

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEFROPREVENCIÓN EN EL CENTRO
DE ATENCIÓN PRIMARIA III "MANUEL MANRIQUE NEVADO" – JOSÉ
LEONARDO ORTIZ – CHICLAYO, 2013 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

ZOILA ROSA CASTAÑEDA RIVADENEYRA

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTA
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO SECRETARIO
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 258

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 21/04/2018

Resolución Decanato N° 960-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	23
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	25
3.1 Recolección de Datos	25
3.2 Experiencia Profesional	25
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	27
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	36
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIALES	38
ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica es considerada catastrófica y un problema de salud pública, dado que son las causantes de casi dos tercios del número total de defunciones en las Américas. Estas enfermedades dependen, esencialmente, de factores de riesgo y estilos de vida que pueden ser modificable. (Martínez et al, 2009) (1)

Las proyecciones realizadas a partir de la información obtenida por el observatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que para el año 2020, las ECNT constituirán una carga del 60% de las enfermedades y del 70% de las muertes. (Martínez et al, 2009)

La carga global de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) y entre ellas la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en el siglo XXI se ha visto incrementada en el mundo. Este incremento se ha tornado una dificultad grave en salud pública a nivel mundial. (Martínez et al, 2009)(1)

Dado los recursos económicos crecientes que deben dedicarse para la atención de estos pacientes, surge así, como una táctica para detener esta epidemia, la implementación de programas de prevención de la enfermedad renal: Nefroprevención.

El rol de Enfermería en la prevención, detección y tratamiento de la ERC, como así también de todos los factores de riesgo cardiovasculares, es cada día más relevante realizando cuidados de enfermería con un abordaje multifactorial y educación sanitaria para lograr una adhesión sostenida a hábitos saludables y un correcto manejo de la ERC.

El presente informe de experiencia profesional titulado "**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEFROPREVENCIÓN**" tiene por finalidad describir la intervención de enfermería en la prevención de la salud renal.

Asimismo contribuirá a identificar oportunamente el riesgo de enfermar, mejorando así la calidad de vida de los pacientes adultos y adultos mayores.

El presente informe consta de siete capítulos, los cuales se detallan: **El capítulo I:** describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II:** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **el capítulo IV:** resultados, **capítulo V:** conclusiones, **capítulo VI:** recomendaciones y **capítulo VII:** referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública que impacta en forma significativa a las personas afectadas, su familia, la sociedad y los servicios de salud. La ERC, además de poner a la persona en riesgo de insuficiencia renal crónica (IRC) terminal en donde el tratamiento es la diálisis; aumenta el riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular 10 veces más que el riesgo promedio de la población (2).

La reducción de la tasa de filtración glomerular se asocia a una amplia variedad de complicaciones, tales como hipertensión, anemia, malnutrición, enfermedad ósea, neuropatía y disminución en la calidad de vida, las que pueden ser prevenidas o al menos disminuir sus efectos adversos, con un tratamiento en etapas más precoces. El tratamiento también puede reducir la progresión hacia una IRC terminal (3).

Además de causar mortalidad y morbilidad prematura y de bajar la calidad de vida, es una enfermedad que impone una carga económica enorme no solo los pacientes y sus familias sino también ante el sistema y la sociedad al cuidado médico. El acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento especializado de los pacientes con ERC no solo mejora la calidad de vida de éstos, sino que también minimiza los costos que ésta enfermedad genera a los sistemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2025 habrá 300 millones de personas con Diabetes Mellitus (DM) en todo el mundo, la mayoría de tipo 2, y por lo tanto se observará un incremento de la ERC.

Para el año 2012, las enfermedades no transmisibles representaban un 57.3% de las causas de muerte. En dicho porcentaje la ERC representa

un componente importante, ya que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son responsables de casi in 70% de los casos de ERC en el Perú.

El número de atenciones por ERC en la consulta externa de los establecimientos del MINSA muestra una tendencia ascendente pasando de 4402 al año 2002 a 14863 al año 2011, Dentro de las causas específicas de la mortalidad en el Perú en 2012 la IRC constituyo una de las 10 primeras causas de muertes representando el 3.3% de las defunciones a nivel nacional.

En este sentido, los pacientes con enfermedad renal crónica deben ser evaluados para determinar el tipo y la severidad del daño renal, la morbilidad y el riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica terminal y complicaciones.

El tratamiento depende del diagnóstico y busca retardar la perdida de la función renal, prevenir y tratar las complicaciones.

Debido a esto es que surge la necesidad de conocer la intervención de la enfermera como educadora en medidas de nefroprevención.

1.2. Objetivo

DESCRIBIR LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL DE LA POBLACIÓN EN RIESGO MEDIANTE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III MANUEL MANRIQUE NEVADO - JOSÉ LEONARDO ORTIZ - CHICLAYO, 2013-2017

1.3. Justificación

El presente informe es muy relevante porque La Enfermedad Renal Crónica constituye un grave problema de salud pública tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Es por ello que la prevención y detección temprana de dicha enfermedad disminuirán el riesgo de desarrollar un Insuficiencia Renal terminal

Se considera la pertinencia del presente informe que busca resaltar la intervención de la enfermería en la nefroprevención de tal manera sea para los profesionales de enfermería un apoyo eficaz y eficiente que además permita desarrollar su rol educador dentro del proceso de cuidado del paciente con ERC y garantizar un autocuidado óptimo, mejor calidad de vida y dándole más seguridad para afrontar su enfermedad.

Con el propósito de prevenir y detectar tempranamente la enfermedad disminuyendo el riesgo de desarrollar una enfermedad renal terminal.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Terazón et al, (2017), en su investigación "Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos", en Santiago de Cuba, aplicaron un estudio descriptivo y transversal tomando como muestra a 53 pacientes hipertensos atendidos en el Policlínico Docente "Carlos Juan Finlay" durante el año 2015, con el **objetivo** de determinar el grado de enfermedad renal crónica que presentaban los pacientes de dicho policlínico, mediante la ecuación de Cockcroft-Gault. Encontrando como resultado que las comorbilidades más frecuentes son la diabetes mellitus de tipo 2 y las afecciones cardiovasculares; asimismo, como principales factores de riesgo prevalecieron la utilización de fármacos nefrotóxicos (antiinflamatorios no esteroideos), la dislipidemia, la anemia y la obesidad. A la vez se concluye que el empleo de dicha ecuación resulta muy útil en la atención primaria, lo cual permite indicar el tratamiento oportuno y efectuar acciones para prevenir la progresión de esta dolencia (Terazón Miclín, Vinent Terazón, & Pouyou Semanat, 2017)(25)

Ávila, (2013), en su investigación "Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención", en México, desarrolla un estudio retrospectivo, observacional y analítico, con el **objetivo** de determinar la importancia de la prevención y diagnóstico de la ERC temprana para mejorar la calidad asistencial de los pacientes con enfermedad crónica degenerativa atendidos en el primer nivel de atención, para ello se tomó como muestra a 64 pacientes con enfermedades crónicas, encontrando como resultado que el, 43.75% de los pacientes de la muestra sólo padecían diabetes mellitus tipo 2, 30.06% eran hipertensos, y sólo 3.12% resultaron con proteinuria de

importancia. Después de calcular la tasa de filtración glomerular se determinó que 45% de la muestra estaban dentro del estadio 2, de acuerdo con la clasificación de la K/DOQI y 31% en estadio 1, con sólo 2% del total en estadios terminales de la enfermedad (Ávila - Saldivar, 2013)(4)

Flores et al, (2009), en su guía "Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones, en Santiago de Chile, ha desarrollado un informe con el propósito de explicar los conceptos instrumentales a la detección, evaluación y manejo del paciente con ERC en el nivel de atención primaria, definir la organización de salud requerida y reducir la progresión de la ERC, mediante reuniones del grupo de trabajo de la Sociedad Chilena de Nefrología , incorporando aportes para elaborar la guía. Se concluye que la ERC es común, su prevalencia estimada es del 10% y tratable si su detección es temprana, la prevención más costo efectiva es detectar y tratar al paciente diabético e hipertenso, siendo el énfasis de la terapia lograr máxima reducción del riesgo cardiovascular, y un óptimo control de la glicemia, de los lípidos y la albuminuria (Flores, y otros, 2009)(3)

Francis *et al.* (2015), En un reciente estudio transversal se evaluó los factores de riesgo asociados a ERC en una muestra aleatoria estratificada por edad y sexo de 404 sujetos residentes de las Pampas de San Juan de Miraflores (60 000 habitantes) y en una zona semiurbana de la ciudad de Tumbes (20 000 habitantes). Los factores asociados a ERC fueron edad avanzada, sexo femenino, procedencia de Lima, menor grado de instrucción, mayor nivel de resistencia a la insulina, diabetes y HTA (Tabla 3). Los factores descritos en este estudio son similares a lo reportado en la literatura internacional. (Francis y otros 2015)(33)

Herrera-Añazco *et al.* (2015) menciona que para el 2014, el Fondo Intangible de Solidaridad en Salud (FISSAL), que presta atención a los

pacientes del MINSA, tenía 1983 pacientes en cobertura de diálisis a nivel nacional. Estos pacientes junto a los 9814 que reportaba EsSalud en el 2010, representaban en el mejor de los casos, tan solo el 50% de los pacientes que potencialmente requerían algún tipo de TRR en Perú. Asimismo, se recalca que había regiones del país que en ese año no tenía ni hospitales con unidad de diálisis disponibles, ni centros privados contratados por FISSAL para dar atención a los pacientes con ERC que necesitaban HD (34)

Ibáñez (2016) en su investigación “Factores de riesgo asociados a progresión de enfermedad renal crónica en pacientes adultos. Hospitales MINSA, Trujillo-Perú. 2010-2014 Estudio observacional, analítico, diseño de casos y controles. La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (Estadios II-V) atendidos en el Departamento de Medicina del Hospital Belén u Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014. Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados a progresión de enfermedad renal crónica. Se analizaron variables: glicemia mal controlada; presión arterial mal controlada; obesidad, y la enfermedad cardiovascular. En el presente estudio, se encontró que la glicemia mal controlada es factor de riesgo asociado a la progresión de enfermedad renal crónica. (Ibáñez, 2016)(32)

Según, el Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015 - Dirección General de Epidemiología-ministerio de salud del Perú

No existen en nuestro país estudios de prevalencia de ERC con inferencia al nivel nacional, los estudios publicados sobre prevalencia de ERC en sus diferentes estadios solo muestran tasas referenciales. En el año 1992

se reportó una tasa de 122 pmp (Por millón de población) y en 1994 una tasa de 68 pmp. Un reciente estudio en población mayor de 35 años describe una prevalencia de ERC de 16,8% siendo más alta en adultos mayores, mujeres, consumidores de alcohol, población con menor grado de instrucción, hipertensos y diabéticos. En base a estos datos se estima que 2 507 121 personas tendrían ERC en estadio prediálisis, 19 197 personas tendrían ERC terminal (ERC-t) y la brecha no atendida sería de 7 778 pacientes en el SIS. Se estima que la población en ERC-t en EsSalud ha superado en más de un 34% a la población estimada, indicador que muestra que la demanda está sobresaturada.

El número de atenciones por ERC en la consulta externa de los establecimientos del MINSA muestra una tendencia ascendente pasando de 4 402 el año 2002 a 14 863 el año 2011. También se puede precisar que la ERC fue la primera causa de atención en consulta externa por todo tipo de enfermedades renales en Callao, Moquegua, Lima y Puno. La mayoría de las hospitalizaciones se realizan para el tratamiento de las complicaciones relacionadas con la ERC y que pueden aparecer tempranamente en el curso de la enfermedad. Estas condiciones empeoran progresivamente con el avance de la insuficiencia renal y son más frecuentes las complicaciones graves en la ERC-t cuando los pacientes van a iniciar la TRR.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. NEFROPREVENCIÓN

La nefropreención es un conjunto de medidas destinadas a prevenir o retardar el daño renal.

Nefropreención primaria: acciones dirigidas a impedir el desarrollo de la enfermedad renal a través de promoción de la salud y manejo de factores de riesgo en la población general.

Nefroprevención secundaria: incluye el diagnóstico precoz en poblaciones de riesgo y las medidas empleadas para retardar el progreso de la ERC.

Nefroprevención terciaria: medidas empleadas para limitar el daño renal y cardiovascular en los pacientes que se encuentran en un programa de diálisis. (17, 18)

2.2.2. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

En la nomenclatura nefrológica actual, el término Insuficiencia Renal Crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por Enfermedad Renal Crónica.

Enfermedad Renal Crónica (ERC) es tener una Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más¹.

Una VFG $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ por sí sola define ERC, porque implica la pérdida de al menos la mitad de la función renal, lo que ya se asocia a complicaciones.

Si VFG es mayor o igual a $60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, el diagnóstico de ERC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por:

- Alteraciones urinarias (albuminuria, micro-hematuria)
- Anormalidades estructurales (imágenes renales anormales)
- Enfermedad renal genética (riñones poli quísticos)
- Enfermedad renal probada histológicamente

El requerimiento de un período mínimo de 3 meses en la definición de ERC implica que las alteraciones deben ser persistentes y habitualmente serán progresivas. (22)

2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La US NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) ha propuesto una clasificación de la ERC, que se ha difundido rápidamente en la comunidad nefrológica internacional. Esta clasificación, simple y fácil de usar, divide la ERC en 5 etapas, de acuerdo a la VFG estimada con ecuaciones de predicción (Cockcroft-Gault ó MDRD)(33)

La enfermedad renal crónica es progresiva y sigue un patrón constante que depende de su etiología y del propio paciente (National Kidney Foundation, 2002). Los estadios evolutivos de la ERC son (al, 2005), (Flores, y otros, 2009)(23):

- a. **Estadio 1:** pacientes con diabetes y micro albuminuria con una TFG normal.
- b. **Estadio 2:** se establece por el daño renal asociado con la ligera disminución de la tasa de filtración glomerular entre 89 y 60 ml/min/1.73 m². Por lo general, el paciente no tiene síntomas y el diagnóstico se establece de manera incidental.
- c. **Estadio 3:** es la disminución moderada de la TFG entre 30 y 59 mL/min/1.73 m². Se divide en dos etapas. La etapa temprana 3a es la de pacientes con TFG entre 59 y 45 mL/min/1.73 m² y la etapa tardía 3b con TFG entre 44 y 30 mL/min/1.73m². Cuando la función renal disminuye, en el torrente sanguíneo se acumulan sustancias tóxicas que ocasionan uremia. Lo común es que los pacientes tengan síntomas y complicaciones típicas originadas por la hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo.
- d. **Estadio 4** se refiere al daño renal avanzado con disminución grave de la TFG entre 15 y 30 mL/min/1.73 m². Pacientes

con alto riesgo de complicaciones cardiovasculares.

- e. **Estadio 5** o insuficiencia renal crónica terminal, la TFG cae por debajo de 15 mL/min/1.73 m². En este estadio se requiere tratamiento sustitutivo.(33)

2.2.4. EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

- Las razones que fundamentan una nueva terminología, definición y clasificación de la ERC, son epidemiológicas:
- La ERC se ha transformado en un problema médico y de salud pública que ha adquirido proporciones epidémicas.
- La información más sólida proviene de la ERC en fase terminal, cuya incidencia no ha cesado de aumentar en las últimas décadas, es de pronóstico pobre y provoca un enorme impacto económico en los presupuestos de salud a nivel mundial.
- Subyacente a esta población conocida de pacientes en ERC terminal (diálisis y trasplante), existe una población mucho mayor de personas con ERC en etapas más precoces, cuya prevalencia exacta es desconocida, pero se estima en 103.
- Un reciente estudio realizado en nuestro país (Encuesta Nacional de Salud, 2003), revela que la prevalencia de ERC en etapas 3 y 4 es de 5,7% y 0,2%, respectivamente.
- En la mayoría de pacientes con ERC en etapas 1-4, el riesgo de morbimortalidad cardiovascular aumenta en directa relación a la declinación de la función renal, y es mucho mayor que el riesgo de progresión renal.

- La ERC se puede prevenir y tratar. Su prevalencia aumenta con la edad y las causas identificables más comunes son la diabetes e hipertensión arterial.
- El nuevo concepto, definición y clasificación de ERC es, por lo tanto, operacional al objetivo de prevenir, detectar y manejar esta enfermedad y sus factores de riesgo, aminorando su elevado riesgo cardiovascular y progresión renal.

Factor de riesgo es un atributo que se asocia con mayor probabilidad a un pronóstico. Esta condición de riesgo puede ser demográfica, no modificable, o desarrollarse durante la vida de un individuo, susceptible por lo tanto de prevención¹.

Algunos individuos tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica (ERC). Los factores clínicos y sociodemográficos que condicionan este riesgo en ERC se muestran en la Tabla 2.1.(Anexo3)

Los factores de riesgo modificables más potentes de ERC son la diabetes y la hipertensión arterial.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud⁴, estiman la prevalencia de diabetes y de hipertensión arterial en la población adulta chilena en 4,2% y 33,7%, respectivamente.

La proyección de estas enfermedades en los próximos años continuará hacia el crecimiento. En año 2000 había 150 millones de personas diabéticas y un billón de hipertensos en el mundo. Estas cifras aumentarán a 300 millones de diabéticos y 1,5 billones de hipertensos en año 2025 (9)

2.2.5. DIAGNÓSTICO

Todas las personas deben ser evaluadas de rutina, en cada consulta médica o examen de salud preventivo, para determinar si están en riesgo aumentado de ERC, basado en los factores clínicos y sociodemográficos descritos(1).

Los individuos que tengan uno o más factores de riesgo, deben someterse a pruebas para evaluar daño renal y estimar la velocidad de filtración glomerular (VFG) (Tabla 2.2)

Las personas a quienes se detecte ERC deberían ser evaluados para determinar:

Descripción de ERC:

- a) Diagnóstico (tipo de nefropatía basal), función renal y proteinuria (Tabla 2.2) (Anexo4)
- b) Complicaciones de la disminución de función renal
- c) Riesgo de progresión de la enfermedad renal

Presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) clínica y factores de riesgo cardiovasculares:

- a) Glicemia en ayunas
- b) Perfil lipídico
- c) ECG (12 derivaciones)
- d) Índice de masa corporal Condiciones comórbidas

Severidad de ERC, evaluada por nivel de función renal

Complicaciones, relacionadas al nivel de función renal

Riesgo de pérdida de la función renal

2.2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de ERC, según la etapa en que se encuentre el paciente, incluye:

- Terapia específica, basada en El diagnóstico
- Evaluación y manejo de condiciones comórbidas
- Aminorar la pérdida de función renal
- Prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular
- Prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida
- Preparación para terapias de sustitución renal
- Reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante
- Individuos en riesgo, pero que no tienen ERC, deben ser aconsejados para seguir un programa de reducción de factores de riesgo, y control periódico.

Una estrategia útil y factible para disminuir la carga global de la ERC podría ser la implementación de una estrategia múltiple basada en la detección y tratamiento oportuno de la ERC temprana, formar al equipo multidisciplinario a fin que se puedan fundamentar la toma de decisiones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica en estadios tempranos y de esta manera retardar o detener la progresión hacia las etapas finales de la enfermedad.

2.2.7. ENFERMERÍA EN NEFROPREVENCION

La enfermería tiene como objeto de cuidado al individuo como ser integral, contemplando los aspectos biopsicosociales y culturales, realizando diagnósticos y tratamientos de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de la salud, mediante el proceso de atención de enfermería.

La enfermera formara parte y trabajara integrada al equipo de salud, pero hay aspectos en que requerirá que actúe con

independencia profesional dentro de un abordaje multidisciplinario, utilizando sistemas de registros de su actividad.

El rol de enfermería profesional en la nefroprevención es implementar herramientas que le habiliten a trabajar en forma conjunta con el equipo multidisciplinario en los programas de Atención Primaria en Salud dirigidos a limitar los factores de riesgo que aumenten la probabilidad de padecer ERC, el diagnóstico precoz y en el entretardamiento de la progresión de la ERC mediante el abordaje individual, familiar y grupal.

Las herramientas son:

- 1- Consulta de enfermería.
- 2- Seguimiento del usuario / familia.
- 3- Interconsultas con otros integrantes del equipo de salud.
- 4- Conocimiento de los distintos efectores de salud, del área de cobertura del Centro de Salud, Hospital, etc.
- 5- Visitas Domiciliarias.
- 6- Registro en Historia Clínica (Consulta- Seguimiento)
- 7- Actividades educativas intra y extra muros.

Estudios españoles demuestran que la intervención de enfermería en salud renal mejora los conocimientos deficientes, la adhesión al tratamiento, aumentando el autocuidado, el bienestar del paciente y disminuyendo la ansiedad que se presenta generada por la propia enfermedad crónica, además que contribuye al aumento de las preferencias de los pacientes por una u otra modalidad de Terapia Sustituta Renal.^{16,17}

la Enfermera juega un rol indispensable como es el de proporcionar los mejores cuidados a través de la educación para la salud, la formación e información acerca de la enfermedad y las terapias con una perspectiva integral, en este contexto se observa que la Enfermera enfrenta un problema dual que tienen que ver con los mensajes que se transmite y cómo éste es recepcionado por el paciente; este aspecto requiere ser fortalecido a través de la validación, porque sin ésta la intervención de los recursos educativos de apoyo utilizados quedarían ineficientes, apartado del objetivo de aprendizaje e impactaría de manera incorrecta, ya que se transmitiría información poco útil, no motivadora, sin convencimiento, generando dificultades para modificar actitudes que no contribuyen en prevenir la progresión y complicaciones de la enfermedad renal crónica.

Según la Guía de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) el abordaje en etapas avanzadas debe contemplar la detección precoz de la progresión, intervenciones para retardarla, prevenir las complicaciones urémicas, atenuar las condiciones comorbidas asociadas, adecuar la preparación para el tratamiento renal sustitutivo e iniciarlo en el momento adecuado así como promover los equipos multidisciplinarios para su manejo, siendo uno de los objetivos principales la información, formación y educación del paciente, jugando un rol importante el profesional de enfermería en la preparación educativa de los pacientes a fin de constituirse en un apoyo para la toma de decisiones (1).

Bardón-Otero y Martí-Monros, mencionan la importancia de las funciones de enfermería en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada dentro de éstas resalta su rol en la educación del paciente, así como la importancia del material educativo, para

el logro de los objetivos, las actividades y tareas de carácter informativo-educativo y asistencial(17)

En el Hospital Nacional IV Alberto Sabogal Sologuren del Seguro Social de Salud – ESSALUD desde Hace tres años se ha establecido las Consultas de Enfermedad Renal Crónica a cargo del equipo interdisciplinario conformado por el médico nefrólogo, enfermera, nutricionista, asistente social y psicólogo como una estrategia para disminuir la prevalencia de pacientes asegurados que ingresan a diálisis no en condiciones adecuadas ni preparados, los objetivos de la intervención del equipo son: prevenir la progresión rápida de la enfermedad, prevenir complicaciones propias de la enfermedad y preparar al paciente para una Terapia de Sustitución Renal; el papel de enfermería en este equipo es lograr que los pacientes se adhieran a su autocuidado (medicación y prácticas preventivas) utilizando como estrategia fundamental la educación del paciente a través de su involucramiento en el manejo y control de la enfermedad.

Existe un creciente cuerpo de evidencia que muestra que las intervenciones educativas dirigidas a los pacientes en relación a su empoderamiento tienen éxito en la gestión de enfermedades crónicas y que el aumentar la información que un paciente posee sobre su patología mejora su calidad de vida, aumenta la adherencia al tratamiento y retrasa el progreso de su enfermedad.

El enfoque 49 Martínez RHR y cols. Vol. 6 Número 1. Enero-Abril 2011 pp 44-50 www.medigraphic.org.mx Este documento es elaborado por Medigraphic multidisciplinario con aplicación de procesos educativos a pacientes, otorgados por profesionales de la salud y apoyados en grupos de autoayuda puede resultar útil para combatir la pandemia de la IRCT.29-30 Un enfoque como éste facilita a los pacientes asumir su responsabilidad sobre las

elecciones que realizan día a día en el cuidado de su salud, sobre el control de su enfermedad y sus consecuencias,(31) en donde la incorporación de estas experiencias podría ser parte de una nueva cultura de la salud. Este enfoque puede complementar el modelo de atención médica predominante actualmente y que está enfocado en la enfermedad, (829,31) pues promueve la atención integral y se centra en las necesidades de los pacientes para iniciar y mantener sus cambios de conducta.

2.2.8. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los individuos y las comunidades necesitan información y asesoramiento para aumentar su responsabilidad sobre su salud y su autocuidado, el papel de la enfermería es fundamental en este campo, ya que es un agente educador y entrenador en conductas, actitudes y hábitos. Es evidente que un paciente informado y protagonista principal de su enfermedad afrontará mejor su enfermedad, asumirá sus autocuidados, se adaptará y cumplirá mejor su tratamiento y será a su vez una persona activa, exigente y participativa en el proceso de su enfermedad. La intervención enfermera (18) en la educación para la salud debe: propiciar la autonomía de la persona en sus cuidados; aportar la información necesaria para que sea capaz de tomar decisiones respecto a su salud, su enfermedad y su tratamiento; tener una relación de ayuda en el proceso de adaptación a la enfermedad, y poner al alcance de la persona todos los recursos sanitarios y sociales de los que dispone. Todos los datos presentados indican que urge que la población tome conciencia con respecto a los malos hábitos de vida y alimentarios, que propician el desarrollo de ciertas alteraciones en la salud.

Educación sanitaria y autocuidados

Involucrar al paciente en su autocuidado es imprescindible para lograr un buen control de la enfermedad. Para ello, la enfermera debe dirigir su actividad a conseguir la estabilidad física, promover conductas de salud, e instruirle en la identificación precoz de síntomas o signos de inestabilidad.

A continuación, se exponen los aspectos educativos sobre los que basar la educación sanitaria adecuada y adaptada al paciente con ERC:

- Proporcionar a la persona conocimientos sobre la ERC:
 - Explicar etiología
 - Manifestaciones clínicas y posibles complicaciones
 - Identificar y monitorizar signos y síntomas de descompensación
 - Incidir en concepto de enfermedad crónica y progresiva.
- Informar sobre los factores de riesgo: enfermedad cardiovascular, DM, HTA, obesidad, tabaquismo, dislipidemia.
- Tratamiento farmacológico: indicaciones, dosis, efectos secundarios y su correcto uso. Fármacos nefrotóxicos. Implementación de la adherencia.
- Recomendaciones adaptadas a la persona: ejercicio físico, dieta según estadio de ERC, restricción del consumo de alcohol.
- Incidir sobre la importancia de la prevención y promoción de la salud mediante conductas generadoras de salud.
- Identificar el incumplimiento terapéutico, transgresiones dietéticas y hábitos tóxicos como causas de descompensación.
- Favorecer estrategias de afrontamiento de la enfermedad.(17).

TEORÍA DE ENFERMERÍA

La enfermería y el ser humano. Según Orem, los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. Cuando nos planteamos los cuidados que precisan los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), estamos hablando de cuidar a una persona dependiente con una afección general que requiere unos cuidados holísticos, muy específicos por un lado y muy generales por otro, en cuanto a que cuidamos a una persona crónicamente enferma, teniendo en cuenta siempre la individualidad de cada paciente, su vivencia de la enfermedad y sus consecuencias personales.

A todos los pacientes con riesgo de enfermedad renal o que presentan algún daño renal se les educa y entrena en las conductas, actitudes y hábitos para prevenir o recuperarse de su enfermedad, durante las consejerías o talleres programados para luego ser evaluados si se sensibilizaron y aprendieron, a corto plazo a través de fichas de evaluación y a largo plazo a través de la valoración de su función renal

Según Nola J. Pender, Modelo de la Promoción de la Salud, trata de explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria, que es lo que queremos lograr en un paciente con riesgo de enfermedad renal crónica modificar su estilo de vida. Les brinda la información y se les asesora en cuanto al tipo de alimentación, ejercicios, medicación, etc.

Jean Watson, Teoría del cuidado humano, se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos, los pacientes requerimos controles holísticos que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida.

En nefroprevención la promoción y la prevención de la salud es lo más importante.

2.3. Definición de términos

- a. **Enfermedad Renal Crónica (ERC):** En el año 2002, la National Kidney Foundation, en las guías K/DOQI, definió a la enfermedad renal crónica como la disminución de la función renal expresada por una TFG menor de 60 mL/ min/1.73 m² SC o como daño renal durante más de tres meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal (National Kidney Foundation, 2002)(33)

- b. **Intervención de Enfermería:** Se define como una intervención de enfermería a “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Las intervenciones (actividades o acciones de enfermería), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería debemos de definir las intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente.(6)

c. **Nefroprevención:** es un conjunto de medidas destinadas a prevenir o retardar el daño renal. Nefroprevención primaria: acciones dirigidas a impedir el desarrollo de la enfermedad renal a través de promoción de la salud y manejo de factores de riesgo en la población general.(11)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, Aplicativo de Vigilancia de Salud Renal (VISARE) de los diferentes años que se han reportado en el sistema de gestión, así como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Soy enfermera con 21 años de servicio, mis primeros 6 años los realice en el Ministerio de Salud de las provincias de Chiclayo y Cajamarca.

Un dos de enero de 1996, empezó a trabajar en el distrito de Nueva Arica de la provincia de Chiclayo, como enfermera asistencial en los servicios de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones en el turno de mañana y por la tarde además de estos servicios también era responsable de Tópico,

Enfermedades transmisibles y admisión; en este Centro de Salud permanecí tres años. Durante este tiempo se presentó EL COLERA en el cual trabajaba más de 12 horas recorriendo caseríos, cruzando ríos, expuesta al peligro pero adquiriendo mucha habilidad en la canalización de vías y tratamientos para dicha enfermedad teniendo mucha satisfacción al final de cada labor. También apoye al Centro de Salud Oyotun

Durante esta epidemia brindando capacitaciones a los manipuladores de comidas y charlas educativas a instituciones y población en general.

Luego fui trasladada al Centro de Salud de Nanchoc que en un inicio pertenecía a la provincia de Chiclayo pero que por divisiones territoriales paso a formar parte de la provincia de San Miguel departamento de Cajamarca, en el cual labore tres años como enfermera asistencial por 12 horas, en los servicios de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, enfermedades trasmisibles, programa TBC, tóxico, Obstetricia (durante el parto) y funciones administrativas ; el centro de salud se convirtió en MICRORED en donde fui Coordinadora de Micro red realizando además actividades de supervisión de los centros de salud bajo su cargo, capacitaciones para todo el personal de salud.

Participo en el concurso convocado por ESSALUD, empezando a trabajar en ese mismo año como enfermera asistencial del CAP III Manrique Nevado- del distrito de José Leonardo Ortiz provincia de Chiclayo, en los servicios de Crecimiento y Desarrollo, inmunizaciones, tóxico, en procedimientos (toma de EKG), programa de TBC, Programa Adulto – Adulto Mayor, realizando más turnos en este último servicio, en donde actualmente laboro por más de quince años como coordinadora del programa y de Nefroprevencion.

Mi experiencia profesional como responsable de NEFROVENCION inicia desde el 2009 donde mediante mi práctica utilice técnicas y

procedimientos basados en principios científicos y garantizando una práctica digna de cuidados con calidad al individuo, familia y comunidad.

Mi desafío como profesional fue transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

Mi espacio de trabajo como responsable de la estrategia de Nefroprevención era ampliamente de coordinar con los diferentes profesionales de salud integrantes del equipo multidisciplinario.

Mis funciones: empezaba primero por la parte de planificación elaborando el plan local del Centro asistencial, luego se aplicaba la sensibilización y coordinación con los profesionales sobre la dinámica para la realización de las actividades y las diferentes estrategias para llevar un trabajo en equipo. Además se coordinaba con las diferentes instituciones para las alianzas estratégicas logrando un compromiso de ambas partes, cumpliendo así con la actividad extramural.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

La Nefroprevención en mi centro laboral la iniciamos en el año 2009, conformada por un médico y una enfermera, solo se evaluaba a pacientes con ECNT (hipertensión y diabetes), se aprobó la "Guía Técnica de Promoción de la Salud Renal del Seguro Social de salud" no se contaba con un registro o formato especial del programa.

En el año 2010 participe en la primera Capacitación Macro Regional en la ciudad de Trujillo realizada por el Instituto Nacional del Riñón, sobre "Manejo de la Enfermedad Renal Crónica en ESSALUD.

En el año 2012 se llevó acabo la segunda Capacitación Macro Regional en la ciudad de Chiclayo.

En el 2014 se crea el Subsistema de Vigilancia de Salud Renal (VISARE), dentro de la implementación del Plan Nacional de Salud Renal de ESSALUD.

La población a vigilar son pacientes hipertensos, diabéticos y mayores de 55 años; por lo tanto la población a evaluar aumenta.

En el 2016 Con el fin de estandarizar la atención del paciente con ERC se aprueba el "Manual de Procedimientos del Equipo Interdisciplinario para la Atención Integral del Paciente con Enfermedad Renal Crónica.

ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN:

La organización está conformado por un equipo multidisciplinario médico, enfermera, nutricionista, psicóloga y asistente social.

Planificación del trabajo, se elabora la programación de actividades en fechas de atención, captación de pacientes en riesgo a realizarse en todos los consultorios y que son derivados a enfermería para la programación de su cita, talleres educativos, etc.

Difusión de las intervenciones de promoción y prevención.

Reuniones de equipo una vez al mes.

EJECUCIÓN:

Atención de enfermería al paciente con ERC:

Primera consulta:

Consejería: de motivación y sensibilización.

Valoración de enfermería: recolección y registro de datos, valoración física (primera consulta de enfermería).

Diagnóstico de enfermería: Elabora y registra el (lós) diagnóstico (s) de enfermería que surge de los datos objetivos y subjetivos de la valoración.

Plan de cuidados: se elabora conjuntamente con la persona el plan de acción encaminado a reducir los problemas y promover salud. Son educaciones terapéuticas.

Segunda consulta:

Evaluación: con citas programadas se evalúa adaptación a conductas saludables para seguimiento. Se entrega su carne de seguimiento. (Anexo 5)

Las atenciones de seguimiento de enfermería son valoraciones periódicas de conocimientos, adherencia a medidas de autocuidado para identificar oportunamente riesgos potenciales, reforzar y/o replantear intervención.

Si no cumple se refuerza el plan de cuidados se reprograma para citas de control.

A los pacientes con estadios de ERC 1 y 2 se cita a los 30 días de la consulta inicial y un control a los 6 meses.

A los pacientes con estadios de ERC 3a se cita a los 30 días de la consulta inicial y un control a los 4 meses.

Deriva para continuar atención con equipo interdisciplinario (nutrición y psicología).

ACTIVIDADES COLECTIVAS:

Están constituidas por Charlas y Talleres de Salud y específicos de Enfermedad Renal, Visita Domiciliaria, Visita a Empresa, Actividades de Comunicación Masiva: campañas, ferias, caminatas. Son realizadas por el personal de salud del equipo interdisciplinario: médico, enfermera, trabajador social, nutricionista, psicólogo.

REGISTRO DE INFORMACIÓN:

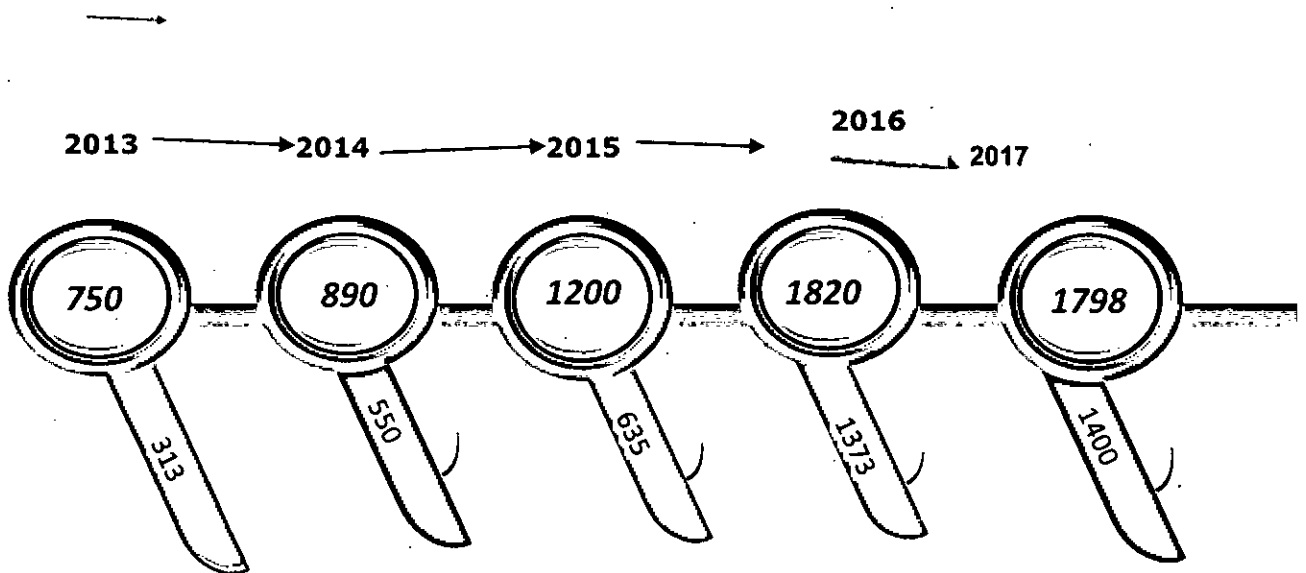
Se registra toda la información como pacientes captados, pacientes evaluados y clasificados según estadio de ERC encontrado incluso los pacientes con estadios 3b, 4 y 5 referidos a un mayor nivel de atención. **(Anexo 6)**

Durante 5 años he sido la coordinadora del Programa de Nefroprevención, el cual se ha ido implementando con guías de atención, capacitaciones, logrando proteger a una mayor población y trabajando en equipo cuyos resultados se ven reflejados en la detección temprana de la ERC. A inicios del Programa se encontraron pacientes en todos los estadios de ERC (I, II, IIIA, IIIB, IV, V), a la fecha los estadios IV y V han disminuido considerablemente en nuestras evaluaciones.

IV. RESULTADOS

GRAFICO N° 4.1

**PACIENTES TAMIZADOS Y CON ERC EN EL CAP III "M.M.NEVADO"
ESSALUD J.L.O CHICLAYO, 2013-2017**

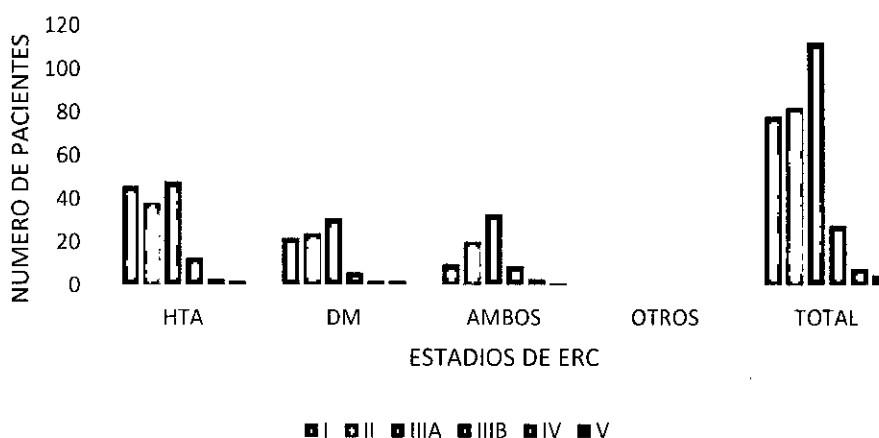


INTERPRETACIÓN:

El presente grafico nos permite observar como en el transcurso de los años la demanda de atención aumento al igual que el número de pacientes con riesgo de ERC, esto puede explicar que la vigilancia de salud renal ha ido creciendo con el tiempo, las capacitaciones, las estrategias, la sensibilización al personal de salud, las nuevas herramientas han reforzado este plan de salud , el cual puede llegar a convertirse en un programa de Nefroprevención.

GRAFICO N° 4.2

**NUMERO DE PACIENTES EN VISARE SEGÚN
PATOLOGIAS Y ESTADIOS AÑO 2010**



Población tamizada: 873

Riesgo ERC 313

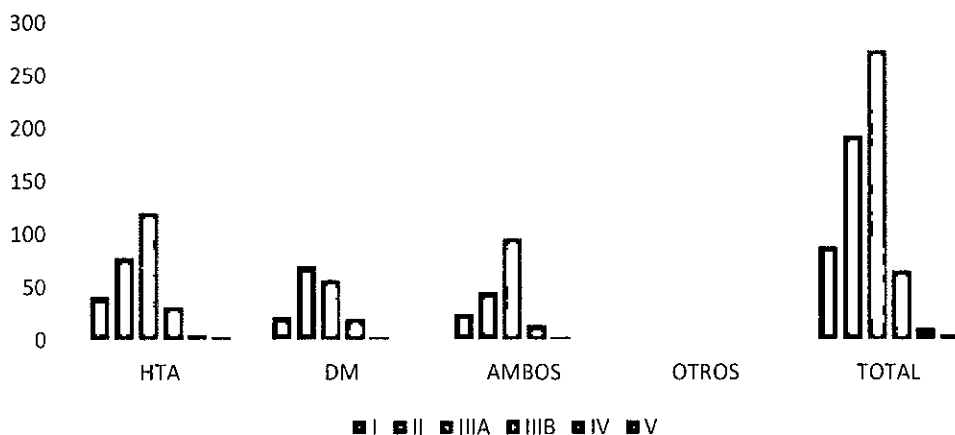
INTERPRETACIÓN:

El presente grafico muestra el número de pacientes según patologías crónicas que grado de estadio de ERC presenta durante el año 2010. En el cual se tamizaron a 873 pacientes de los cuales 313 presentan algún estadiaje de ERC.

Se observa que los pacientes hipertensos y el estadio 3A son los de mayor proporción y también se evidencia la presencia de estadio V en ambas patologías.

GRAFICO N° 4.3

NUMERO DE PACIENTES EN VISARE SEGÚN PATOLOGIA Y ESTDIOS DE ERC AÑO 2013



Población tamizada: 1379

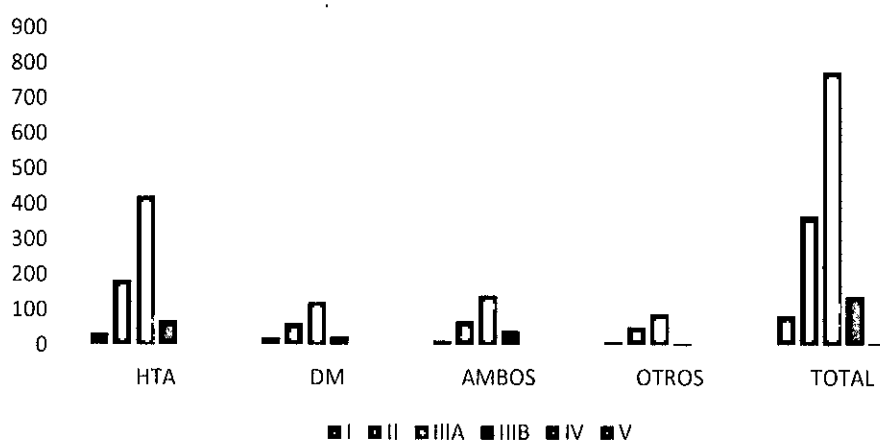
Riesgo ERC 634

INTERPRETACIÓN:

El presente grafico nos muestra que la población tamizada aumento y el riesgo de ERC también aumento, sigue siendo la hipertensión y el estadio 3A los de mayor numero. Pacientes con estadio V han disminuido.

GRAFICO N 4.4

NUMERO DE PACIENTES EN VISARE SEGÚN PATOLOGIA Y ESTADIOS DE ERC AÑO 2016



Población tamizada: 1850

Riesgo ERC 1373

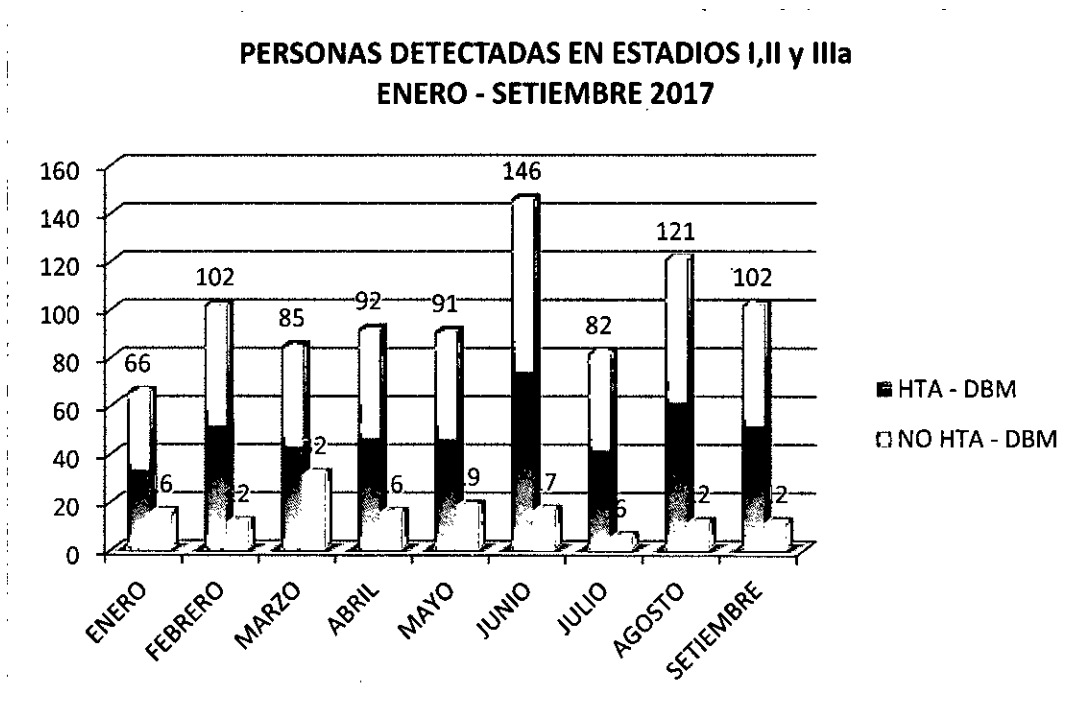
INTERPRETACIÓN:

En el siguiente grafico se puede observar que continúa siendo la hipertensión y el estadio 3A los grupos con mayor riesgo de ERC pero en este año no se evidencian pacientes con estadio V.

La población tamizada ha ido aumentando conforme se ha ido fortaleciendo la estrategia de nefroprevención con capacitaciones, el Plan Nacional de Salud Renal.

El riesgo de presentar ERC también aumento pero lo más importante es que se está logrando controlar la enfermedad ya que la presencia del estadio V ha disminuido incluso en el año 2016 no se encontró ningún caso, lo cual indica el efecto positivo de nuestra intervención.

GRAFICO N° 4.5



INTERPRETACIÓN:

Este grafico nos permite visualizar que el mayor riesgo de ERC esta en los pacientes con patologías crónicas, hipertensión y diabetes, pero que también existen pacientes sin patologías que ya presentan el riesgo y desconocen su enfermedad y que gracias a nuestra estrategia de tamizaje hemos logrado identificar.

V. CONCLUSIONES

- a)** La experiencia profesional y la preparación adecuada me han permitido desarrollar capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar cuidados de calidad eficiente, oportuno y seguro al paciente con ERC
- b)** La implementación del programa de nefroprevención muestra avances progresivos.
- c)** Hay necesidad de continuar fortaleciendo la estrategia.
- d)** Constituye una alternativa para reducir el impacto de la ERC.

VI. RECOMENDACIONES

- a)** Las instituciones de salud deben considerar al recurso humano como uno de los factores más importantes para el desarrollo de las actividades de salud y por lo tanto asignar los recursos necesarios para garantizar la salud y el bienestar de la población

- b)** Los profesionales de la salud debemos realizar la captación de personas con factores de riesgo se realice a nivel intra y extramural a través de actividades individuales y colectivas.

- c)** Que todas las instituciones de salud contemos con El Plan Nacional de Salud Renal debe constituir una importante herramienta de la estrategia de Atención Primaria, que permita obtener valiosa información para orientar las acciones de prevención y promoción de la salud.

VII. REFERENCIALES

1. Martínez. A.; Martín De Francisco, A.; Górriz, J.; Alcázar, R.; Orte, L. Estrategias en salud renal: Un proyecto de la sociedad española de nefrología. En: Revista nefrología, 2009.
2. Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Guía para el manejo y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Bogotá: MINSALUD; 2007
3. Flores J, Alvo M, Borja He, Morales J, Vega J, Zúñiga C et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. méd. Chile. 2009; 137(1): 137-177.
4. Ávila M. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. Med Int Mex. 2013;29:148-153
5. Sánchez A, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa L, Merelles. Enfermería comunitaria: actuación en enfermería comunitaria, sistemas y programas de salud. 3ª ed. España: McGraw Hill Interamericana; 2000.
6. Montserrat R, Caja C, Úbeda I. Enfermería comunitaria: elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Madrid: Instituto Monsa de Ediciones; 2005.
7. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de atención de la hipertensión arterial. Bogotá, 2000. p. 4.
8. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de atención de la diabetes tipo II. Bogotá, 2000. p. 5-14.
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Vol. 2. Washington, .D.C.: OPS; 2007.p. 221.

10. Quevedo L. Clínica de diabetes un concepto que se impone en el siglo XXI La prevención de la enfermedad renal, un nuevo reto para la enfermera. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2012; 7: 140-145
11. Aguilera A, Prieto M, González L, Abad B, Martínez E, Crespo Israel, et al. Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con Enfermedad Renal Crónica: la educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familiares. *Revista SEDEN*. 2012; 15
12. Blanco J, Maya J. *Fundamentos de salud pública*. 2ª ed. Medellín: Fondo Editorial CIB; 2005. p. 85.
13. Burke, Mary M. *Enfermería gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor*. 2ª ed. España: Ediciones Harcourtbrace; 1998. p. 593.
14. Duque M, Achury S. *El apoyo social y las personas con enfermedades crónicas*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2010.p. 83-103
15. Cirera F, Reina M, Pérez A, Martín Espejo JL. Las actividades enfermeras en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada contribuyen a mantener la función renal. *Enferm Nefrol* 2013; 16 (1): 34-39
16. Bonilla F. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad? *Enferm Nefrol*. 2014. 17 (2).
17. Bardón E., Marti A, Vila M. Enfermería en la consulta de enfermedad renal. Crónica avanzada (ERCA). *Nefrología* (2008) Supl. 3, 53-56
18. García R., Suarez R. Dimensión Educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Endocrinol*. 2001. 12(3)

19. Martínez A. Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España. *Nefrología*. 2002; 22: 521-30.
20. Gámez A, Montell O, Ruano V, Alfonso de León J, Hay de la Puente Z. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Rev. Med. Electrón*. 2014; 35(4): 306-318.
21. INEI. Situación de la población adulta mayor .Lima: Publicaciones Instituto Nacional de Estadística.
22. Manrique G. Situación del adulto mayor en el Perú. *Rev Med Hered*. 1992; 3(3).
23. Neto B. Autocuidado, ¿una cuestión de género?. *Rev Enferm Herediana*. 2009; 2(2): 73-79.
24. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS. 2009
25. Terazón O, Vinent M, Pouyou J. Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos. *Medisan*. 2017, 21(1).
26. Tobio C. El cuidado de las personas, un reto para el siglo XXI. Barcelona
27. UNFPA. Adultos mayores en el Perú. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Lima. 2014
28. Venegas B, Vargas E, Abella L, Chaparro. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2010.
29. National Kidney Foundation. Clinical Practice Guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002; 39.

30. Mezzano S, Aros C. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 338-48.
31. National Kidney Disease Education Program: Suggestions for Laboratories. <http://www.nkdep.nih.gov/labprofessionals/index.htm>
32. Ibáñez M. Factores de riesgo asociados a progresión de enfermedad renal crónica en pacientes adultos. Hospitales Minsa, Trujillo-Perú. 2010-2014.
33. Francis ER, Kuo CH, Ortiz AB, Nessel L, Gilman RH, Checkley W, Miranda J, Feldman HI, Cronicas C. Burden of chronic kidney disease in resource-limited settings from Peru: a population-based study. *BMC Nephrology*. 2015; 16:114.
34. Herrera P, Benites VA, León I, Huarcaya R, Silveira M. Chronic kidney disease in Peru: a challenge for a country with an emerging economy. *J Bras Nefrol*. 2015; 37(4):507-8.

ANEXOS

ANEXO 1

$$\text{Aclaramiento creatinina} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso (en kilogramos)}}{72 \times \text{creatinina en plasma (en mg/dL)}} \times 0.85 \text{ si es mujer}$$

ANEXO 2

Etapa ERC	VFG (ml/min/1,73 m ²)	Plan de Acción*
Riesgo ERC	>60 (sin daño renal)	Evaluación riesgo ERC (Diabetes, HA) Reducción riesgo ERC
1	>90 (con daño renal)	Diagnóstico y tratamiento Tratamiento condiciones comórbidas Reducir progresión Reducir riesgo cardiovascular
2	60-89 (con daño renal)	Estimar velocidad de progresión renal
3	30-59	Evaluar y tratar complicaciones
4	15-29	Preparación para terapias de sustitución renal
5	<15 (o diálisis)	Terapias de sustitución renal (Si hay uremia)

*El plan de acción de cada etapa incluye acciones de etapas precedentes.

ANEXO 3

Tabla 2.1. Factores de Riesgo de Enfermedad Renal Crónica

Tipo	Definición	Ejemplos
Factores de Susceptibilidad	Aumentan Susceptibilidad a daño renal	Mayor edad Historia familiar de enfermedad renal Bajo peso de nacimiento Reducción de masa renal Raza
Factores de Iniciación	Inician directamente el daño	Diabetes Hipertensión arterial Enfermedades autoinmunes Infecciones sistémicas Infección del tracto urinario Cálculos urinarios Obstrucción del tracto urinario Toxicidad a drogas
Factores de Progresión	Causan empeoramiento del daño renal y declinación más rápida de la función renal	Proteinuria Hipertensión arterial Control pobre de glicemia en diabetes Tabaquismo

ANEXO 4

Tabla 2.2. Laboratorio en ERC

<p>Para todos los pacientes en riesgo aumentado de ERC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creatinina plasmática para estimar VFG • Cuociente albúmina/creatinina o proteína/creatinina en muestra de orina aislada (de preferencia primera orina de la mañana) • Orina completo: tira reactiva para glóbulos rojos y blancos, o examen del sedimento urinario <p>Para pacientes diagnosticados ERC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagen de los riñones, habitualmente ecografía • Electrolitos plasmáticos (Sodio, potasio, cloro y bicarbonato)
--

"Manual de Procedimientos del Equipo Interdisciplinario para la Atención Integral del Paciente con Enfermedad Renal Crónica según Estadios"



Carta de Seguimiento para Atención del Paciente con ERC en Estadios 1, 2, 3a

EsSalud
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre del paciente: _____
 Número de historia clínica: _____
 Fecha de emisión: _____

Centro de Salud: _____
 Unidad de Salud: _____
 Tipo de paciente: Regular Emergencia

Nombre del médico: _____
 Nombre del enfermero: _____
 Nombre del nutricionista: _____
 Nombre del psicólogo: _____
 Nombre del trabajador social: _____
 Nombre del fisioterapeuta: _____
 Nombre del farmacéutico: _____
 Nombre del odontólogo: _____
 Nombre del optometrista: _____
 Nombre del audiólogo: _____
 Nombre del kinesiólogo: _____
 Nombre del terapeuta ocupacional: _____
 Nombre del terapeuta de lenguaje: _____
 Nombre del terapeuta de música: _____
 Nombre del terapeuta de danza: _____
 Nombre del terapeuta de arte: _____
 Nombre del terapeuta de juego: _____
 Nombre del terapeuta de equitación: _____
 Nombre del terapeuta de acuerebilitación: _____
 Nombre del terapeuta de realidad virtual: _____
 Nombre del terapeuta de realidad aumentada: _____
 Nombre del terapeuta de realidad mixta: _____
 Nombre del terapeuta de realidad extendida: _____
 Nombre del terapeuta de realidad virtual: _____
 Nombre del terapeuta de realidad aumentada: _____
 Nombre del terapeuta de realidad mixta: _____
 Nombre del terapeuta de realidad extendida: _____

ESTADIO	1	2	3a
DIAGNÓSTICO			
TRATAMIENTO			
SEGUIMIENTO			
EDUCACIÓN			
PSICOLÓGICO			
SOCIAL			
FISIOTERAPIA			
FARMACOLÓGICO			
ODONTOLÓGICO			
OPTOMÉTRICO			
AUDIOLÓGICO			
KINESIOLÓGICO			
OCUPACIONAL			
DE LENGUAJE			
MÚSICA			
DANZA			
ARTE			
JUEGO			
EQUitación			
ACUEREABILITACIÓN			
REALIDAD VIRTUAL			
REALIDAD AUMENTADA			
REALIDAD MIXTA			
REALIDAD EXTENDIDA			

Elaborado por: _____
 Fecha de elaboración: _____

ANEXO 6

COPIA DEL ORIGINAL
 Seguridad Social de Salud

Luis A. Viqueque Naranjo
 Director General de Atención y Seguimiento de Pacientes
 30 MAR 2018

Página 61 de 64



ANEXO 7



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017