tesis																

ANEXOS 2**PRESUPUESTO GENERAL**

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
4	Remas de papel bond	\$5.00	\$20
	Internet	\$1.00	\$80
507	Impresione blanco y negro	\$0.10	\$50,70
	Impresiones a color	\$0.15	\$76,05
4	Carpetas de cartón	\$0.25	\$1
507	Copias	\$0.02	\$10.14
7	Anillados	\$2.00	\$14
3	Empastado	\$25.00	\$75
	Transporte	\$4.00	\$100
	Llamadas	\$2.00	\$25
	Propuesta	\$135.75	\$135.75
TOTAL			\$ 587.64

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA

ENCUESTA DIRIGIDA A ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA

CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL, PERIODO

OCTUBRE DEL 2012 - JUNIO DEL 2013.

Lea las preguntas y conteste, gracias por su colaboración

OBJETIVO.- Evaluar la aplicación de los cuidados de enfermería en los pacientes con Insuficiencia Renal Aguda e Insuficiencia renal crónica.

1. ¿El tiempo que usted labora en el servicio de medicina crítica le ha permitido obtener experiencia en cuanto a los cuidados de enfermería?

- Siempre
- Casi Siempre
- Nunca

2. ¿Usted recibe capacitaciones sobre el cuidado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica?

- Siempre
- Casi siempre
- Nunca

3. ¿Usted resuelve los problemas que presentan los pacientes con conocimiento científico y critico?

- Siempre
- Casi siempre
- Nunca

4. ¿Usted comunica al paciente o familiar sobre los cuidados de enfermería aplicados?

- Siempre
- Casi siempre

➤ Nunca

5. ¿Usted manipula y maniobra los equipos adecuadamente garantizando la seguridad del paciente?

- Siempre
➤ Casi siempre
➤ Nunca

6. ¿Usted aplica las normas cuando ejecuta el cuidado de enfermería?

- Siempre
➤ Casi siempre
➤ Nunca

7. ¿Usted utiliza adecuadamente los insumos durante los procedimientos?

- Siempre
➤ Casi siempre
➤ Nunca

8. ¿Usted da secuencia a los cuidados de enfermería que se brinda en turnos anteriores?

- Siempre
➤ Casi siempre
➤ Nunca

9. ¿Usted garantiza la seguridad del paciente durante la aplicación de los cuidados de enfermería?

- Siempre
➤ Casi siempre
➤ Nunca

10. ¿Usted realiza actividades que integran al paciente y familia?

- Siempre
➤ Casi siempre
➤ Nunca

11. ¿Usted da a conocer sobre los cuidados que recibe el paciente?

- Siempre
➤ Casi siempre
➤ Nunca

12. ¿Usted es cordial con el paciente durante la ejecución de los cuidados de enfermería?

- Siempre
➤ Casi siempre

➤ Nunca

13. ¿Usted aplica los principios éticos cuando brinda cuidados de enfermería?

➤ Siempre

➤ Casi siempre

➤ Nunca

14. ¿Usted responde amablemente a los gestos emitidos por el paciente?

➤ Siempre

➤ Casi siempre

➤ Nunca

15. ¿Usted controla sus emociones en relación al comportamiento del paciente durante los cuidados de enfermería?

➤ Siempre

➤ Casi siempre

➤ Nunca

ANEXO N° 4

LISTADO DE PACIENTES OBSERVADOS

N°	NOMBRE	IRA	IRC	COMPLICACIONES	OBSERVACIONES
1	Vera Zambrano Héctor		X	Hipotensión, calambres	2 veces a la semana
2	Zambrano Medina Hermogenes	X		Hipotensión, nauseas	1 vez por semana
3	Benítez Juan		X	Cefalea nausea vomito	1 vez a la semana
4	Espinosa Luis	X	X	Cefalea	1 vez a la semana
5	Menendez Gonzales Filemon		X	Hipotensión, nauseas	1 vez a la semana
6	Castro Balceca Manuel	X		Hipotensión	2 vecez a la semana
7	Salazar Carina		X	Nauseas, hipotensión	4 veces a la semana
8	Garcia Dias Marcelino	X		Hipotensión	1 vez a la semana
13	Quiñones Leidi		X	Hipertensión	3 veces a la semana
14	Cabezas Luis		X	Bradycardia	4 vez a la semana
8	Torres Anastasio Iván	X		Hipotensión	4 veces a la semana
9	Cepeda Transito María		X	Nauseas, hipotensión	3 veces a la semana

9	Espinoza Alvarado Wilian	X		Hipertermia	1 vez a la semana
10	Aguilar Ramirez Veronica	X		Cefalea	2 vez a la semana
11	Novilla Ribera Gerardo		X	Hipertermia	2 vez a la semana
11	Bueno Sanchez	X		Hipotensión	2 vez a la semana
12	Angulo Delgado	X		Cefalea	1 vez a la semana
13	Mabrano Maria	X		Convulsiones	1 vez a la semana
14	Ramirrez Flores Carmen		X	Hipotensión	2 vez a la semana
15	Guevara Pachay Segundo		X	Hipotensión	4 veces a la semana
16	Huacón Jaime Enrique	X		Calambres	4 veces a la semana
17	Hurtado Yagual Elio	X		Nauseas	5 veces a la semana
18	Bastidas Macías John		X	Cefalea	3 veces a la semana
19	Salvatierra González Simón	X		Taquicardia	2 veces a la semana
20	Rodríguez Vásquez Marcos		X	Convulsiones	1 vez a la semana
21	Orozco Lluquilema María		X	Nauseas	3 veces a la semana
22	Torres Lajas María		X	Hipotensión	2 veces a la semana
23	Lara Vargas Luis	X		Cefalea	2 veces a la

					semana
24	Triviño Cedeño José Ángel	X		Bradycardia	3 veces a la semana
25	Torres Yagual Jorge		X	Hipotensión	2 veces a la semana
26	Montiel Macías Vicenta		X	Bradycardia	2 veces a la semana
27	Pachay Luis Julian	X		Anemia	2 veces a la semana
28	Chonillo Guanca José		X	Cefalea	5 veces a la semana
29	López Guano Oscar	X		Hipotensión	2 veces a la semana
30	Aucatoma Clemente María		X	Bradycardia	4 veces a la semana
31	Andrade Cedeño Luis	X		Hipotensión	1 vez a la semana
32	Andrade Cedeño Luis	X		Hipotensión	1 vez a la semana
33	Calero Aguilera Mónica		X	Bradycardia	2 veces a la semana
34	Zambrano Molina Leonela	X		Nauseas	3 veces a la semana
35	García Macías María Elena	X		Calambres	3 veces a la semana
36	Murillo Espinoza Maryorie	X		Hipotensión	5 veces a la semana
37	Torres Anastasio Iván	X		Calambres, hipotensión	4 veces a la semana
38	Quiñones Becerra Fanny		X	Convulsiones	1 vez a la semana

39	Gonzales Tigrero Néstor		X	Hipertermia	2 veces a la semana
40	Martínez Aspiazu Cesar		X	Hipotensión, nauseas	3 veces a la semana
41	Yela Holguín Javier	X		Hipertensión	3 veces a la semana
42	Jiménez Chicaiza Pacífico	X		Hipotensión, nauseas	1 vez a la semana
43	Murillo Gómez Celso	X		Cefalea nausea vomito	2 veces a la semana
44	Quiñones Benavidez Jessica		X	Hipertermia	1 vez a la semana
45	Banchon Flores Mercedes	X		Taquicardia	2 veces a la semana
46	Hurtado Yagual Elio	X		Nauseas	5 veces a la semana
47	Pazmiño León José	X		Hipotensión	2 veces a la semana
48	Espinoza Zambrano Fulton		X	Convulsión, vomito	4 veces a la semana
49	Villamar Asencio Luis	X		hipotensión	3 veces a la semana
50	Marín Aguilera León		X	Calambres	1 vez a la semana
51	Ostaizo Yagual María		X	Bradycardia	2 veces a la semana
52	Marín Aguilera Lia	X		Hipotensión	3 veces a la semana
53	Pazmiño León José		X	Hipotensión, calambres	1 vez a la semana
54	Intriago Cobeña	X		Hipertermia	1 vez a la

	Eulalia				semana
55	Pucuna Caranqui Jesús		X	Hipotensión	4 veces a la semana
56	Agualongo Núñez Angélica		X	Nauseas	3 veces a la semana
57	Marsini Apolinario		X	Hipotensión, calambres	2 veces a la semana
58	Veliz Cadena Francisco	X		Hipertermia	4 veces a al semana
59	Murillo Vásquez Leonel		X	Calambres	3 veces a la semana
60	Gonzales Solís Jesús	X		Anemia	1 vez a la semana
61	López Guano Oscar	X		Hipotensión	2 veces a la semana
62	Yela Holguín Javier	X		Hipertensión	3 veces a la semana
63	Huacón Jaime Enrique	X		Calambres	4 veces a la semana
64	Gómez Mendosa Eduardo		X	Vomito	3 veces a la semana
65	Morales Bravo Ramón		X	Hipotensión	3 veces a la semana

Fuente: Departamento De Estadística Del Hospital Luis Pernaza.

ANEXO N° 5



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA

GUÍA DE OBSERVACION DIRIGIDA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA

Lea las preguntas y conteste gracias por su colaboración

OBJETIVO.- Identificar las complicaciones post diálisis en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica

1¿El paciente post diálisis presento una disminución en la presión arterial?

- Si
- No

2¿El paciente post diálisis presento un aumento de la presión arterial?

- Si
- No

3¿El paciente post diálisis presento alteraciones en la frecuencia cardiacas?

- Si
- No

ANEXO N° 6



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA

GUÍA DE OBSERVACION DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA

Lea las preguntas y conteste gracias por su colaboración

OBJETIVO.- Identificar las complicaciones post diálisis en pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica

4¿Se verifica las órdenes de laboratorio para el control de electrolitos?

- Si
- No

5¿Se aplicó el antibiótico terapia según prescripción médica?

- Si
- No

6¿Administra antipiréticos y medios físicos en pacientes post dializados?

- Si
- No

7¿Se realiza la toma de muestra para el control de hematocrito?

- Si
- No

8¿Se aplica las cargas de potasio y calcio según la prescripción médica?

- Si
- No

ANEXO N° 7

LISTADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRESENTARON COMPLICACIONES POST DIALISADOS EN EL PERIODO OCTUBRE 2012 A JUNIO 2013		
MES	COMPLICACION	N° DE PACIENTES CON COMPLICACIONES
OCTUBRE	Hipotensión	11
	Nausea y vomito	6
	Cefalea	7
	Calambres	5
	Hipertensión	2
	Convulsiones y bradicardia	2
NOVIEMBRE	Hipotensión	8
	Nausea	2
	Cefalea	2
	Bradicardias	4
	Hipertensión	4
	Taquicardias	1
DICIEMBRE	Hipotensión	6
	Hipertensión	2
	Cefalea	2
	Bradicardias	5
	Nausea	3
	Taquicardias	3
	Hipertermia	2
ENERO	Hipotensión	6
	Hipertensión	4
	Cefalea	2
	Bradicardias	5
	Nausea	3
	Taquicardias	2
	Hipertermia	2
FEBRERO	Hipotensión	9
	Hipertensión	4
	Anemia	2
	Bradicardias	3

	Nausea	6
	Taquicardias	2
	Hipertermia	4
MARZO	Hipotensión	4
	Hipertensión	3
	Anemia	2
	Bradicardias	2
	Nausea	2
	Taquicardias	2
	Convulsiones	4
ABRIL	Hipotensión	8
	Hipertensión	2
	Anemia	1
	Bradicardias	5
	Nausea	5
	Cefaleas	4
MAYO	Hipotensión	6
	Hipertensión	2
	Anemia	2
	Hipertermia	5
	Nausea	4
	Taquicardias	1
	Cefalea	3
	Convulsiones	3
JUNIO	Hipotensión	6
	Hipertensión	1
	Anemia	2
	Convulsiones	1
	Nausea	4
	Taquicardias	1

Fuente: Departamento De Estadística Del Hospital Luis Vernaza

ANEXO N°8

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION

RESPONSABLE: Lic.: Valeria Rosero

TIEMPO ACTIVIDADES	PRIMERA SEMANA					SEGUNDA SEMANA					TERCERA SEMANA					CUARTA SEMANA				
	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27
Elaboración de la propuesta de “Capacitación a las Enfermeras del Servicio de Medicina Critica”.	X	X	X	X																
Aprobación del plan de capacitación.					X															
Trámites para la aprobación del plan da capacitación.						X	X	X	X	X										
Capacitación Grupo 1													X	X	X					
Capacitación Grupo 2																X	X	X		
Certificación de la aprobación del plan de capacitación																				X

ELABORADO POR: IRE Sonia Narcisa Alucho Lema y IRE Eugenia Nataly Rivadeneira Broncano

ANEXO N° 9

LISTADO DE PACIENTES DIALISADOS EN EL PERIODO OCTUBRE 2012 A JUNIO 2013

N°	NOMBRE	IRA	IRC	COMPLICACIONES	OBSERVACIONES
1	Medina Erazo Eduardo		X	Hipertermia	3 veces a la semana
2	Oleas Vega Miguel		X	Hipotensión, nauseas	3 veces a la semana
3	Vera Zambrano Héctor		X	Hipotensión, calambres	2 veces a la semana
4	Jordán Suarez Rosa	X		Cefalea	2 veces a la semana
5	Arce Erazo Alba	X		Hipertensión	2 veces a la semana
6	Peralta Medina Diana	X		Calambres	4 veces a la semana
7	Zambrano Medina Hermogenes	X		Hipotensión, nauseas	1 vez por semana
8	Boldo Vera Mariela		X	Hipertermia	2 veces a la semana
9	Valverde Pamela		X	Cefalea	3 veces a la semana
10	Benítez Juan		X	Cefalea nausea vomito	1 vez a la semana
11	Gonzales Mercedes	X		Convulsión, vomito	1 vez a la semana
12	Jaramillo	X		Hipotensión	1 vez a la

	Maldonado José				semana
13	Castro Marcelo	X		Hipertermia	1 vez a la semana
14	Zambrano Mercedes	X		Cefalea, escalofrió	1 vez a la semana
15	Estrada Moreira	X		Vomito	2 vecez a la semana
16	Morales Marques Maria	X		Prurito	5 vecez a la semana
17	Sanchez Sanchez Jorge	X		Hipotensión	3 veces a la semana
18	Espinosa Luis	X	X	Cefalea	1 vez a la semana
19	Cedillo Aristide Manuel		X	Hipertensión	4 veces a la semana
20	Mejia Cerezo Mariana	X		Calambres	2 vecez a la semana
21	Menendez Gonzales Filemon		X	Hipotensión, nauseas	1 vez a la semana
22	Almeas Manuel	X		Hipertermia	1 vez a la semana
23	Castro Balceca Manuel	X		Hipotensión	2 vecez a la semana
24	Lopez Silva Edilma		X	Cefalea nausea vomito	2 vecez a la semana
25	Almea Pluas		X	Hipertermia	3 veces a la semana
26	Salazar Carina		X	Nauseas, hipotensión	4 veces a la semana
27	Quijije Toala	X		Calambres	3 veces a la semana

28	Leon Herrera Humberto	X		Hipotensión	4 veces a la semana
29	Pinela Ruales	X		Bradycardia	3 veces a la semana
30	Juarez Clememte Rosa	X		Cefalea	1 vez a la semana
31	Garcia Dias Marcelino	X		Hipotensión	1 vez a la semana
32	Zosa Pilalao Carlos		X	Hipertermia	1 vez a la semana
33	Cabezas Rosa	X		Hipotensión, calambres	2 vecez a la semana
34	Pizarro Pizarro Maria		X	Mareos	2 vecez a la semana

NOVIEMBRE

1	Espinoza Alvarado Wilian	X		Hipertermia	1 vez a la semana
2	Marcillo Cesar		X	Hipotensión, nauseas	1 vez a la semana
3	Quevedo Moran Luis		X	Hipotensión, calambres	2 vez a la semana
4	Aguilar Ramirez Veronica	X		Cefalea	2 vez a la semana
5	Nabarrete Pedro		X	Hipertensión	4 vez a la semana
6	Lopez Arellano Juan	X		Calambres	4 vez a la semana
7	Burgos Macias Lucio	X		Hipotensión, nauseas	3 veces a la semana

8	Novilla Ribera Gerardo		X	Hipertermia	2 vez a la semana
9	Zelis Zabala Wualter		X	Taquicardia	3 veces a la semana
10	Ching Hilostrosa	X		Calambres	3 veces a la semana
11	Bueno Sanchez	X		Hipotensión	2 vez a la semana
12	Jesica Chiriboga		X	Cefaleas	3 veces a la semana
13	Quiñones Leidi		X	Hipertensión	3 veces a la semana
14	Cabezas Luis		X	Bradycardia	4 vez a la semana
15	Loza Hidalgo Eugenia	X		Hipotensión	2 vez aala semana
16	Angulo Delgado	X		Cefalea	1 vez a la semana

DICIEMBRE

1	Cobeña Luis	X		Bradycardia	3 veces a la semana
2	Rosado Muñoz Jhoconda	X		Hipotensión	3 veces a la semana
3	Sacan Chavez Maximo	X		Nauseas	3 veces a la semana
4	Mabrano Maria	X		Convulsiones	1 vez a la semana
5	Santana Jurton Segundo	X		Vomito	4 vez a la semana

6	Velazques Fierro Mercedes	X		Prurito	3 veces a la semana
7	Ramirrez Flores Carmen		X	Hipotensión	2 vez a la semana
8	Ayala Suarez Segundo		X	Cefalea	1 vez a la semana
9	Muños Montoya Miguel		X	Hipertensión	1 vez a la semana
10	Borbor Borbor Rud		X	Calambres	1 vez a la semana
11	Vera Vera Tula		X	Hipotensión, nauseas	1 vez a la semana
12	Toala Vaquero Maria	X		Hipertermia	1 vez a la semana
13	Moran García Felix	X		Hipotensión	4 veces a la semana
14	Cruz Ramírez William		X	Cefalea nausea vomito	1 vez a la semana
15	Moposita Almansa Blanca		X	Hipertermia	4 veces a la semana
16	Silva Martinez Luis		X	Nauseas, hipotensión	3 veces a la semana
17	Intriago Sabando Oscar	X		Calambres	2 veces a la semana
				Hipotensión	

ENERO

1	Andrade Cedeño Luis	X		Hipotensión	1 vez a la semana
2	Calero Aguilera Mónica		X	Bradycardia	2 veces a la semana
3	Barrera Márquez Carlos	X		Calambres	3 veces a la semana
4	Laínez Díaz Andrés	X		Cefalea	5 veces a la semana
5	Galarza Luis		X	Hipotensión	1 vez a la semana
6	Nieto Cruz Julio		X	Anemia	2 veces a la semana
7	Avilez Martillo	X		Cefalea	3 veces a la semana
8	Salvatierra González Simón	X		Taquicardia	2 veces a la semana
9	Rodríguez Vásquez Marcos		X	Convulsiones	1 ves a la semana
10	Baquero Baquero María		X	Nauseas, vomito, hipotensión	2 veces a la semana
11	Sacan Chancay Homero	X		Hipertermia	3 veces a la semana
12	Jaramillo Maldonado José	X		Calambres	1 vez a la semana
13	Anzules Espinoza Juan	X		Anemia	4 veces a la semana
14	Arriaga Beltran Jessica		X	Hipotensión	4 veces a la semana

15	Orozco Lluquilema María		X	Nauseas	3 veces a la semana
16	Torres Lajas María		X	Hipotensión	2 veces a la semana
17	Gómez Gaibor Cecilia	X		Cefalea	3 veces a la semana
18	Sotamba Zhiondon Luis	X		Calambres	1 vez a la semana
19	Juca Lema Luis		X	Hipotensión	2 veces a la semana
20	Acosta León Gladys	X		Hipertermia	3 veces a la semana
21	Campaña López Klever	X		Vomito	2 veces a la semana
22	Olivo Oliver Daniel	X		hipertensión	2 veces a la semana

FEBRERO

1	Gómez Mendosa Eduardo		X	Vomito	3 veces a la semana
2	Morales Bravo Ramón		X	Prurito	3 veces a la semana
3	Valverde Ángel		X	Hipotensión	1 vez a la semana
4	Lara Vargas Luis	X		Cefalea	2 veces a la semana
5	Velásquez Guzmán Tatiana	X		Hipertensión	1 vez a la semana
6	Castillo Barahona William	X		Hipotensión	2 veces a la semana

7	Heredia Urresta Nelly		X	Hipotensión, nauseas	3 veces a la semana
8	Castro Vargas Félix		X	Hipertermia	4 veces a la semana
9	Calderón Segundo	X		Hipotensión	1 vez a la semana
10	Segarra Calderón José	X		Cefalea nausea vomito	2 veces a la semana
11	Chilan Ignacio	X		Hipertermia	4 veces a la semana
12	Meneses Luango Elio	X		Nauseas, hipotensión	5 veces a la semana
13	Triviño Cedeño José Ángel	X		Bradycardia	3 veces a la semana
14	Briones Juan		X	Hipotensión	3 veces a la semana
15	Cervantes Vargas Felix		X	Cefalea	6 veces a la semana
16	Agualongo Núñez Angélica		X	Nauseas	3 veces a la semana
17	Marsini Apolinario		X	Hipotensión, calambres	2 veces a la semana
18	Veliz Cadena Francisco	X		Hipertermia	4 veces a la semana
19	Villacis Carrillo Cruz	X		Hipotensión	2 veces a la semana
20	León Becerra María	X		Calambres	1 vez a la semana
21	Villacres Castillo Henry	X		Convulsiones	3 veces a la semana
22	Torres Yagual Jorge		X	Hipotensión	2 veces a la semana

					semana
--	--	--	--	--	--------

Marzo

1	Montiel Macías Vicenta		X	Bradycardia	2 veces a la semana
2	Orobio Capurro Robinson		X	Cefalea	5 veces a la semana
3	Triviño Mosquera Josefina		X	Hipotensión	4 veces a la semana
4	Pachay Luis Julian	X		Anemia	2 veces a la semana
5	Chonillo Guanca José		X	Cefalea	5 veces a la semana
6	Fagardo Bustillos Ana	X		Taquicardia	2 veces a la semana
7	Cantos Vargas Félix		X	Convulsiones	4 veces a la semana
8	Sánchez Vargas Lidia	X		Nauseas, vomito, hipotensión	1 vez a la semana
9	Villacres Ramón		X	Hipertermia	1 vez a la semana
10	Murillo Vásquez Leonel		X	Calambres	3 veces a la semana
11	Gonzales Solís Jesús	X		Anemia	1 vez a la semana
12	López Guano Oscar	X		Hipotensión	2 veces a la semana
13	Aucatoma Clemente María		X	Bradycardia	4 veces a la semana
14	Ramones William		X	Vomito	1 vez a la semana

					semana
15	Garcés Contreras Alberto	X		Hipotensión	5 veces a la semana
16	Holguin Borquez Jorge	X		Convulsiones	3 veces a la semana
17	Tapia Gonzales Diego	X		Calambres	2 veces a la semana
18	Loor Vasquez Tito	X		Taquicardia	1 vez a la semana
19	Zambrano Molina Leonela	X		Nauseas	3 veces a la semana
20	Chacon Panguay Hilario		X	Hipertensión	3 veces a la semana
21	Ortiz Barzola María		X	Cefalea	4 veces a la semana

ABRIL

1	Rosado Vines Ana Esmeralda		X	Anemia	3 veces a la semana
2	Sánchez Pincay Luz Elena		X	Hipotensión, cefalea	4 veces a la semana
3	Bonilla Salazar Marcos		X	Cefalea	2 veces a la semana
4	Castro Olivo Esther		X	Vomito	1 vez a la semana
5	Loor Almeida Alexis		X	Bradycardia	1 vez a la semana
6	García Macías	X		Calambres	3 veces a la semana

	María Elena				semana
7	Murillo Espinoza Maryorie	X		Hipotensión	5 veces a la semana
8	Torres Anastasio Iván	X		Calambres, hipotensión	4 veces a la semana
9	Cepeda Transito María		X	Nauseas, hipotensión	3 veces a la semana
10	Delgado Veltran Jorge	X		Bradycardia	2 veces a la semana
11	Novato León Elías	X		Hipotensión	3 veces a la semana
12	Burgos López Jaime	X		Cefalea	1 ves a la semana
13	Vargas Haro Jacinto		X	Nauseas	1 vez a la semana
14	Rodríguez Recalde Eddy		X	Hipotensión, calambres	2 veces a la semana
15	Perez Cerezo Lenin	X		Hipertermia	3 veces a la semana
16	Guevara Pachay Segundo		X	Hipotensión	4 veces a la semana
17	Manzano Pachay Rosa	X		Calambres	2 veces a la semana
18	Quiñones Becerra Fanny		X	Convulsiones	1 vez a la semana
19	Chimpe Macías Alba		X	Cefalea	4 veces a la semana
20	Gonzales Tigrero Néstor		X	Hipertermia	2 veces a la semana

MAYO

1	Alvarado Mera Nelson		X	Hipertermia	4 veces a la semana
2	Martínez Aspiazu Cesar		X	Hipotensión, nauseas	3 veces a la semana
3	Zambrano Zambrano Gloria	X		Hipotensión, calambres	1 vez a la semana
4	Narváez María		X	Cefalea	2 veces a la semana
5	Yela Holguín Javier	X		Hipertensión	3 veces a la semana
6	Huacón Jaime Enrique	X		Calambres	4 veces a la semana
7	Jiménez Chicaiza Pacífico	X		Hipotensión, nauseas	1 vez a la semana
8	Castro Gavidia Alicia		X	Hipertermia	3 veces a la semana
9	Salazar Chávez Norma		X	Cefalea	3 veces a la semana
10	Murillo Gómez Celso	X		Cefalea nausea vomito	2 veces a la semana
11	Espinoza Zambrano Fulton		X	Convulsión, vomito	4 veces a la semana
12	Ushca Yangacela Benjamin		X	Hipotensión	2 veces a la semana
13	Quiñones Benavidez Jessica		X	Hipertermia	1 vez a la semana
14	Bustamante Sánchez Gertrudiz		X	Anemia	2 veces a la semana

15	Barahona Barsola Jose		X	Convulsiones	4 veces a la semana
16	Banchon Flores Mercedes	X		Taquicardia	2 veces a la semana
17	Villamar Asencio Luis	X		hipotensión	3 veces a la semana
18	Marín Aguilera León		X	Calambres	1 vez a la semana
19	Hurtado Yagual Elio	X		Nauseas	5 veces a la semana
20	Bastidas Macías John		X	Cefalea	3 veces a la semana
21	Pazmiño León José	X		Hipotensión	2 veces a la semana

JUNIO

1	Sánchez Rivas María		X	Hipotensión	5 veces a la semana
2	Villamos Asencio Luis		X	Calambres, hipotensión	7 veces a la semana
3	Vera Vera Domingo	X		Nauseas, hipotensión	1 vez a la semana
4	Ostaizo Yagual María		X	Bradycardia	2 veces a la semana
5	Marín Aguilera Lia	X		Hipotensión	3 veces a la semana
6	Mejía Fernando		X	Cefalea	7 veces a la semana
7	Ortiz Barzola María	X		Nauseas	4 veces a la semana

8	Pazmiño León José		X	Hipotensión, calambres	1 vez a la semana
9	Intriago Cobeña Eulalia	X		Hipertermia	1 vez a la semana
10	Pucuna Caranqui Jesús		X	Hipotensión	4 veces a la semana
11	Barcia Galo	X		Anemia	1 vez a la semana
12	Mero Toro		X	Convulsiones	1 vez a la semana
13	Moran Ruales Manuel		X	Taquicardia	1 vez a la semana
		95	91	186 pacientes dializados	

Fuente: Departamento De Estadística Del Hospital Luis Vernaza

ANEXO N° 10

Glosario

Aldosterona.- Hormona que interviene en el metabolismo de los glúcidos y es responsable de la regulación de los niveles de sodio y potasio en los riñones.

Anuria.- es la ausencia de orina en la vejiga.

Calambre.- Contracción espasmódico, doloroso y poco durable de ciertos músculos.

Carnitina.- Es una "forma libre" de aminoácidos que constituye una fuente importante de energía para los músculos

Catéter.- Dispositivo de forma tubular que puede ser introducido dentro de un tejido o vena.

Cosmovisión.- Forma de concebir e interpretar el mundo propio de una persona o época.

Cuidar se refiere a las actividades que permiten alcanzar un mayor grado de bienestar.

Curar.- se define como intervenir sobre la enfermedad.

Deshumanización.- Se entiende por deshumanización a la pérdida de los atributos y de la dignidad humana en el contexto de la relación del profesional de la salud con el paciente.

Dializador.- Dializador, o el riñón artificial, es un producto sanitario y es la pieza del equipo que de hecho filtra la sangre. Uno de los tipos más populares es el dializador hueco de fibra, en el cual la sangre corre a través de un paquete de tubos capilares muy finos, y el dialisato se bombea en un compartimiento que baña las fibras.

Edema.- considera un signo clínico. Se revisa de forma interdiaria (día por medio) y, cuando es factible, se mide el contorno de la zona afectada con una cinta métrica (en milímetros).

Electrólisis.- es el proceso que separa los elementos de un compuesto por medio de la electricidad.

Estupor.- Disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de cierto aire o aspecto de asombro o de indiferencia.

Hemodiafiltración.- es una combinación de hemodiálisis y hemofiltración, en ella es incorporado un hemofiltro a un circuito estándar de hemodiálisis. La hemodiafiltración se comienza a usar en algunos centros de diálisis para la terapia crónica de mantenimiento.

Hemofiltración.- es un tratamiento similar a la hemodiálisis, pero en este caso, la membrana es mucho más porosa y permite el paso de una cantidad mucho más grande de agua y solutos a través de ella.

Hidronefrosis.- Es una dilatación del sistema colector renal debida a dificultad para la eliminación de la orina, causada por la existencia de un obstáculo en algún punto del sistema urinario

Hiperpotasemia o hiperkalemia.- es un trastorno hidroelectrolítico que se define como un nivel elevado de potasio plasmático, por encima de 5.5 mmol/L.

Hipoperfusión.- Disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano.

Isquemia.- Disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo de una parte del cuerpo.

Letargia.- Sueño profundo y continuo, en el cual el paciente habla cuando se le despierta, pero no sabe lo que dice, olvida lo que ha dicho y cae nuevamente en su primer estado.

Necrosis.- Muerte o gangrena de los tejidos del organismo.

Oliguria.- Es una disminución de la producción de orina

Poliuria.- Emisión de un volumen de orina superior al esperado.

Síndrome.- En medicina, un síndrome (del griego συνδρομή syndromé, 'concurso') es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.

Tinnitus.- Ruidos en los oídos cuando no hay una fuente sonora externa.

ANEXO Nº 10
APLICACION DE ENCUESTA



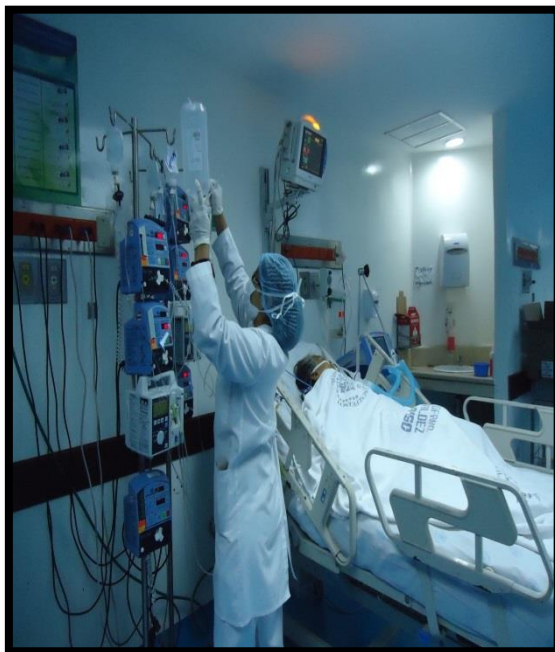
ANEXO Nº 11
PREPARACION DEL DIALIZADOR



ANEXO Nº 12
PACIENTES DURANTE LA HEMODIALISIS



ANEXO Nº 13
RECEPCION Y MONITORIZACION - PACIENTE POST DIALISIS



ANEXO Nº 14

SOLICITUD DE PERMISO RECOLECCION DE INFORMACION

Guayaquil 31 de Mayo del 2013.

Doctor,
Daniel Tettamanti Miranda
JEFE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

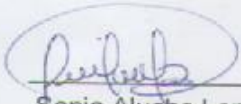
Presente:


Luego de expresarle un atento y cordial saludo, deseándole éxitos en la función que desempeña.

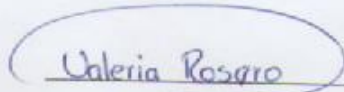
El motivo del presente tiene la finalidad de solicitarle de la forma más comedida se nos facilite el permiso para la recolección de información necesaria para la realización de nuestra investigación de Pre- grado que lleva el siguiente tema: **COMPLICACIONES POST DIALISIS EN RELACION A LOS CUIDADOS DE ENFERMARIA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL PERIODO OCTUBRE DEL 2012 - JUNIO DEL 2013.**

Por la favorable atención prestada a la presente le anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente:


Sonia Alucho Lema
Interna Rotativa Enfermería
Universidad Estatal de Bolívar


Eugenia Rivadeneira Broncano
Interna Rotativa Enfermería
Universidad Estatal de Bolívar


Lic. Valeria Rosero
Tutora de Tesis
Universidad Estatal De Bolívar

CC. Lic. Mirian Cañadas Jefe Departamento de Enfermería.



ANEXO Nº 15
SOLICITUD DE EJECUCION DE LA PROPUESTA

Guayaquil 06 de septiembre del 2013

Licenciada.

Gina Vizuete.

COORDINADORA DEL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA
HOSPITAL "LUIS VERNAZA"
GUAYAQUIL

Presente.

De nuestras consideración con un cordial saludo y deseándole éxito en las funciones que desempeña. La presente tiene la finalidad de solicitar a usted de la manera más comedida las facilidades para realizar la ejecución de la propuesta del trabajo de investigación que hemos venido desarrollando en este servicio.

Tema denominad: Capacitación Sobre Cuidados de Enfermería Post Diálisis.

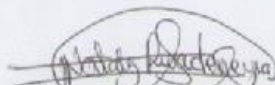
Dirigido: Enfermaras del Servicio.

Duración en días: 6 días (3 días grupo 1 y 3 días Grupo 2)

Duración en horas: 12 horas

Por la favorable atención a la petición anticipamos nuestros agradecimientos

Atentamente.


Eugenia Rivadeneira


Sonia Alucho



ANEXO Nº 16
CERTIFICACION DE LA EJECUCION DE LA PROPUESTA

Guayaquil 27 de septiembre del 2013

Yo Licenciada Gina Vizuite Coordinadora del Servicio de Medicina Critica del Hospital Luis Vernaza de la junta de beneficencia de Guayaquil a petición verbal

CERTIFICO QUE

Las señorías IRE Eugenia Rivadeneira y Sonia Alucho, ejecutaron el plan de capacitación denominado cuidados de enfermería post diálisis dirigido a las enfermeras del servicio a partir del 18 al 25 de septiembre del 2013.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad

Atentamente:

Lcda. Gina Vizuite
Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hospital Luis Vernaza
Coordinadora del Servicio.
Lic. Gina Vizuite Mandoza
COORDINADORA GENERAL SERVICIO MEDICINA CRITICA