

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO MAYOR CON
INSUFICIENCIA RENAL EN LA UHH A-3-1 MEDICINA INTERNA –
GERIATRÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CRL LUIS ARIAS
SCHEREIBER”. 2015 – 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

CECILIA ISABEL YENQUE RAMOS

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ Dra. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ | Presidenta |
| ➤ Mg. CESAR ANGEL DURAND GONZALES | Secretaria |
| ➤ Mg. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU | Vocal |

ASESOR: Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

N° de Libro: 05

N° de Acta de Sustentación: 202-2018

Resolución de Decanato N° 657-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero de 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivos de la Investigación	6
1.3 Justificación	6
II.- MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos.	31
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	33
3.1 Recolección de Datos	33
3.2 Experiencia Profesional	34
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	38
IV.- RESULTADOS	40
V.- CONCLUSIONES	51
VI.- RECOMENDACIONES	53
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	58

INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida irreversible del filtrado glomerular. Además, se puede definir como la pérdida total o parcial de la capacidad de la unión renal. En el Perú, se estima que más del 50 % de la población que potencialmente requiere algún tipo de terapia reemplazo renal, no lo está recibiendo. (7) Por lo tanto, el efecto terapéutico adecuado y prevenir la progresión de la Insuficiencia Renal Crónica en pacientes de edad avanzada es muy importante la corrección de estas condiciones.

La prevalencia de la enfermedad renal crónica en etapa terminal se está incrementando considerablemente impulsada por el envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de la diabetes mellitus e hipertensión. En el Perú el ritmo de crecimiento poblacional se viene incrementando desde hace tres décadas, se calcula que para fines del 2005 la población adulta mayor representará el 7.68% de la población nacional y en el 2025 representará el 13.27%.

El presente trabajo académico titulado "Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría del Hospital Militar Central", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente las complicaciones, lo cual es un paso muy importante para prevenir riesgos, y

disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes adultos geriátricos.

El presente trabajo académico consta de siete apartados; **I:** planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **II:** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **IV:** resultados; **V:** conclusiones, **VI:** recomendaciones y el **VII:** referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Situación Problemática

El aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, trae como consecuencia que las personas mayores de 60 años aumenten más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. En el Perú el ritmo de crecimiento poblacional se viene incrementando desde hace tres décadas, se calcula que para fines del 2005 la población adulta mayor representará el 7.68% de la población nacional y en el 2025 representará el 13.27%. Esto significa que en los próximos 20 años este grupo poblacional llegará casi a duplicarse (1).

Este crecimiento también está asociado a patologías de este grupo, como alteraciones funcionales, factores intrínsecos y otros. Uno de los principales motivos de hospitalización es la Insuficiencia Renal Crónica, siendo un problema de salud pública que está asociada a alta mortalidad cardiovascular (CV) y a altos gastos en los sistemas de salud. (2) (3) Según el 2013 *Global Burden of Disease study*, la insuficiencia renal crónica como causa de muerte en la población general subió del puesto 36 al puesto 19 en dos décadas. (4) Aunque no hay estudios poblacionales al respecto en nuestro país, una

reciente carta revela que la insuficiencia renal representa el 3.5 % de las muertes a nivel nacional. (5)

La insuficiencia renal crónica aparece en aproximadamente 2-3% de todos los pacientes hospitalizados y entre 10-30% de los pacientes ingresados a cuidados intensivos. (6) Por lo general se presenta de forma aislada, aunque suele verse acompañada como parte de disfunción orgánica múltiple, es decir, de insuficiencia de otros órganos, tales como respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular, hepática, etc.

En el Perú, se estima que más del 50 % de la población que potencialmente requiere algún tipo de terapia reemplazo renal, no lo está recibiendo. (7) Por lo tanto, el efecto terapéutico adecuado y prevenir la progresión de la Insuficiencia Renal Crónica en pacientes de edad avanzada es muy importante la corrección de estas condiciones.

Es por ello que en la UUHH A-3-1 del Hospital Militar Central del Perú de la ciudad de Lima, el tipo de pacientes de interés del presente informe son los militares en actividad o retiro, además de personal civil adultos mayores dependientes que acuden al servicio de Medicina Interna – Geriatría con insuficiencia renal crónica; debiendo

para ello que la enfermera tenga las competencias y habilidades profesionales para dar respuesta a los nuevos perfiles epidemiológicos a los que da lugar este grupo poblacional.

1.2. Objetivo de la Investigación

Describir los cuidados de enfermería en el adulto mayor con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que acude a la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria del Hospital Militar Central, Lima 2015 – 2017.

1.3. Justificación

El presente trabajo académico tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica, además de ser una guía para los profesionales y/o cuidadores que desempeñan dicho rol en el servicio en la unidad hospitalaria A-3-1 Medicina Interna – Geriatria en el periodo 2015 al 2017, con el propósito de disminuir múltiples complicaciones. Asimismo, el presente trabajo académico se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con insuficiencia renal crónica; además de brindar capacitación al familiar o cuidador del paciente sobre la dieta y la hidratación en el hogar incluyendo los alimentos que no debe de

ingerir. Contribuyendo en la materia que constituye una fuente importante para futuros trabajos académicos.

Nivel Metodológico: Es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados de enfermería.

Nivel Social: A nivel social, beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes geriátricos en la unidad de hospitalización. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre las características de la enfermedad y como brindar soporte ante posibles complicaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

ANGEL Z., DUQUE G. Y TOVAR D. (2016). "Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática". (8) Donde se manifiesta: La enfermedad renal crónica es considerada actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal, y su impacto en el paciente, su familia y los sistemas sanitarios. Por lo tanto requiere una atención integral fundamentada en buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia. Método: Revisión sistemática de la literatura científica de artículos publicados entre 2004 a 2014, en idioma español, portugués e inglés, y accesibles a texto completo. Búsqueda exhaustiva y reproducible de trabajos originales en las bases de datos Cuiden Plus, CINAHL, SciELO, Lilacs, PubMed, y Nursing Ovid. Valoración crítica de la calidad científica de los estudios aplicando las parrillas de investigación de CASPe, y la lista de chequeo STROBE. Resultados: Los temas que surgieron del análisis de los artículos fueron: Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el cuidado del paciente en

hemodiálisis, lenguaje común enfermero, diagnósticos de enfermería en el paciente en hemodiálisis, educación y autocuidado del paciente en hemodiálisis, importancia de la familia en el cuidado del paciente, satisfacción del paciente como objetivo de calidad. Conclusiones: Los modelos, teorías y taxonomía permiten una visión más amplia, profunda y abarcadora de la enfermería que viabiliza el camino a la excelencia en la atención al paciente.

GÁMEZ A.M., MONTELL O.A., RUANO V. Y ALFONSO DE LEÓN J.A (2013) "Enfermedad crónica en el adulto mayor" (9), cuyo objetivo es conocer la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica en el adulto mayor, en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Métodos: se realizó un estudio de tipo, longitudinal, descriptivo, retrospectivo. La muestra la constituyó 274 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, color de la piel, peso, antecedentes patológicos personales, las causas de ingreso, los factores de progresión de la enfermedad renal crónica, hábitos tóxicos y valor de la creatinina. Para organizar los indicadores obtenidos se aplicó el método estadístico descriptivo, analizando la información mediante tablas de distribución de frecuencia, gráficos y las medidas de resumen como la media y la moda para las variables cuantitativas, y los números absolutos y el porcentaje para las variables cualitativa.

Resultados: alta prevalencia hospitalaria de la enfermedad renal crónica en el adulto mayor, más frecuente en el sexo femenino y la raza blanca, coexisten muchos factores de riesgo, predominando hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, edad y hábito de fumar. Los factores de progresión más frecuentes encontrados fueron hipertensión arterial descompensada, hipoperfusión renal y sepsis.

Conclusiones: existe una alta prevalencia hospitalaria de la enfermedad renal crónica en el adulto mayor, con un subdiagnóstico de la misma.

CHÁVEZ DEXTRE JESSICA ISABEL. (2014) "Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza". (10) El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013. Material y método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala tipo Likert aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100%(50), 56%(28) refiere un nivel de calidad de vida regular, 26%(13) deficiente y 18%(9) bueno. Respecto a la dimensión física, 52%(26) regular, 36%(18) deficiente y 12%(6) bueno. En la dimensión rol físico, 54%(27) regular, 24%(12) deficiente y 22%(11) bueno. En la dimensión dolor corporal, 56%(28) deficiente,

24%(12) regular y 20%(10) bueno. En la dimensión salud general, 60%(30) deficiente, 28%(14) regular y 12%(6) bueno. En la dimensión vitalidad, 54%(27) regular, 28%(14) deficiente y 18%(9) bueno. En la dimensión rol emocional, 40%(20) regular, 32%(16) deficiente y 28%(14) bueno. En la dimensión salud mental, 56%(28) regular, 28%(14) deficiente y 16%(8) bueno. En la dimensión función física, 44%(22) regular, 36%(18) deficiente y el 20%(10) bueno.

Conclusiones. La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis en su mayoría es de regular a deficiente referido a que a pesar de los esfuerzos realizados se cansan al caminar, al subir varios pisos, agacharse o arrodillarse, tiene que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas, en las últimas semanas el dolor corporal le ha dificultado realizar su trabajo o han tenido que reducir el trabajo, creen que su salud va a empeorar, se han sentido desanimados y deprimidos, estuvieron muy nerviosos y nada le sube de ánimo.

PINAR MARTINEZ ENRIQUE (2014) "Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en fase aguda". (11) El objetivo es estudiar más profundamente la enfermedad renal, en todos sus aspectos y conocer el papel de enfermería en cuanto al manejo y cuidado de los pacientes que presentan dicha enfermedad.

Metodología: Se trata de una investigación cualitativa, tipo estudio de

caso. El estudio fue realizado a un varón de 20 años de edad, diagnosticado de enfermedad renal crónica de Estadio 5, al cual se le realiza tratamiento de hemodiálisis de forma urgente a través de catéter central, a consecuencia de ascitis y derrame pericárdico severo, en un hospital de la comunidad valenciana. Resultados: Se ha realizado un plan de cuidados basado en la clasificación NANDA y taxonomía NOC y NIC, el cual ha resultado muy favorable para el paciente. El diagnóstico principal es "(00026) Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de mecanismos reguladores m/p aumento de peso en un corto espacio de tiempo, edemas y anuria"; siendo la complicación potencial principal "Hipotensión arterial". Discusión y limitaciones: Creemos que la principal contribución de este trabajo está relacionada con el abordaje enfermero del paciente con enfermedad renal crónica, desde sus estadios iniciales, hasta los estadios avanzados, incluyendo las situaciones agudas. Conclusiones: Es fundamental el abordaje precoz en pacientes con enfermedad renal crónica; en estadios iniciales, centrando la atención en la promoción y prevención de la salud; así como, el manejo de las terapias sustitutivas en los estadios avanzados.

MORAIS C.G., BERENICE P.M., MEDEIROS M., RANIERE DE OLIVEIRA C., MARCELLY C. (2016) "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis". (12) El objetivo fue

evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, así como caracterizarlos, identificar los factores que afectan e influyen en la misma. Se trata de un estudio de campo, descriptivo, transversal y cuantitativo realizado en un centro de hemodiálisis en el Alto Sertão da Paraíba, municipio Cajazeiras. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el WHOQOL-BREF para evaluar los puntajes promedio y la calidad de vida de los participantes, así como la prueba de correlación de Pearson entre las variables obtenidas. La muestra estuvo conformada por 39 sujetos. La investigación incluyó a pacientes de ambos sexos: 54% hombres y 46% mujeres y tiene, con respecto a la edad, alta prevalencia de más de 51 años. En general, el dominio más afectado entre los participantes fue el dominio físico (DF), con un promedio de 59.44, y el mejor conservado fue el dominio social (DS), con un promedio de 72.87, reflejado en la Calidad de Vida (QOL) de los pacientes con IR, que mostró un promedio de 64.96. A través del test de correlación de Pearson, hubo una relación significativa entre los diversos ámbitos en los que todos los dominios mostraron una alta correlación con la calidad de vida. Llegamos a la conclusión de que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis tienen una calidad de vida regular, y el conocimiento de los profesionales sobre este tema es de suma importancia para alcanzar una optimización en el cuidado de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis.

2.2. Marco conceptual

Insuficiencia Renal: La insuficiencia renal es la incapacidad de llevar a cabo efectivamente su función de filtración, separando las toxinas sacándolas del organismo por medio de la excreción de la orina y mandando al torrente sanguíneo elementos útiles.

También los riñones producen hormonas que mantienen los huesos fuertes y la sangre sana. Pero si los riñones están lesionados, no funcionan correctamente. Pueden acumularse desechos peligrosos en el organismo. Puede elevarse la presión arterial. Su cuerpo puede retener el exceso de líquidos y no producir suficientes glóbulos rojos.

Además, la insuficiencia renal es un trastorno parcial o completo de la función renal. Existe incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y el agua y, asimismo, aparece un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas del organismo. La insuficiencia renal puede ser aguda o crónica. (13)

A. Insuficiencia Renal Aguda:

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 uremia es el proceso en que la función renal disminuye hasta un punto en que aparecen síntomas en múltiples sistemas del organismo. La IRA 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 %.

B. Insuficiencia Renal Crónica:

Consiste en una destrucción progresiva e irreversible de las nefronas de ambos riñones. Los estadios se definen según el grado de función renal, existiendo hasta cinco estadios.

Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesitándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente. Una persona puede sobrevivir sin necesidad de diálisis incluso tras haber perdido más del 90% de las nefronas. Debido a la falta de alteraciones notables el sujeto puede atravesar diversos estadios de la IRC sin saberlo.

a. Etiología:

De las muchas causas de la IRC, las más comunes son la diabetes mellitus, la hipertensión y la enfermedad de los

riñones poliquísticos. Independientemente de la causa, la presentación de la enfermedad es similar, especialmente a medida que el sujeto se aproxima al desarrollo de la IRT.

b. 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 hipertrofién, lo que conlleva una pérdida de la capacidad de las mismas para concentrar la orina de forma adecuada. Uno de los primeros signos de la IRC es la isotenuriapoliuria, con excreción de orina que es casi isotónica con el plasma. 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. El conjunto de las manifestaciones de la IRC se incluye en el término uremia.

c. Pruebas diagnósticas:

Además de las pruebas comunes, mencionadas anteriormente, encontramos pruebas diagnósticas específicas de la insuficiencia renal crónica:

- **Índice de filtración glomerular (IFG):** Puede calcularse utilizando la fórmula matemática MDRD: $IFG = 170 \times (\text{creatina plasmática en mg/dl})^{-0,999} \times (\text{edad})^{-0,176} \times (0,762 \text{ en mujeres}) \times (1,180 \text{ si el paciente es de raza negra}) \times (\text{urea sérica en mg/dl})^{-0,170} \times (\text{albúmina en g/dl})^{-0,318}$
- **Examen radiográfico de riñones, uréteres y vejiga urinaria:** Permite comprobar la existencia de los dos riñones y observar alteraciones de su forma o tamaño; también permite detectar algunos tipos de obstrucciones.
- **Pielografía intravenosa y biopsia renal:** Son técnicas adicionales para intentar determinar la causa de la insuficiencia renal. Una vez el paciente está en la fase de Insuficiencia Renal Terminal ya no se llevan a cabo.
- **Bioquímicas séricas, exámenes radiográficos de manos y tórax, y prueba de velocidad de la conducción nerviosa:** Permiten valorar el desarrollo y la progresión de la uremia y sus complicaciones.

d. Manifestaciones clínicas:

Aparecen debido a las sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrólitos, agua y muchas otras. La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y signos observados en los distintos órganos y sistemas del organismo. Son muy variados dependiendo de la persona y la causa de la enfermedad renal.

Los primeros síntomas aparecen debido a la disminución en un 25-30% del filtrado glomerular, lo que produce un aumento de la urea y la creatinina en el plasma. Encontramos síntomas en los siguientes sistemas:

- ❖ **Sistema urinario:** en la primera etapa de la enfermedad se produce poliuria, debido a la incapacidad de los riñones de concentrar la orina. Sobre todo ocurre durante la noche por lo que el paciente se debe levantar varias veces. A medida que la enfermedad empeora aparece oliguria y al final anuria. También puede haber proteinuria, cilindruria, piuria y hematuria.
- ❖ **Alteraciones digestivas:** debido a que se disminuye la velocidad de filtración glomerular, aumenta el BUN y los valores séricos de creatinina. Esto produce una presencia de productos residuales en el SNC y en tracto

gastrointestinal que produce inflamación, por lo que el paciente presenta: náuseas, vómitos, letargia, fatiga, estomatitis, gingivitis, hemorragias gastrointestinales, trastorno de la capacidad para pensar y cefalea. Un elemento característico de niveles de urea elevados es la sensación de un sabor desagradable en la boca y una halitosis característica (foetor urémico).

❖ **Trastornos de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico:**

- Hiperpotasemia, debida a la disminución de la excreción renal de potasio, pudiendo aparecer arritmias cardiacas de evolución incluso letal.
- El trastorno de la excreción del sodio, hace que se retenga tanto sodio como agua, dando lugar a una hiponatremia dilucional, pudiendo aparecer edema, hipertensión e insuficiencia cardiaca congestiva
- Debido a un trastorno en la capacidad renal de excretar la carga ácida, y también debido al trastorno de la reabsorción y regeneración del bicarbonato, se produce una acidosis metabólica, aunque el bicarbonato plasmático suele disminuir para alcanzar una concentración que devuelva el equilibrio.

- También se producen alteración en el calcio, fosfato y magnesio.
- ❖ **Alteraciones hematológicas:** La disminución de la producción renal de eritropoyetina que ocasiona una reducción de hematíes en la médula ósea, eritropoyesis, da lugar a anemia. También existe mayor riesgo de sufrir hemorragia causada por trastornos de la agregación plaquetaria y liberación del factor plaquetario. En estos pacientes hay alteraciones en el sistema de coagulación con aumento de las concentraciones de factor VIII y de fibrinógeno.
- ❖ Pueden aparecer **infecciones**, causadas por trastornos de la función plaquetaria y alteraciones funcionales de los leucocitos.
- ❖ En el **sistema cardiovascular**, como ya hemos comentado anteriormente, se puede producir: hipertensión arterial, arritmia e insuficiencia cardiaca congestiva que puede causar edema agudo de pulmón.
- ❖ El edema ocasionado por la retención de líquidos produce, en el **sistema respiratorio**, una disnea llamada respiración de Kussmaul que deriva en edema pulmonar, pleuritis urémica, derrame pleural, e infecciones respiratorias.

- ❖ Pueden aparecer **alteraciones neurológicas** como letargia, apatía, trastornos de la capacidad de concentración, fatiga, irritabilidad y alteración de la capacidad mental debido a los productos residuales nitrogenados, trastornos electrolíticos y acidosis metabólica.
- ❖ **Alteraciones del aparato locomotor:** A causa de alteraciones del metabolismo el calcio y fósforo pueden aparecer alteraciones óseas como la osteodistrofia renal, dolores y deformidades.
- ❖ **Alteraciones dermatológicas:** La piel puede presentar un descoloramiento amarilloverdoso debido a la absorción y retención de urocromo (pigmentos de la orina). También tiene un aspecto pálido, seco y escamoso a causa de la anemia. Pueden aparecer petequias y equimosis por anomalías de las plaquetas. El pelo es seco, quebradizo y tiende a caer. Las uñas son delgadas, frágiles y arrugadas. Estos pacientes suelen padecer un prurito intenso, debido a las alteraciones del metabolismo fosfatocálcico.
- ❖ En el **sistema reproductor** se puede observar infertilidad y disminución del lívido. En mujeres suele disminuir los estrógenos, progesterona y hormona luteinizante causando anovulación y alteraciones menstruales que reaparecen

tras el inicio de la diálisis. En el hombre produce pérdida de la consistencia de los testículos, disminución de los valores de testosterona y recuentos bajos de espermatozoides. La función sexual puede mejorar con la diálisis de mantenimiento e incluso normalizarse después de un trasplante con éxito.

- ❖ Estos pacientes pueden presentar **alteraciones del sistema endocrino** como hipotiroidismo. También se puede observar cambios de la personalidad y de la conducta como labilidad emocional, aislamiento y depresión. Al igual que alteración de la imagen corporal debido al edema, trastorno de la piel y mucosas, así como por la presencia de vías de acceso (fístula, catéter...) que contribuyen a aumentar la ansiedad y depresión.

e. Acciones terapéuticas:

i. Tratamiento médico:

Los objetivos son: retener la función renal, mantener la homeostasia lo máximo posible, tratar las manifestaciones clínicas y prevenir las complicaciones.

Para ello, tenemos diferentes tipos de tratamiento:

❖ **Control del equilibrio hídrico:**

El cálculo de la ingesta de líquidos depende de la diuresis del día anterior. Para el cálculo de la

restricción, la norma general es administrar líquidos a un ritmo de 400-600ml/día, y a esa cantidad se le suma las pérdidas ocurridas durante las 24 horas anteriores (orina, vómitos, sangre, diarrea). En pacientes sometidos a diálisis o hemodiálisis, la ingesta de líquidos se ajusta de modo que entre una diálisis y la siguiente el peso no aumente más de 1-3 Kg.

❖ **Control de electrolitos:**

- **Tratamiento de la hiperpotasemia:** se controla mediante la restricción de fármacos y alimentos ricos en potasio. En caso de hiperpotasemia aguda se administran fármacos que disminuyan su concentración en sangre.
- **Tratamiento de la hiperfosfatemia:** la ingesta de fosfato se suele limitar a 1g/día pero el control dietético normalmente no es suficiente por lo que se administran fijadores del fósforo para que sea eliminado por la heces.
- **Tratamiento de la hipocalcemia:** debido a la falta de vitamina D, el intestino no puede absorber el calcio, por lo que se han de administrar suplementos de calcio. Si la hipocalcemia aún

persiste se ha de administrar la forma activa de la vitamina D. Antes de iniciar este tratamiento se ha de disminuir los valores de fosfato ya que la interacción entre calcio-fosfato puede producir calcificaciones en los tejidos blandos.

❖ **Tratamiento de otras manifestaciones clínicas:**

- **Hipertensión:** se basa en la restricción de líquidos y sodio, y en la administración de fármacos antihipertensivos. Los IECA disminuyen la proteinuria retrasando la progresión de la insuficiencia renal. Se ha de monitorizar el efecto de los antihipertensivos mediante el control periódico de la presión arterial ya que se han de evitar las lesiones de arterosclerosis que podrían afectar aún más la función renal.
- **Anemia:** se administra eritropoyetina vía intravenosa o subcutánea junto con suplementos de hierro vía oral o parenteral, ya que aumenta la demanda de hierro al administrar eritropoyetina. Los suplementos del hierro tienen efectos secundarios como la irritación gástrica o estreñimiento. También se administran suplementos de ácido fólico puesto que es

necesario para la formación de hematíes y además es eliminado en la diálisis. Por otro lado, deben evitarse las transfusiones sanguíneas a menos que el paciente presente síntomas agudos como disnea, taquicardia, palpitaciones, fatiga intensa o hematocrito inferior al 20%.

- **Osteodistrofia renal:** puede ser producida por lo fijadores de fosfato por lo que su uso debe estar controlado.
- **Complicaciones del tratamiento farmacológico:** debido a que muchos fármacos son excretados por los riñones, en pacientes con insuficiencia renal podrían producir intoxicaciones, por lo que las dosis y la frecuencia de administración deben ajustarse según la gravedad de la enfermedad renal.
- **Prurito:** se trata con Difenhidramina.

❖ **Terapia nutricional:**

Consiste en las restricciones alimentarias necesarias para impedir la azoemia y los trastornos hidroelectrolíticos, pero aportando las calorías suficientes para prevenir el catabolismo de las proteínas del organismo, proceso que causaría el

aumento de los valores de urea, fosfato y potasio. Para ello es necesario: Una dieta baja en proteínas, pero rica en grasas y carbohidratos, restricción de alimentos ricos en sodio, potasio y fosforo y administración de suplementos calóricos, vitamínicos o de aminoácidos esenciales.

Las restricción de proteínas en pacientes con IRC moderada es de 0,6-0,8 g/Kg/día, en pacientes con IRC de mayor gravedad la restricción de proteínas supone un riesgo de malnutrición. Sin embargo, una vez se ha iniciado la diálisis la ingesta de proteínas puede aumentarse de 1,2 a 1,3 g/Kg/día. Por otro lado, el 50% de la ingesta proteica debe tener un alto valor biológico y contener todos los aminoácidos esenciales.

❖ **Diálisis o trasplante renal:**

El paciente en quien aumenta los síntomas de insuficiencia renal crónica debe remitirse a un centro de diálisis y trasplante en la primera etapa de la nefropatía progresiva. La diálisis se inicia cuando el paciente no puede conservar un estilo de vida razonable con medidas conservadoras o bien cuando

estas no son suficientes y el IFG (índice de filtrado glomerular) es inferior a 12 ml/min.

ii. Cuidados de enfermería:

Para la prevención y el tratamiento precoz, es imprescindible identificar a personas con riesgo de padecer IRC (personas con antecedentes de enfermedad renal, hipertensión, diabetes mellitus e infecciones repetitivas del tracto urinario). A estas personas se les debe realizar seguimientos periódicos e indicarles que deben avisar al profesional de salud cualquier alteración observada en el volumen de orina, su aspecto y la frecuencia de micción. En caso de necesitar suministrar un fármaco nefrotóxico, es importante controlar la función renal. En estos pacientes, la educación para la salud juega un papel muy importante, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, el paciente y su familia serán los responsables de la dieta, los fármacos y los cuidados de seguimiento. La enfermera deberá valorar los sistemas de apoyo del paciente, ya que, al tratarse de una enfermedad crónica, va a afectar a todas las áreas vitales de la persona.

Mediante la educación para la salud, el paciente deberá ser capaz de pesarse y medir la presión arterial diariamente, así como identificar los signos y síntomas de sobrecarga de líquidos, hiperpotasemia y otros trastornos hidroelectrolíticos. Tanto el paciente como la familia han de comprender la importancia del cumplimiento estricto de la dieta. Además, deben acudir periódicamente a un dietista, para planificar bien la dieta y ajustarla a la función renal. En cuanto a los fármacos, seguiremos las mismas recomendaciones que en la IRC. Para asumir el papel primario en el control de la enfermedad es esencial la motivación. El periodo de tratamiento conservador proporciona la oportunidad de evaluar la habilidad del paciente para controlar la enfermedad.

Cuando el tratamiento conservador ya no es efectivo, las opciones son la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante.

Tanto el paciente como su familia necesitan una explicación clara de lo que implica la diálisis y el trasplante. Proporcionar información acerca de las opciones de tratamiento permitirá al paciente participar en

el proceso de toma de decisiones y le dará una cierta sensación de control. Se debe informar al paciente que aunque elija diálisis, siempre existe la opción del trasplante, y en caso de que el trasplante fracase, siempre se puede volver a la diálisis, o hacer otro trasplante. (14)

iii. Teoría de enfermería:

La Teoría General del Autocuidado, de Dorothea Orem publicada en el año 1993, sostiene que enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad. La aplicación práctica del modelo de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, contribuiría notablemente al desarrollo de la enfermería en el contexto de la ERC. Esta teoría se sustenta en tres principios básicos:

- El autocuidado: función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar.

- El déficit de autocuidado: expresión de desbalance entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado.
- Los sistemas de enfermería: la acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeros(as), a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud. (15)

Orem, definió el autocuidado como "la práctica de actividades que el individuo inicia y ejecuta por sí mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar general". (15, 16) Aunque esta teoría parece centrarse en el cuidado propio, no limita el autocuidado al individuo. El autocuidado también incluye el cuidado administrado por los integrantes del equipo de salud, la familia o amistades (cuidadores) cuando el individuo no puede proveerse algún tipo de cuidado hacia sí mismo ya sea por cortos o largos períodos de tiempo. (16)

Las acciones de enfermería en función del bienestar del paciente, incluyen la detección de manifestaciones de pérdida de autocuidado, promoción de la recuperación

del mismo, asunción de un rol de orientador, contando con la participación del paciente, desarrollo de habilidades de motivación, así como diseño y planificación de la forma de capacitar y animar al individuo para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. Como lo manifiesta Edward G. en el 2015, el cuidado de enfermería es la semilla de la flor del autocuidado, regándose con promoción y prevención, dando por entender que la enfermera es una fuente importante para que el paciente llegue a lograr su objetivo que es el autocuidado, entendiéndose que para ello concientizara sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. (17)

2.3. Definición de términos

- a. **Adulto mayor:** persona mayor de 65 años de edad
- b. **Autocuidado:** son las actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.
- c. **Diabetes Mellitus II:** Es una enfermedad que dura toda la vida (crónica) en la cual hay un alto nivel de azúcar

(glucosa) en la sangre. La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes.

- d. **Envejecimiento:** proceso fisiológico progresivo de deterioro de las capacidades fisiológicas, psíquicas y sociales de la persona.
- e. **Hipertensión:** es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea por encima de los límites sobre los cuales aumenta el riesgo cardiovascular.
- f. **Insuficiencia Crónica:** La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el riñón pierde la capacidad de producir orina, y a su vez de eliminar las toxinas de la sangre, entre otras funciones que son necesarias para la vida.
- g. **Diálisis:** Tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal.

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente trabajo académico se llevó a cabo la recolección de datos recorriendo información documentaria para lo cual se hizo en la revisión de los registros Enfermería de la UUHH A-3-1 Medicina interna – Geriatria, “Libro de estancias hospitalaria” y de la oficina de informática del Hospital Militar Central.

Estos datos nos permiten demostrar el manejo de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Asimismo, para la obtención de los datos que contienen el presente informe, se llevó cabo de las siguientes acciones:

- a. Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- b. Se ha recurrido a estas fuentes para obtener datos relativos del número de pacientes hospitalizados, pacientes diagnosticados, estadía de los pacientes, sobre los cuales fueron ingresados a la base de datos en el programa de Excel, en el cual se procesó de información para la tabulación con

tablas estadísticas descriptivas. El análisis se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos según porcentaje.

- c. Se adicionaron fuentes secundarias, como trabajos de investigación, artículos y revistas científicas que contengan datos de interés entre ellos SCIELO, MEDLINE, REDLINE y otros.

3.2. Experiencia profesional

Mi desempeño profesional como enfermera asistencial se inició en el año 2002 en el servicio de Radiología por 2 años, luego pase por el servicio de Medicina Interna – Geriátrica del mismo hospital, donde actualmente cuento con una antigüedad de 12 años.

El Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schneider, es el principal hospital de las fuerzas armadas peruanas, cuenta con complejas unidades de atención y equipamiento de alta tecnología, estando catalogado como un hospital de categoría III – 1 (Nivel III de complejidad y Nivel I de atención).

La unidad de Medicina interna y Geriátrica atiende a pacientes adultos y adultos mayores, es por ello que se atienden a personas con un grado de dependencia medio y alto, el mayor ingreso por personal oficial adultos mayores, lo que demanda una dedicación exclusiva en

relación a los cuidados que debe recibir un paciente de este tipo cuando este proceso recuperación y tratamiento tiene todos los elementos necesarios para el restablecimiento del paciente, su evolución se desenvuelve de una manera natural y sin complicaciones, aplicando .

La unidad cuenta con un Jefe Médico, una Jefa de Enfermeras, 17 Enfermeras asistenciales, 4 técnicas de enfermería, 6 auxiliares de enfermería y una Psicóloga. (Anexo N° 1) La Unidad Hospitalaria A-3-1 del Servicio de Medicina Interna y Geriátrica se encuentra ubicado en el 3er piso del pabellón "A", en el ala izquierda del HMC.

Consta de dos alas: longitudinal y transversal cuya capacidad es de 37 camas, siendo 20 ambientes individuales con baño propio además cinco de estos ambientes cuenta con oxígeno empotrado; 5 ambientes individuales con sala de espera y baño interno, 3 ambientes colectivos de 4 camas; de los cuales uno de estos ambientes cuenta con puntos de oxígeno empotrado, coche de curaciones, coche de paro y otros equipos médicos. Este ambiente está asignado a pacientes críticos (Grado de Dependencia III), siendo transferidos a ambientes individuales cuando se estabilizan, donde se brinda atención integral y permanente.

Se cuenta con un tópicos aséptico y un tópicos séptico, equipados para desechar material punzocortante, dispensadores de papel y jabón antibactericida para mantener las medidas de bioseguridad. Un ambiente para eliminación de residuos biológicos y otro ambiente destinado para la ropa sucia (sábanas, soleras, fundas de almohadas, frazadas, etc.)

Además, un servicio higiénico colectivo para los pacientes hospitalizados y dos servicios higiénicos destinados para el personal de salud. Un ambiente para las camillas, sillas de ruedas y balones de oxígeno. Un almacén para materiales, insumos y equipos médicos, una ropería, un ambiente para el personal de enfermería, un consultorio de psicología, una oficina para la Jefatura de Enfermería y otro para la Jefatura de Medicina Interna; además consta de una capilla. Tres salas utilizadas para clases. Tres salas de espera y una estación de enfermería.

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

La enfermera realiza funciones en diferentes áreas como:

- a. Área Asistencial.
 - Proporciona cuidado integral de enfermería basado en las necesidades de salud del paciente del Servicio de Medicina, utilizando el PAE.

- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
 - Ejecutar y evaluar el plan de cuidados de enfermería, con base a evidencias científicas, guías, protocolos de atención, normas institucionales e indicadores de salud.
 - Participar en la ronda de enfermería.
 - Identificar, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones.
- b. Área administrativa:
- Proponer acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente y del personal de salud.
 - Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería.
 - Formar parte en reuniones programadas por el servicio.
 - Participar en pase de visita médico y enfermería.
- c. Área Docencia:
- Brindar educación continua al paciente a los familiares con respecto al autocuidado.
 - Diseñar, planificar, participar y evaluar los programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
 - Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

d. Área Investigación:

- Elaborar, aplicar y evaluar las guías de Intervención e instrumentos de Enfermería.
- Participar en las actividades de investigación y capacitación tendientes a mejorar la atención de enfermería.

3.3. Procesos realizados en el tema

En los procesos realizados en el trabajo académico están centrados en describir las actividades que se ejecutan en el proceso de atención de los pacientes que se encuentran con diagnósticos de insuficiencia renal crónica; en la UUHH A-3-1 Medicina interna – Geriatría del Hospital Militar Central.

Además, se analizará las estadísticas con otras investigaciones para verificar si hay una relación con las mismas. Además, en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría se pueden realizar aportaciones e innovaciones, además de encontrar limitaciones, estos fueron:

a. Innovaciones – Aportes.

- Se logró involucrar la participación del personal auxiliar en el servicio.

- Participación y capacitaciones al personal de enfermería sobre los cuidados de un paciente con insuficiencia renal crónico.
 - Elaboración de plan de cuidados de enfermería para pacientes con insuficiencia renal que se dirigen al proceso de hemodiálisis. (Anexo N° 2)
- b. Limitaciones para el desempeño profesional:
- Insumos insuficientes para la atención de pacientes en el área de emergencia.
 - Bajo grado de instrucción de familiares y cuidadores en cuanto a medidas de protección y asepsia.
 - Personal asistencial insuficiente, y aumento en la demanda de pacientes en el servicio de Medicina Interna – Geriatría.
 - Familiares poco colaboradores y bajo nivel de conocimiento sobre los cuidados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CUADRO Nº 4.1

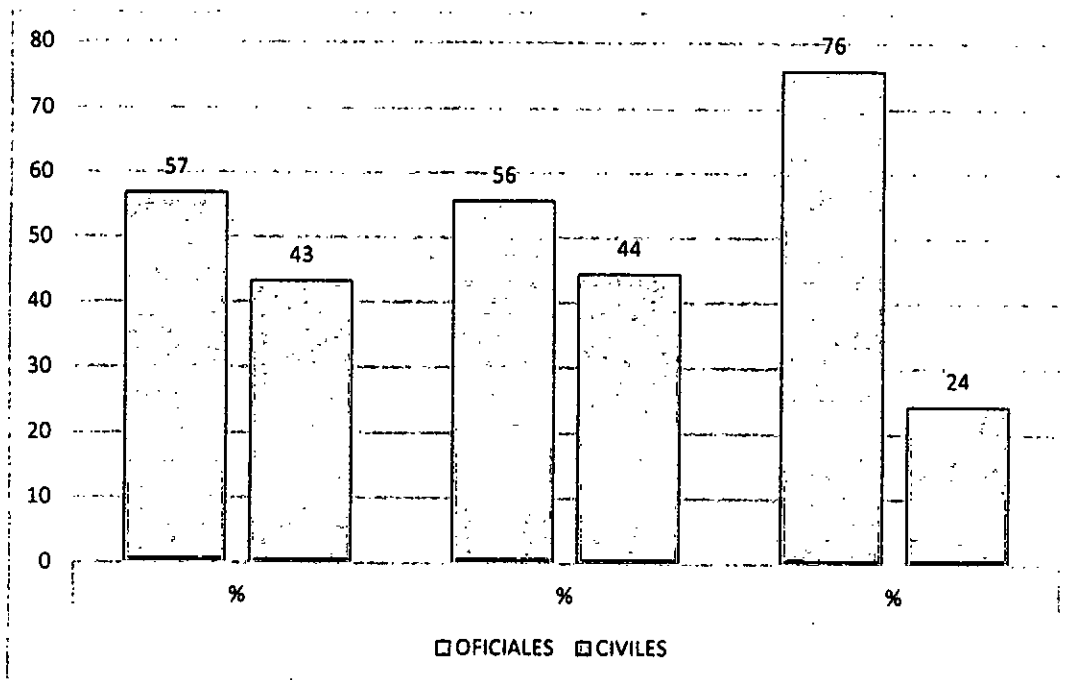
PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE INGRESAN A LA UUHH A-3-1.
MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.

PACIENTES	2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OFICIALES	130	56,8	119	55,6	172	75,8	421	62,8
CIVILES	99	43,2	95	44,4	55	24,2	249	37,2
TOTAL	229	100	214	100	227	100	670	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

GRAFICO Nº 4.1

PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE INGRESAN A LA UUHH A-3-1
MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

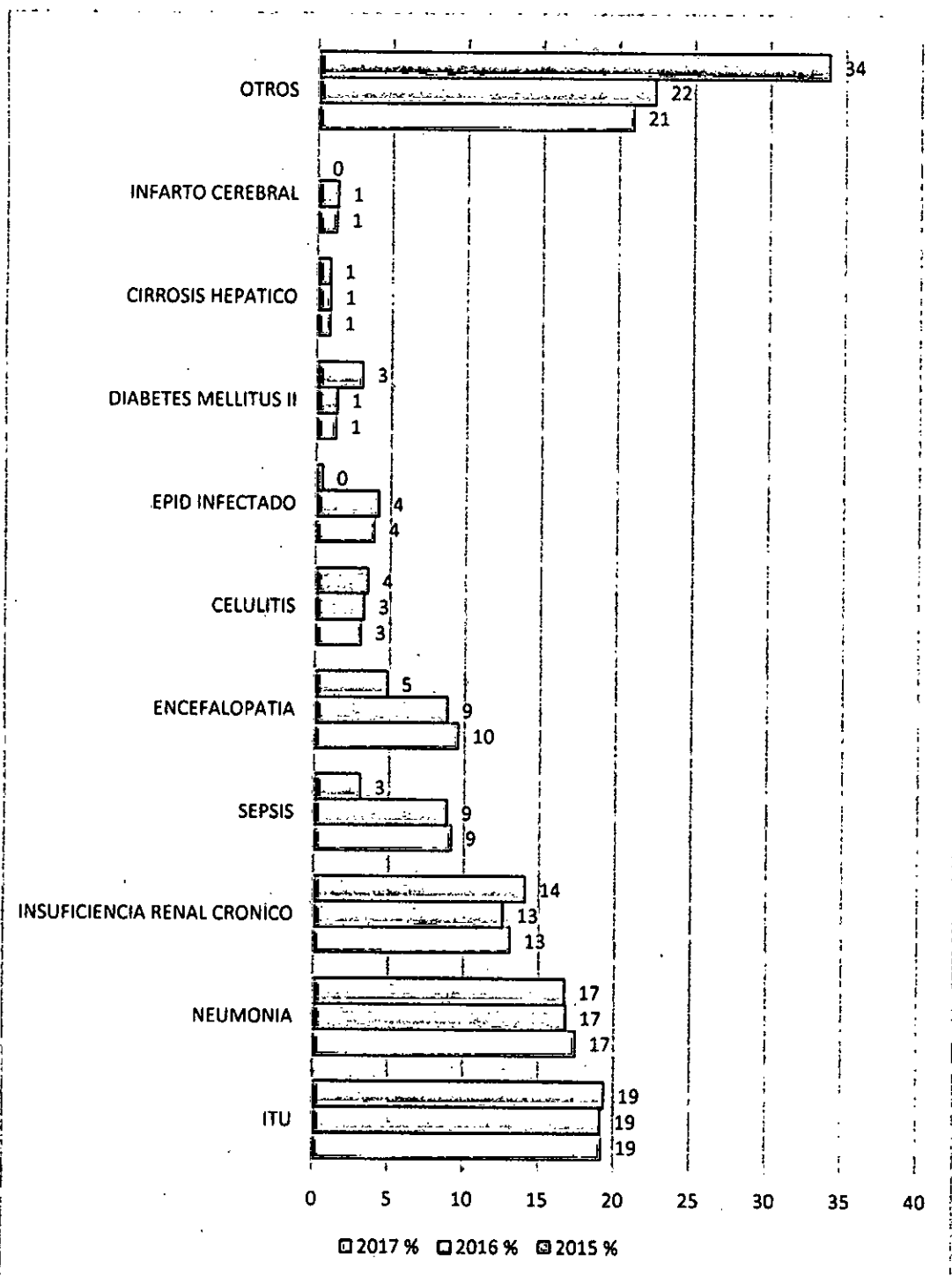
En grafico N° 4.1 se aprecia el ingreso de pacientes adulto mayores a la UHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, indicando el mayor porcentaje en pacientes oficiales de los años 2015 (57 %), 2016 (56 %) y 2017 (76 %), por lo tanto hay un creciente ingreso en pacientes oficiales con un porcentaje promedio de 62.8 % (421), en comparación al 37.2 % (249) de los pacientes civiles; en donde en el año 2017

CUADRO N° 4.2
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE
INGRESAN A LA UHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN
EL AÑO 2015 – 2017.

PERSONAL	2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ITU	44	19	41	19	44	19	129	19,3
NEUMONIA	40	17	36	17	38	17	114	17
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	30	13	27	13	32	14	89	13,3
SEPSIS	21	9	19	9	7	3	47	7,01
ENCEFALOPATIA	22	10	19	9	11	5	52	7,76
CELULITIS	7	3	7	3	8	4	22	3,28
EPID INFECTADO	9	4	9	4	1	0	19	2,84
DIABETES MELLITUS II	3	1	3	1	7	3	13	1,94
CIRROSIS HEPATICO	2	1	2	1	2	1	6	0,9
INFARTO CEREBRAL	3	1	3	1	0	0	6	0,9
OTROS	48	21	48	22	77	34	173	25,8
TOTAL	229	100	214	100	227	100	670	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

GRAFICO N° 4.2
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE
INGRESAN A LA UHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN
EL AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

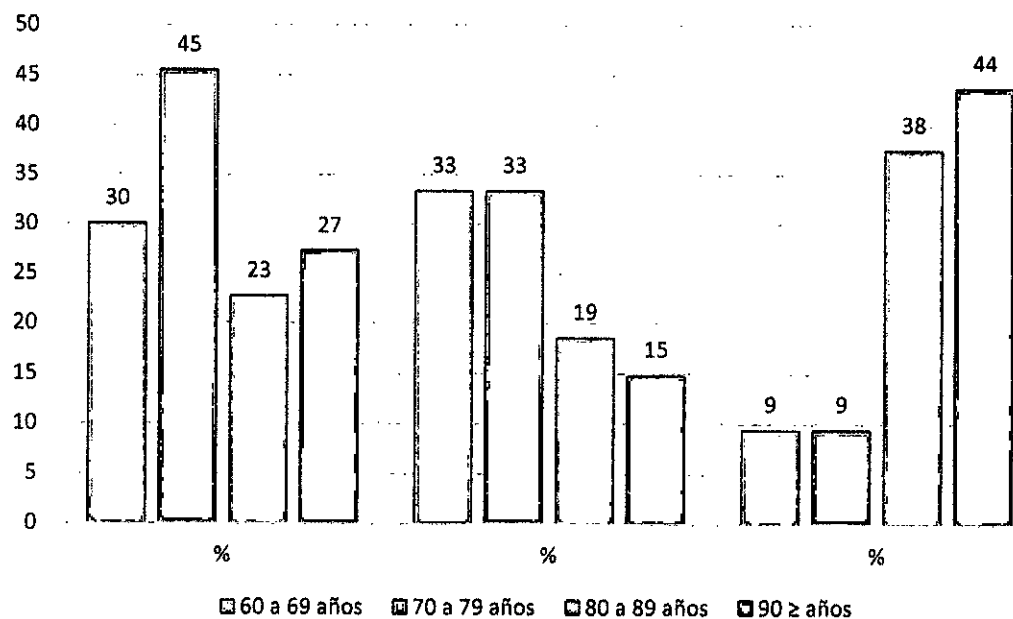
Según el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados, se observa que entre los mayores ingresos a la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría es por Insuficiencia Renal Crónica, con un porcentaje promedio de 13.6 % (89), donde el mayor índice se dio en el año 2017 con 14 % (32). Esto se debe a patologías asociadas que agravan al paciente. En un estudio realizado por *Cieza et. Al* en 1996, donde indica un análisis de la calidad de la atención de siete centros de diálisis en Lima, describen la etiología de la Insuficiencia Renal Crónica entre sus pacientes. La principal causa de la IRC fue la glomerulonefritis crónica (GNC) con 38 %, seguida de la diabetes mellitus (DM) en un 13 % de los casos. (18)

CUADRO N° 4.3
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON INSUFICIENCIA RENAL
SEGÚN EDAD EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA
EN EL AÑO 2015 – 2017.

EDAD	2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 a 69 años	9	30	9	33	3	9	21	23.6
70 a 79 años	10	45	9	33	3	9	22	42.3
80 a 89 años	5	23	5	19	12	38	22	42.3
90 ≥ años	6	27	4	15	14	44	24	46.2
TOTAL	30	100	27	100	32	100	89	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

GRAFICO N° 4.3
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA SEGÚN EDAD EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA –
GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatria.

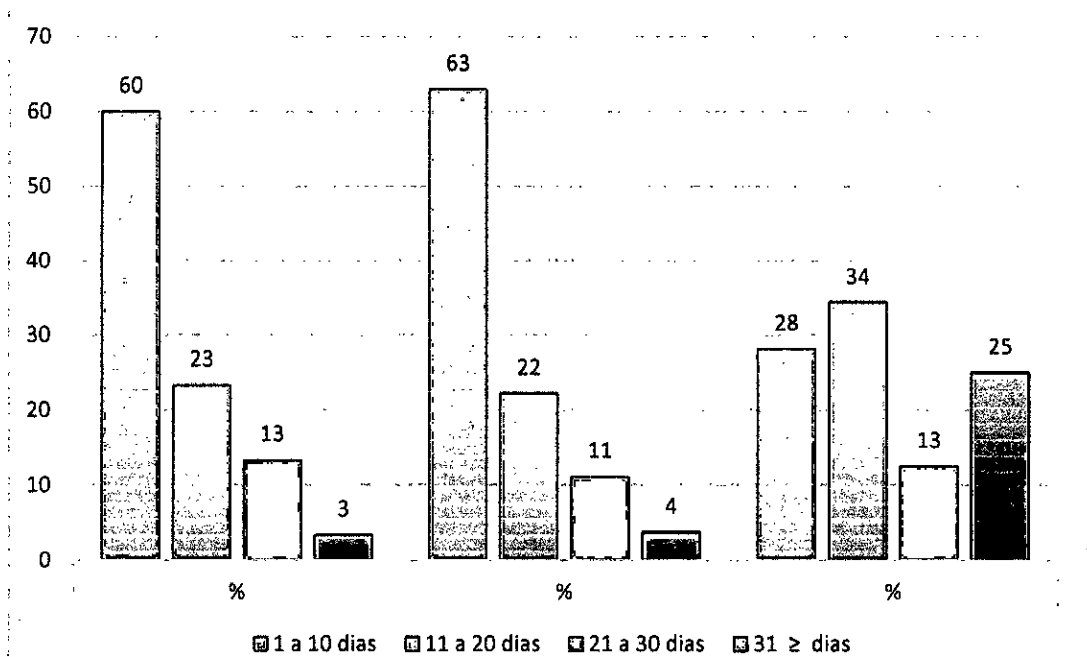
En grafico N° 4.3, se observa el ingreso de pacientes adulto mayores con insuficiencia renal de acuerdo a la edad en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, indicando el mayor porcentaje promedio en pacientes con edad de 90 a más años con 46.2 % (24); en donde se muestra que en el 2015, el 45 % (10) de los pacientes adultos mayores comprenden entre 70 a 79 años; en el 2016 el mayor porcentaje lo comprenden las edades de 60 a 69 años y 70 a 79 años con un 33 % (9) para ambos; además el 2017 el mayor porcentaje comprende la edad de 90 a más años con un 44 % (14).

CUADRO N° 4.4
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON INSUFICIENCIA RENAL
SEGÚN ESTADIA HOSPITALARIA EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA
INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.

ESTADIA HOSPITALARIA	2015		2016		2017		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 10 días	18	60	17	63	9	28	44	49.4
11 a 20 días	7	23	6	22	11	34	24	27
21 a 30 días	4	13	3	11	4	13	11	12.4
31 ≥ días	1	3	1	4	8	25	10	11.2
TOTAL	30	100	27	100	32	100	89	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

GRAFICO N° 4.4
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON INSUFICIENCIA RENAL
SEGÚN ESTADIA HOSPITALARIA EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA
INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO 2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

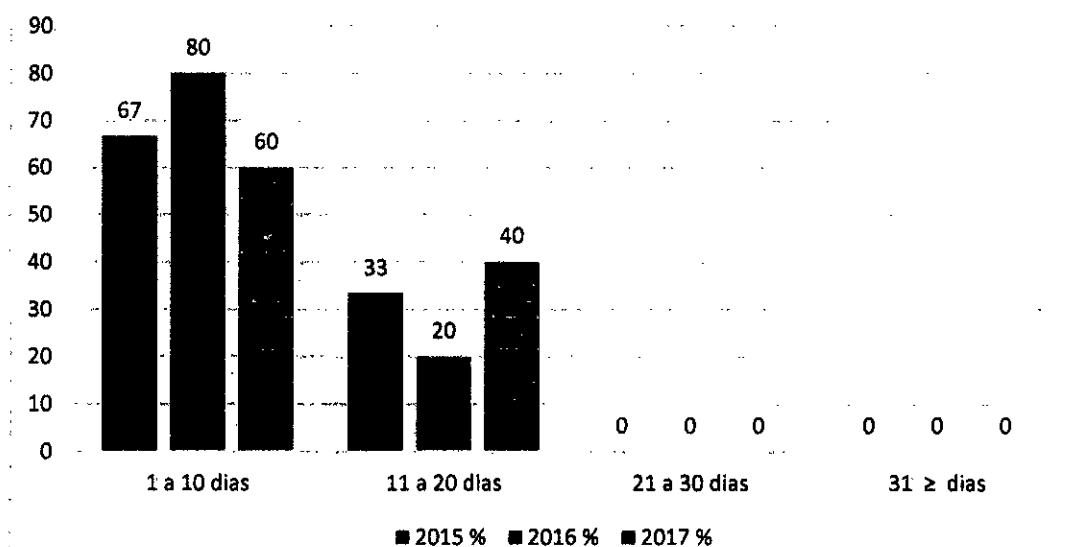
En grafico N° 4.4, se observa la estadía hospitalaria de pacientes adulto mayores con insuficiencia renal en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, indicando el porcentaje promedio en estadía hospitalaria con un rango de 1 a 10 días del 49.4 % (44), de 11 a 20 días del 27 % (24), de 21 a 30 días del 12.4 % (11) y mayores de 30 días con un 11.2 % (10); en donde los mayores porcentajes se dieron en una estadía de 1 a 10 días con un 60 % (18) en el 2015, de 63 % (17) en el 2016 con una estadía hospitalaria de 1 a 10 días y en el 2017 con un 34 % (11) con una estadía hospitalaria de 11 a 20 días.

CUADRO N° 4.5
MORTALIDAD DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGÚN ESTADIA HOSPITALARIA
EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO
2015 – 2017.

ESTADIA HOSPITALARIA	2015		2016		2017		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 10 días	4	67	4	80	3	60	11	68.8
11 a 20 días	2	33	1	20	2	40	5	31.3
21 a 30 días	0	0	0	0	0	0	0	0
31 ≥ días	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	100	5	100	5	100	16	100

Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

GRAFICO N° 4.5
MORTALIDAD DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGÚN ESTADIA HOSPITALARIA
EN LA UUHH A-3-1 MEDICINA INTERNA – GERIATRÍA EN EL AÑO
2015 – 2017.



Fuente: Libro de registro de pacientes hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría.

De acuerdo al gráfico N° 4.5, la morbilidad de pacientes adulto mayores con insuficiencia renal crónica en relación a la estadía hospitalaria en la UHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, indica el mayor porcentaje promedio de pacientes fallecidos, es de 68.8 % (11) en una estadía hospitalaria de 1 a 10 días, en comparación al 31.3 % (5) de 11 a 20 días; en donde los mayores porcentajes se dieron en una estadía de 1 a 10 días con un 67 % (4) en el 2015, de 80 % (3) en el 2016 y en el 2017 con un 60 % (3). En un estudio, *Ancianos con enfermedad renal crónica del Hospital General de Segovia*, describimos la evolución natural de la función renal en dos grupos de pacientes seguidos durante un período de cinco años (19): en este estudio se encuentra un lento descenso de la función renal con el tiempo, por término medio de 0,52 ml/min/año. Los resultados de nuestro estudio van en consonancia con otros estudios previos donde se constata que el riesgo de fallecer de estos pacientes es mayor que el de progresar a la NT. (20) En el estudio de Eriksen e Ingebretsen, el 31 % de los pacientes fallecieron, frente al 2 % que inició TRS. (21)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a. La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente; la atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral, permitiendo lograr un bienestar, de lo contrario contribuir a la calidad de vida del paciente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible durante el mayor tiempo posible.
- b. La insuficiencia renal es una de las patologías con mayor porcentaje en pacientes adultos mayores hospitalizados en la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, con un porcentaje de 14 % en el año 2017 en comparación a los años anteriores, esto es debido a los aspectos intrínsecos del envejecimiento, así como alteraciones en la funcionalidad al transcurrir los años. Las edades de 90 a más años tienen un porcentaje promedio de 46.2 % en ingreso al servicio, siendo el año 2017 que tuvo un porcentaje de 44 % respecto a las demás edades de los adultos mayores.
- c. Los cuidados de enfermería permiten que el paciente adulto mayor con insuficiencia renal, disminuya su estadía hospitalaria en el

servicio, esto contribuye a que no surjan patologías secundarias, ya que prolongarían su tiempo e inclusive dificulten su salud.

- d. En la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriátrica la estadía de los pacientes con insuficiencia renal de mayor porcentaje promedio fue de 49.4 % en un rango de 1 a 10 días, esto se debe a un proceso de recuperación adecuada, incluyendo los cuidados del personal de enfermería, sin embargo; también hubieron pacientes con estadía prolongada de 31 días a más con un porcentaje promedio de 11.2 %, motivo por el cual los pacientes tenían patologías adicionales como Cáncer, Neumonías, Sepsis y otros que requerían una estadía adicional. Además, en el transcurso de los años 2015 al 2017 solo el 3.8 % de los pacientes fallecieron por patologías asociadas como Sepsis y ACV Isquémico.
- e. Se espera contribuir para futuras investigaciones, considerando que trabajar en calidad de vida es complejo, sin embargo, es de gran importancia en la promoción del bienestar de los portadores de IRC en tratamiento de hemodiálisis.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

a. *A los profesionales:*

Actualizar permanentemente los conocimientos y habilidades en el cuidado de pacientes adultos mayores con insuficiencia renal, permitiéndose beneficiar al paciente y a sus familiares. Dado que la familia desempeña un rol importante en la mejora de la salud contribuyendo en las necesidades básicas del paciente, además se le debe de informar y capacitar sobre los cuidados que se deben de realizar luego del alta.

b. *A la institución:*

Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia del trato humanístico y del cuidado de calidad en este tipo de paciente mediante capacitaciones constantes, que permitan mejorar el bienestar y seguridad del paciente.

Al servicio:

Protocolizar los procedimientos más comunes del personal en los cuidados de enfermería de las patologías con mayor ingreso a la UUHH A-3-1 Medicina Interna – Geriatría, con la finalidad de agilizar la atención de calidad al paciente.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. VARELA L, CHÁVEZ H, HERRERA A, MÉNDEZ F, GÁLVEZ M, (2004) Perfil del Adulto mayor Per-Intra, Instituto de Gerontología, Lima Recuperado el 17 de Diciembre de 2017, de:
<http://www.minsa.gob.pe/.../adultomayor/INFORME%20PERFIL%>
2. JAMES MT, HEMMELGARN BR, TONELLI M. (2010) Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet*; 375(9722):1296 – 309.
3. SARNAK MJ, LEVEY AS, SCHOOLWERTH AC, CORESH J, CULLETON B, HAMM LL, ET AL. (2003) Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease. A statement from the American Heart Association councils on kidney in cardiovascular disease, high blood pressure research, clinical cardiology, and epidemiology and prevention. *Circulation*, 2003; 108(17):2154 – 69.
4. GBD (2015) Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 385(9963):117 – 71.
5. HERRERA AÑAZCO P., WILLER H. TAYPE RONDAN A. (2016) Exposición a arsénico como factor asociado a la alta mortalidad atribuida a insuficiencia renal de Puno. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 33(2):381 – 2.
6. BUSTÍOS, C, DÁVALOS, M, ROMÁN, R, & ZUMAETA, E. (2007). Características Epidemiológicas y Clínicas de la Insuficiencia Renal en la Unidad del Riñón Es-Salud. *Revista de Urología del Perú*, 27(3), 238-245.
7. HERRERA AÑAZCO P., BENITES ZAPATA VA., LEON YURIVILCA I., HUARCAYA COTAQUISPE R., SILVEIRA CHAU M. (2015)

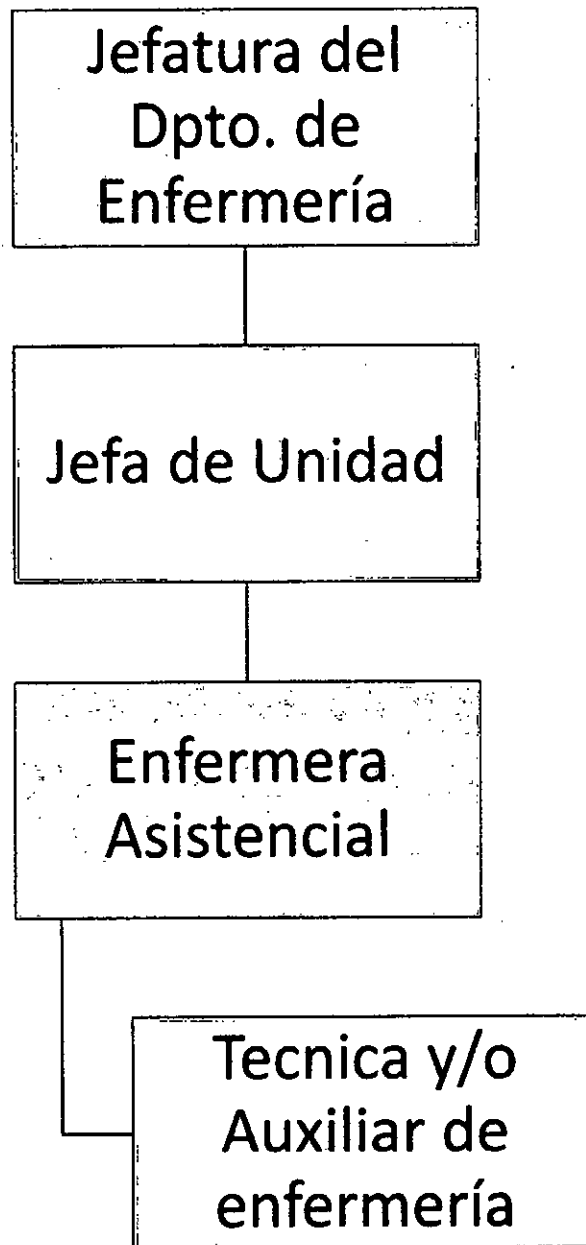
- Chronic kidney disease in Peru: a challenge for a country with an emerging economy. *J Bras Nefrol*; 37(4):507 – 8.
8. ÁNGEL ÁNGEL Z.E., DUQUE CASTAÑO G.A., TOVAR CORTES D.L. (2016) Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enferm Nefrol*. 19(3): 202-213. Recuperado el 27 de Diciembre de 2017, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003&lng=es.
 9. GÁMEZ A.M., MONTELL O.A., RUANO V., ALFONSO DE LEÓN J.A Y HAY DE LA PUENTE M. (2013). Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Rev Méd Electrón*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2017, de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema01.htm>
 10. CHÁVEZ DEXTRE JESSICA ISABEL. (2014) Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza. Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4320/1/Chavez_Dextre_Jessica_Isabel_2014.pdf
 11. PINAR MARTINEZ ENRIQUE (2014) Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en fase aguda. UCAM. Recuperado el 21 de Diciembre de 2017, de: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1277/TFG%20Pinar%20Mart%C3%ADnez%2C%20Enrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 12. MORAIS C.G, BERENICE P.M., MEDEIROS M., RANIERE DE OLIVEIRA C., MARCELLY C. (2016) Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm. glob*. Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003&lng=es.

13. AYALA MILLA, V.M. (2012) Insuficiencia Renal Aguda y Cronica. Recuperado el 29 de diciembre de 2017, de <https://books.google.com.pe/books?isbn=1291081801>
14. SWEARINGEN, P. (2008) Trastornos renales y urinarios, sección dos: insuficiencia renal. En Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. Barcelona: Elsevier Mosby. Sexta edición. 4: 274 – 289.
15. TAYLOR SG, COMPTON A, DONOHUE EBEN J, EMERSON S, NERGESS N, MARRINER TOMEY A, ET AL. (2000) Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta Ed. Madrid: Harcourt. p. 175-194.
16. GRAHAM J. (2006) Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. CANNT Journal; Oct-Dec. 16(4): 28-31.
17. GUERRA PALOMINO E.D. (2015) El cuidado como esencia. Enfermería en primeros auxilios; 23 Dic 2017; Lima – Perú.
18. HERRERA AÑAZCO P., BENITES ZAPATA VA., HERNANDEZ AV. MEZONES HOLGUIN E, SLIVEIRA CHAU M. (2015) Mortality in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in a public hospital of Peru, J Bras Nefrol; 37(2):192 – 7.
19. HERAS M, FERNÁNDEZ MJ, SÁNCHEZ R, GUERRERO MT, MOLINA A, MA RODRÍGUEZ, ET AL. (2012) Ancianos con enfermedad renal crónica: ¿qué ocurre a los cinco años de seguimiento? Nefrología; 32:300 – 5.
20. KEITH D, NICHOLS GA, GULLION C, BROWN JB, SMITH DH. (2004) Longitudinal follow-up and outcome among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. Arch Intern Med; 164:659 – 63.

21. ERIKSEN BO, INGEBRETSEN OC. (2006) The progression of chronic kidney disease: a 10-year population-based study of the effects of gender and age. *Kidney Int*; 69:375-82.

ANEXOS

Anexo N° 1: Organigrama de la Unidad



**Anexo N° 2: Plan de cuidados de enfermería en insuficiencia Renal
Crónica**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	1601 Conducta de cumplimiento 1813 Conocimiento del régimen terapéutico	5602 Enseñanza proceso de enfermedad 4420 Acuerdo con el paciente 5240 Asesoramiento
00108-9-10 Déficit de autocuidados	0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria	1800 Ayuda en el autocuidado
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud	1602 Conducta fomento de la salud 1606 Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria	5510 Educación sanitaria 4480 Facilitar la autorresponsabilidad
00126 Conocimientos deficientes	1808 Conocimiento: medicación 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5520 Facilitar el aprendizaje
0026 Exceso de volumen de líquidos	0600 Equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base 0601 Equilibrio hídrico	2020 Monitorización de electrolitos 4130 Monitorización de líquidos 4170 Manejo de la hipervolemia
00025 Riesgo de desequilibrio volumen de líquidos		
00024 Perfusión tisular inefectiva: renal	0504 Función renal 0802 Signos vitales	2080 Manejo de líquidos/electrolitos 6680 Monitorización signos vitales
00126 Conocimientos deficientes: alimentación	1802 Conocimiento: dieta	5614 Enseñanza: dieta prescrita 5246 Asesoramiento nutricional
00001 Desequilibrio nutricional: por exceso	1612 Control del peso	1260 Manejo del peso 1100 Manejo de la nutrición
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	0503 Eliminación urinaria	0590 Manejo de la eliminación urinaria 0620 Cuidados de la retención urinaria

00023 Retención urinaria	0503 Eliminación urinaria	0580 Sondaje vesical 0620 Cuidados de la retención urinaria
00168 Sedentarismo	1811 Conocimiento: actividad prescrita	5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito 0200 Fomento del ejercicio
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la actividad	0140 Fomento de los mecanismos corporales
00133 Dolor crónico	1605 Control del dolor 1306 Dolor: respuesta psicológica	1400 Manejo del dolor 2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente
00120 Baja autoestima situacional	1501 Ejecución del rol 1205 Autoestima	5230 Aumentar el afrontamiento 5400 Potenciación de la autoestima
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
00061 Cansancio en el rol del cuidador	2508 Bienestar del cuidador familiar	7040 Apoyo al cuidador principal
00055 Desempeño inefectivo del rol	1501 Ejecución del rol	5370 Potenciación de roles
00070 Deterioro de la adaptación: aceptación	1603 Conducta de búsqueda de la salud	4360 Modificación de la conducta
00124 Desesperanza	1201 Esperanza 1204 Equilibrio emocional	5310 Dar esperanza 5290 Facilitar el duelo