

**“ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE ENFERMEDADES CRÓNICO  
DEGENERATIVAS CON MENCIÓN EN TÓPICOS SELECTOS”**



**AGOSTO 2023**

**W. JIM ESCOBAR TORRES**

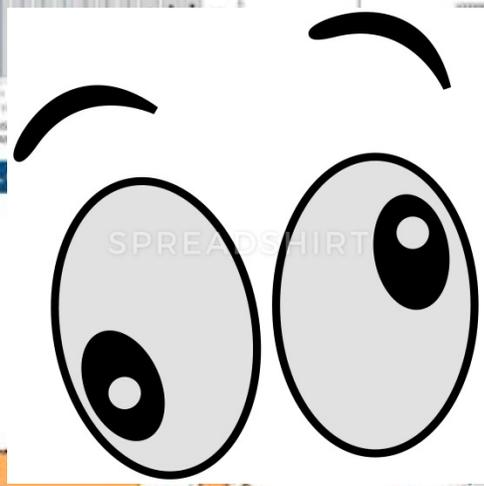
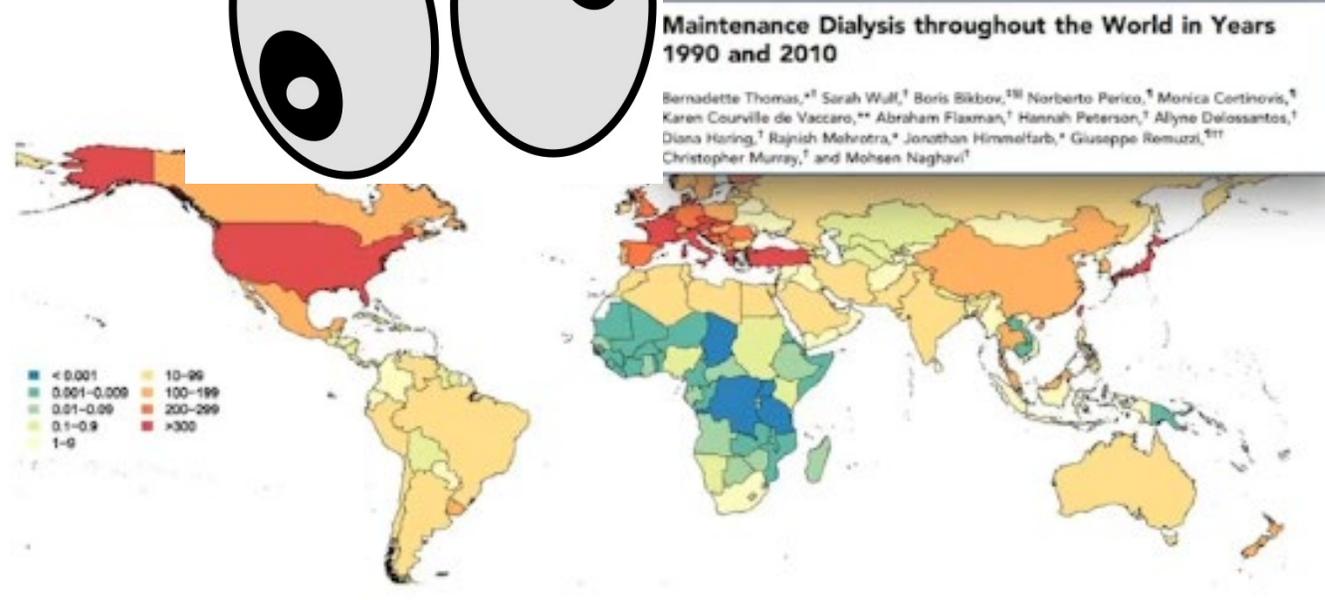
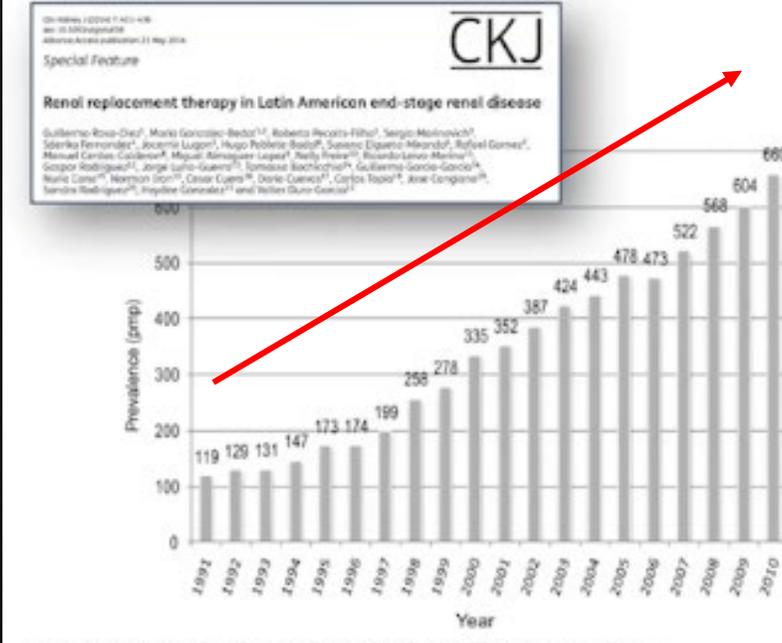
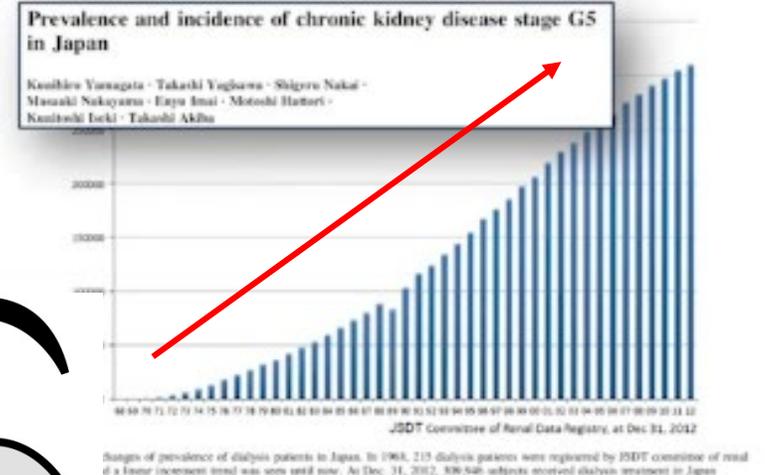
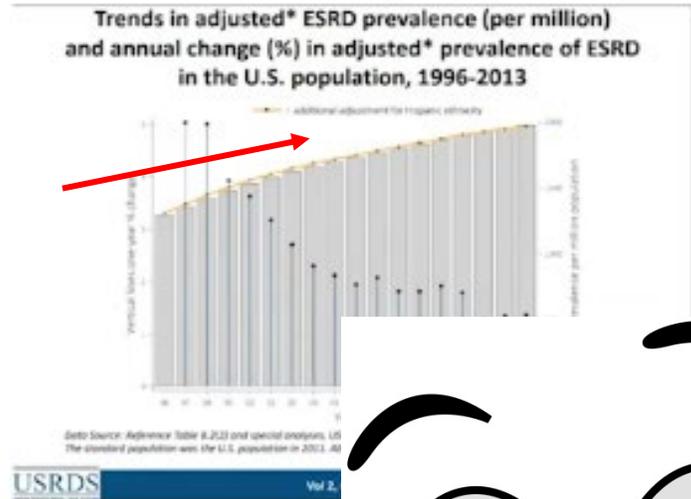
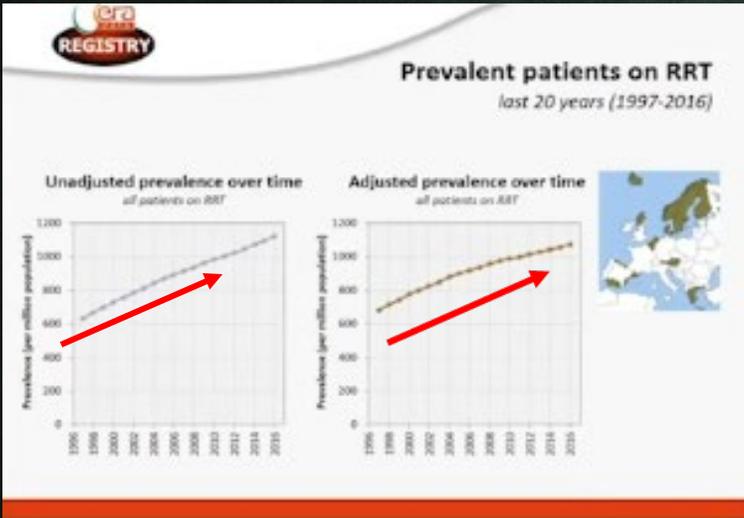
- International Society of Nephrology ISN  
Young Nephrologists Committee
- Kidney Health Professionals Working Group
- Centro Nacional de Salud Renal

# SALUD PUBLICA

- La enfermedad renal es un importante problema de salud pública a nivel mundial. La lesión renal aguda y la enfermedad renal crónica están vinculadas a altos costos de atención médica, mala calidad de vida y resultados de salud adversos graves.
- A pesar de esta carga, la enfermedad renal a menudo no se incluye en las principales estrategias de control de enfermedades crónicas, lo que presenta un obstáculo al comprometerse con los gobiernos para abordar las enfermedades renales.



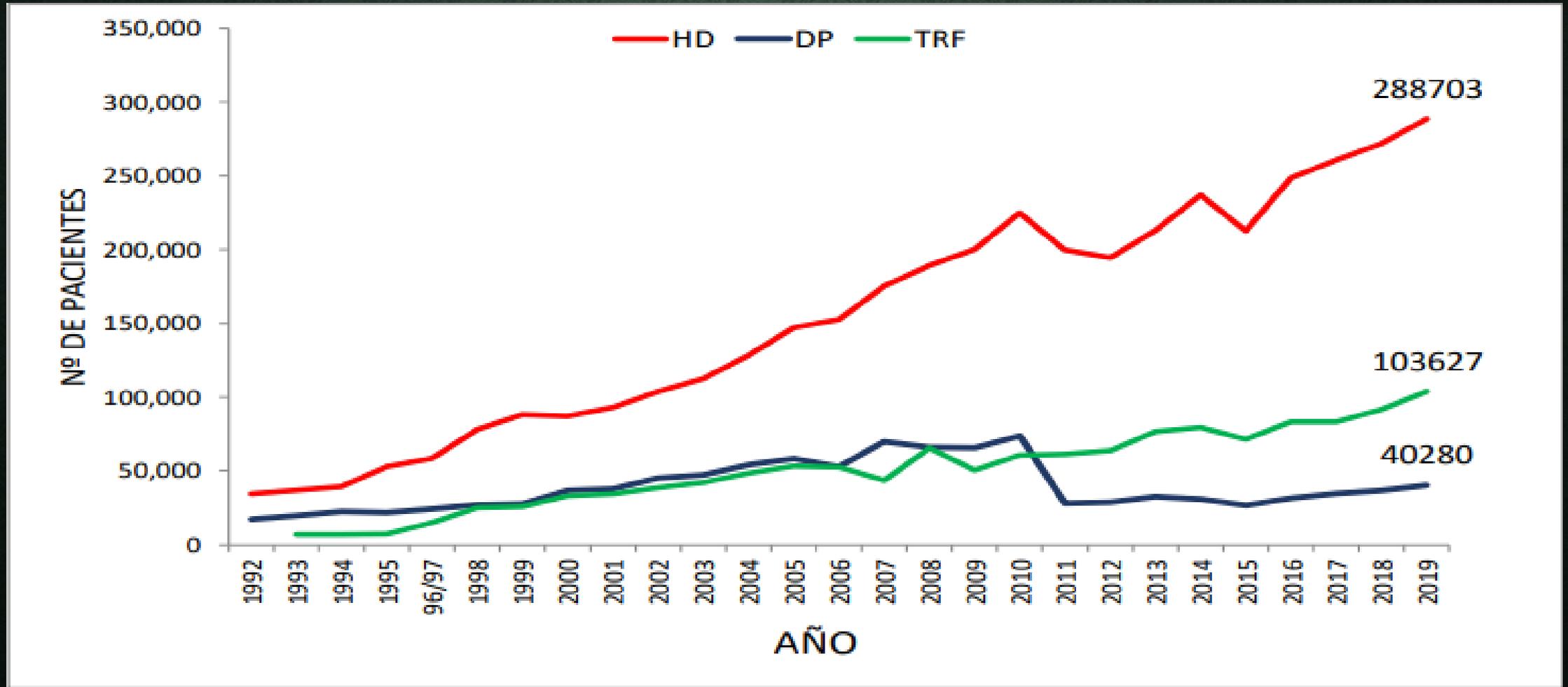
# ENFERMEDAD RENAL CRONICA



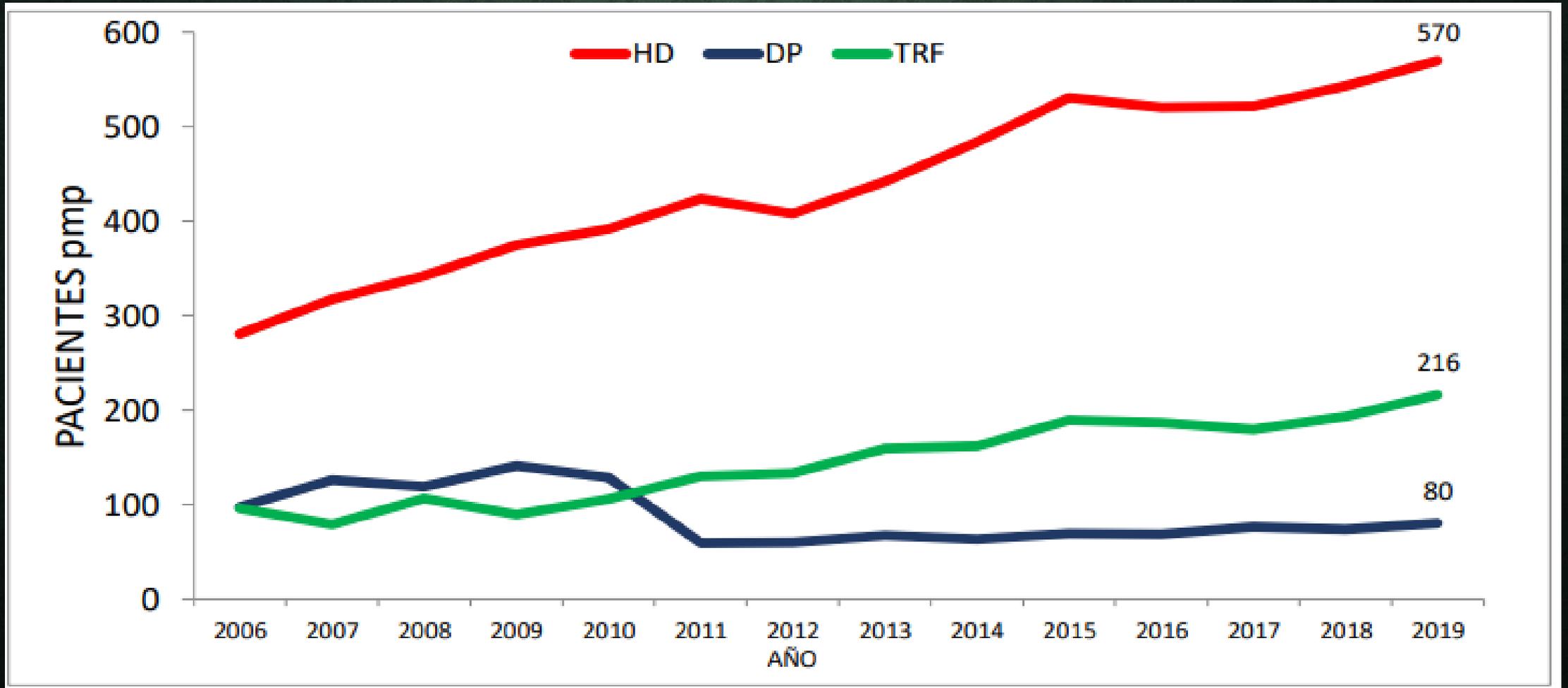
SPREADSHIRT

Latin American Dialysis and Renal Transplantation Registry 1991-2010. RRT prevalence, all modalities.

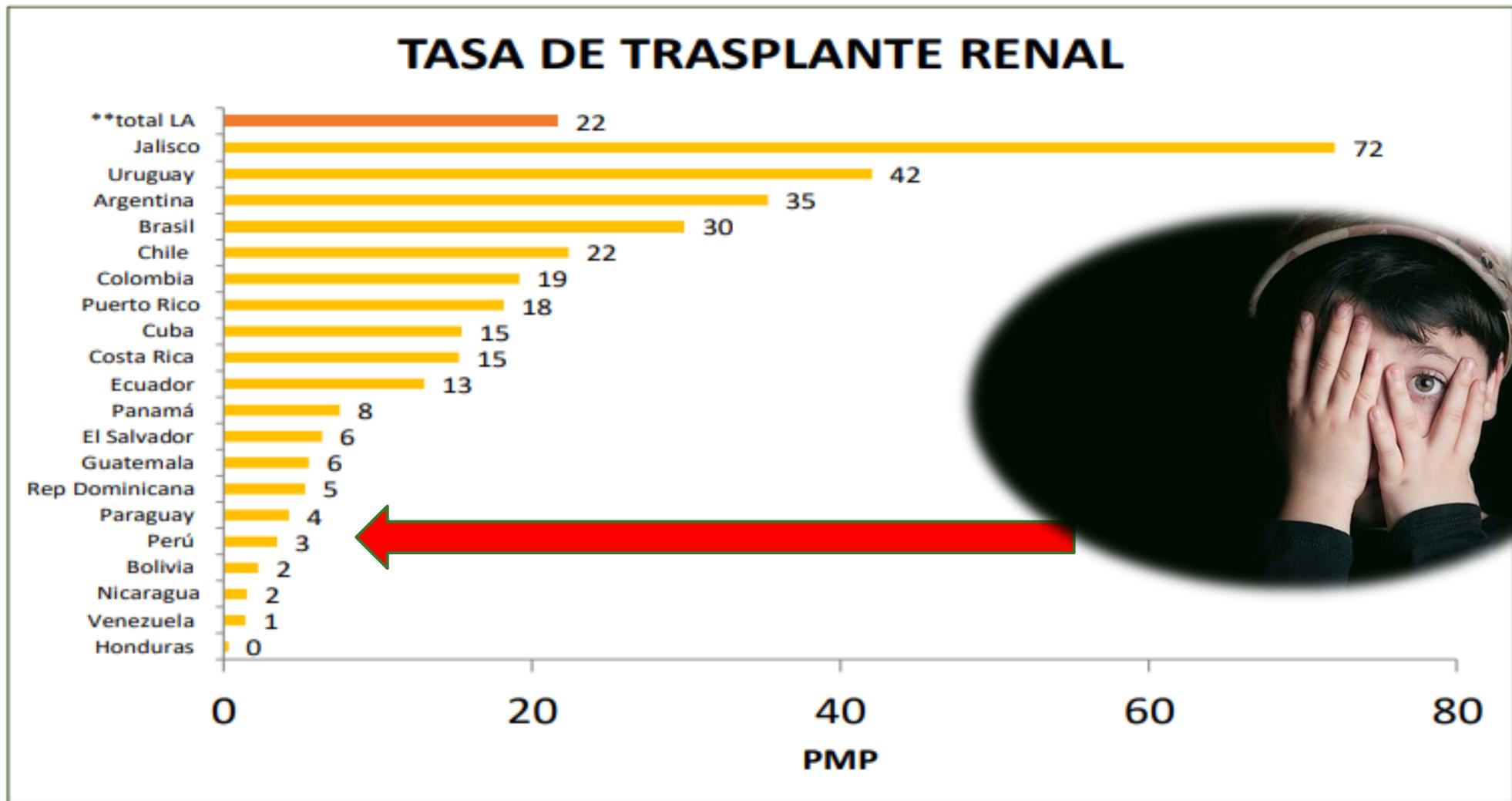
# PACIENTES EN TSR POR MODALIDAD DE TRATAMIENTO (1991 - 2019)



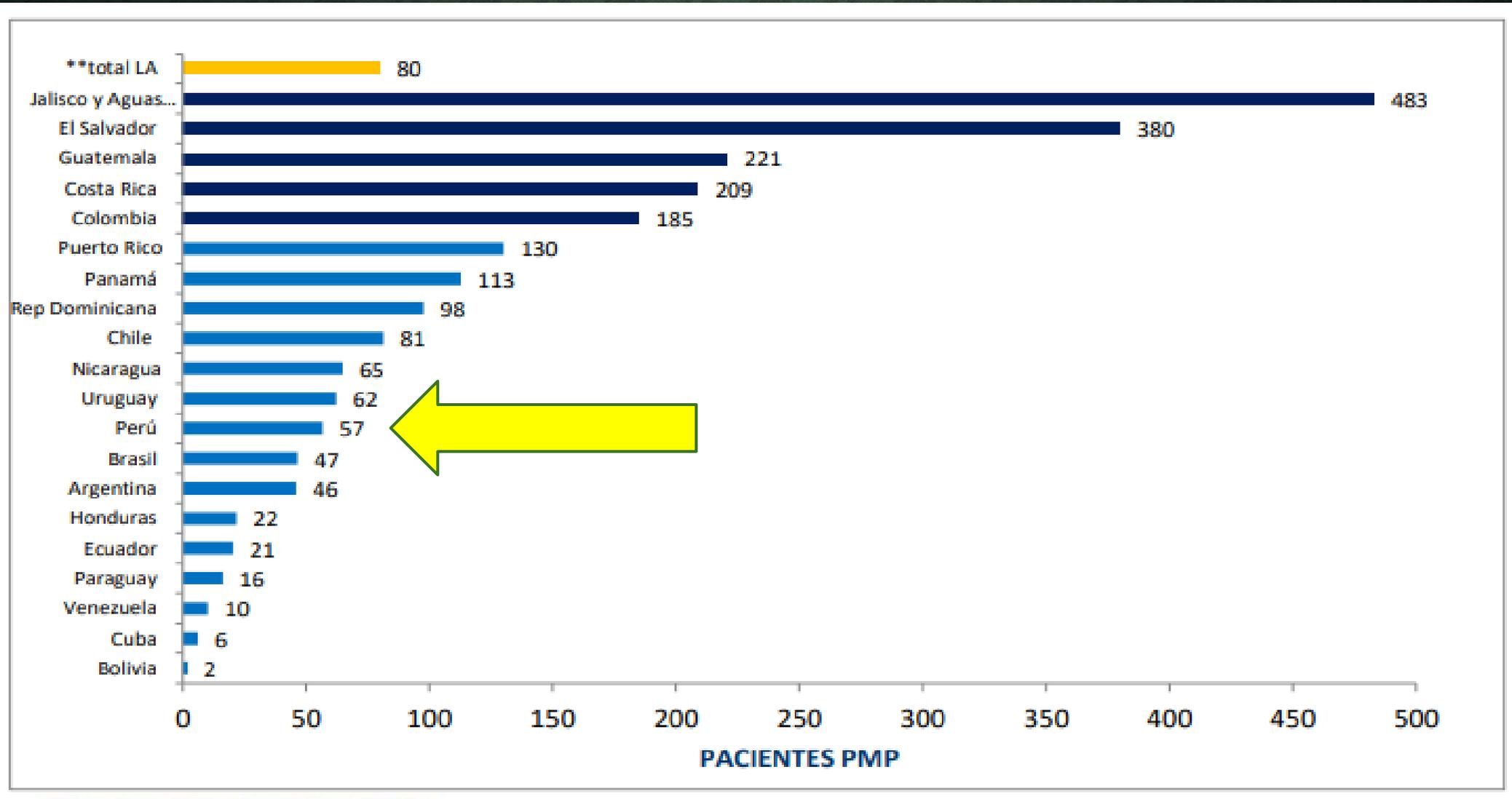
# TASA DE TSR EN LA POR MODALIDAD (1991 – 2019)



# TRASPLANTE RENAL EN LA POR PAISES 2019



# PREVALENCIA DE DP EN LATINOAMERICA 2019



# ERC Y POBREZA

Figure 1.2 | The state of KRT need, access, and projections into the future

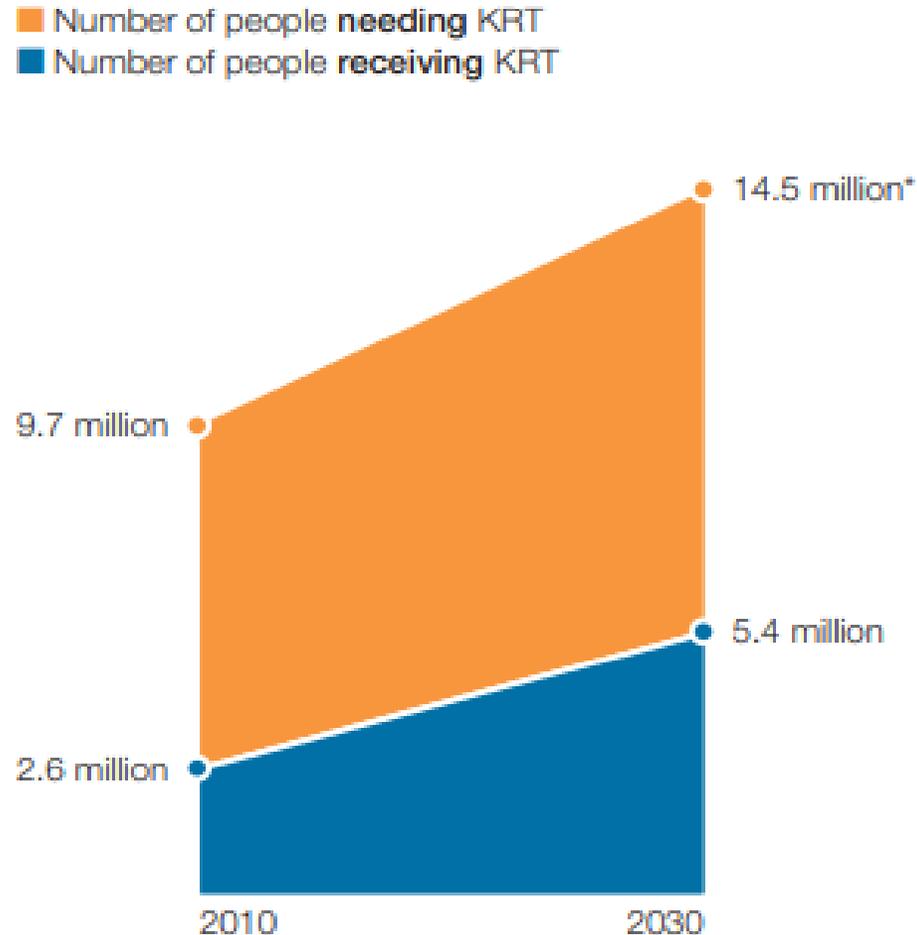
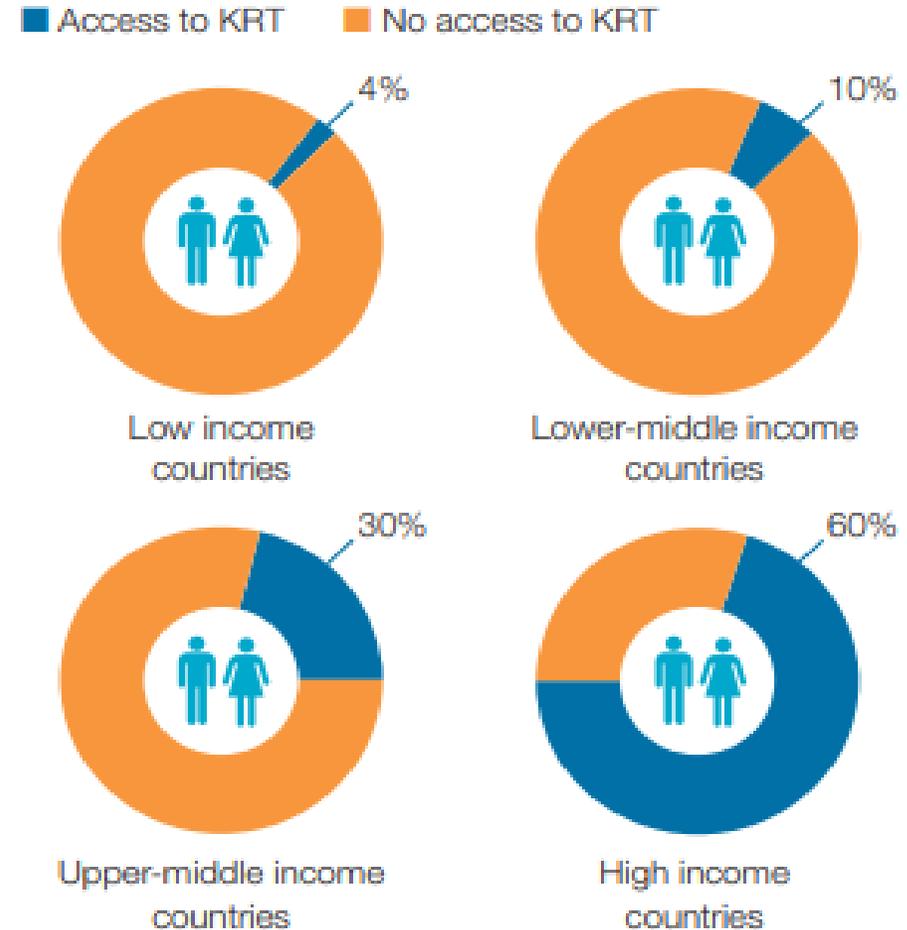
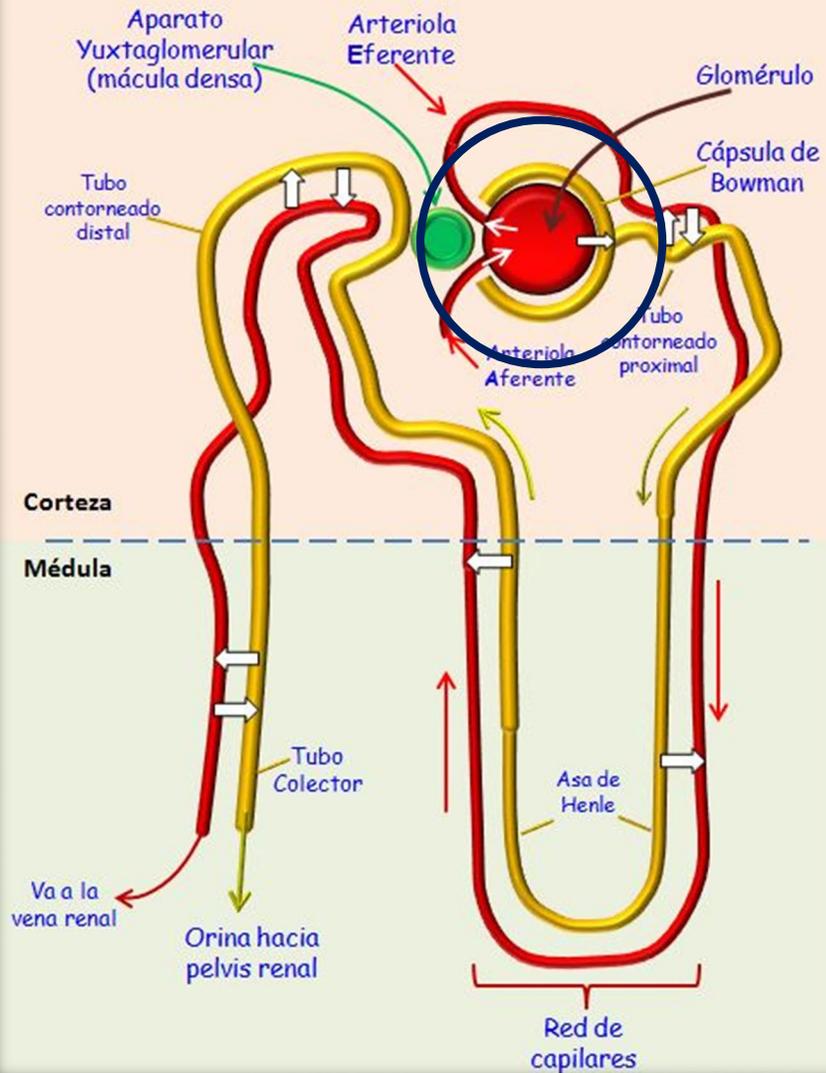


Figure 1.3 | Income-related variability in access to KRT



Estimated number of people needing and receiving KRT worldwide and by World Bank income groups in 2010 and 2030.<sup>7</sup>

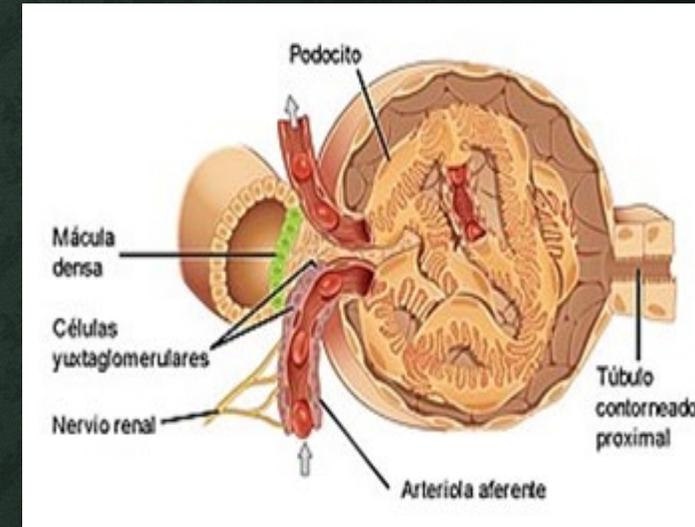
Figura 2. Nefrona: Unidad funcional renal



- A nivel microscópico, la una unidad funcional renal: la nefrona .
- Cada riñón humano contiene alrededor de 800.000 a 1.000.000 nefronas, cada una de las cuales es capaz de formar orina.
- El envejecimiento renal normal, por lesión o por enfermedad, puede reducir su número gradualmente debido a que no se pueden regenerar.
- Cada nefrona está formada por un agrupamiento de vasos capilares llamado glomérulo , por el que se filtran grandes cantidades de líquido desde la sangre, y por un túbulo largo en el que el líquido filtrado se convierte en orina en su trayecto hacia la pelvis renal.

# GLOMERULO

- El líquido filtrado desde los capilares glomerulares circula hacia la cápsula de Bowman y después al túbulo proximal.
- Desde el túbulo proximal, el líquido filtrado discurre hacia el asa de Henle, que desciende hasta la médula renal.
- El asa de Henle está constituida por una rama descendente y otra ascendente. Las paredes de la rama descendente y el segmento inferior de la rama ascendente del asa de Henle son muy finas, y se llaman segmento fino del asa de Henle. Una vez la rama ascendente del asa de Henle vuelve a la corteza renal, se hace mas grueso denominándose segmento grueso del asa ascendente.
- En la zona final del segmento grueso de la rama ascendente del asa de Henle, se localiza una placa de células epiteliales especializadas que es la mácula densa. Llegando el líquido al túbulo distal en la corteza renal
- Sigue el túbulo colector cortical (de 8 a 10 conductos) que se unen para formar un solo conducto colector mayor que discurre hacia el interior de la médula y se convierte en el conducto colector medular.
- Los conductos colectores se van uniendo y formando progresivamente



# FUNCIONES PRINCIPALES DEL RIÑÓN

1. Eliminación de productos por la orina: Sistema de filtrado de productos y toxinas de la sangre	Desechos metabólicos	
	Sustancias extrañas, químicas y fármacos	
2. Regulación del agua, del equilibrio de iones inorgánicos, osmolaridad y del equilibrio ácido-base (en cooperación con los pulmones) en el medio interno.	Volemia: cantidad de líquido en la sangre	
	Composición iónica de la sangre: Los niveles plasmáticos de diversos iones, como sodio (Na <sup>+</sup> ), potasio (K <sup>+</sup> ), calcio (Ca <sup>2+</sup> ), cloruro (Cl <sup>-</sup> ) y fosfato (HPO <sub>4</sub> ) son regulados a nivel renal	
	pH sanguíneo. La excreción de una cantidad variable de iones hidrogeno (H <sup>+</sup> ) hacia la orina y la conservación de los iones bicarbonato (HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ), intervienen para amortiguar los H <sup>+</sup> de la sangre y mantener constante el pH sanguíneo.	
	Mantenimiento de la osmolaridad de la sangre. Mediante la regulación de la pérdida de agua y de la pérdida de solutos en la orina, se mantiene la osmolaridad sanguínea relativamente constante.	
3. Producción de hormonas y enzimas	Regulación la tensión arterial. Los riñones secretan la enzima renina, que activa el sistema renina-angiotensina aldosterona. El aumento de la renina eleva la tensión arterial.	
	Regulación endocrina, mediante la producción de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Calcitriol</i>, forma activa de la vitamina D que participa en la regulación de la homeostasis del calcio</li> <li>- <i>Eritropoyetina</i>, estimula la producción de eritrocitos</li> </ul>
4. Gluconeogénesis	Mantenimiento de la glucemia. Los riñones pueden utilizar el aminoácido glutamina para la gluconeogénesis, síntesis de nuevas moléculas de glucosa, y luego liberar glucosa hacia la sangre para mantener la glucemia.	

# ERC EN PERU

La prevalencia de TRR por millón de población en el Perú fue de 415 pmp; la tasa en EsSalud fue de 942 pmp y la del MINSA fue de 101 pmp. Se ha registrado un total de 18000 pacientes, el 78,5% recibía tratamiento en EsSalud, 16,0% reciben tratamiento en el MINSA, 5,3% en las Fuerzas Armadas y solo 0,2% en forma privada.

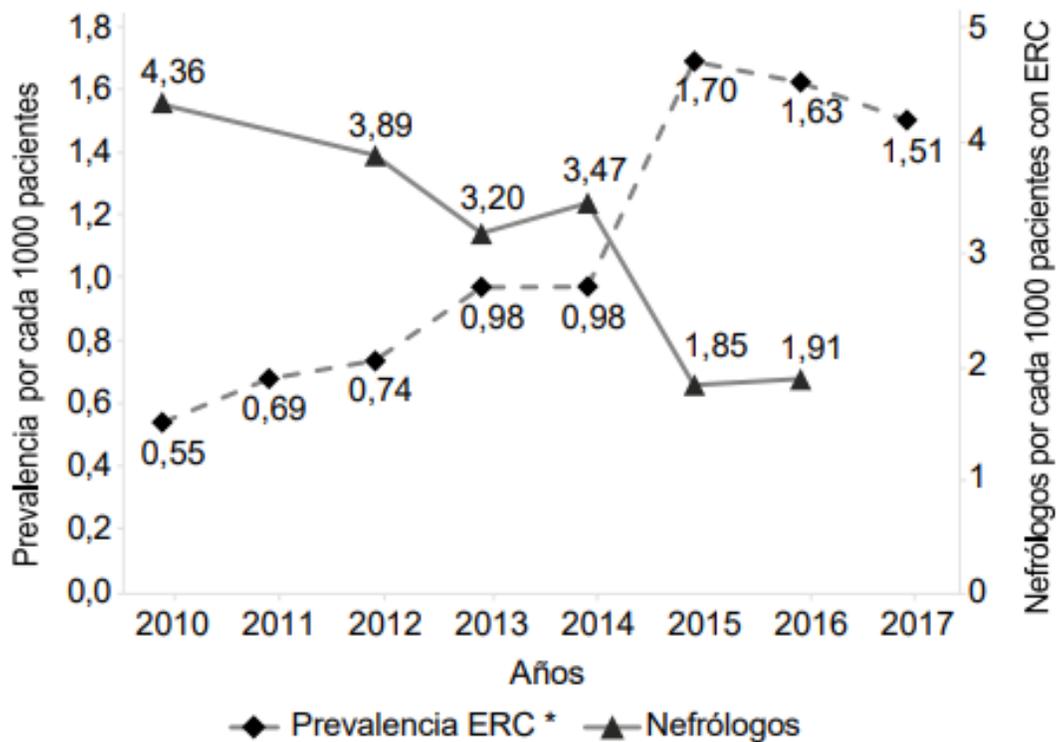
La hemodiálisis (HD) es una de las formas de TRR más prevalentes con una tasa de 363 pacientes pmp, le sigue la diálisis peritoneal (DP) con 51 pacientes pmp y finalmente el trasplante renal con cuatro pacientes pmp. El 88% de la población se encuentra en un programa de HDC y el 12% en DP. A nivel nacional, existe una tasa de 61 máquinas en uso pmp.

Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015



# ERC: EPIDEMIOLOGIA

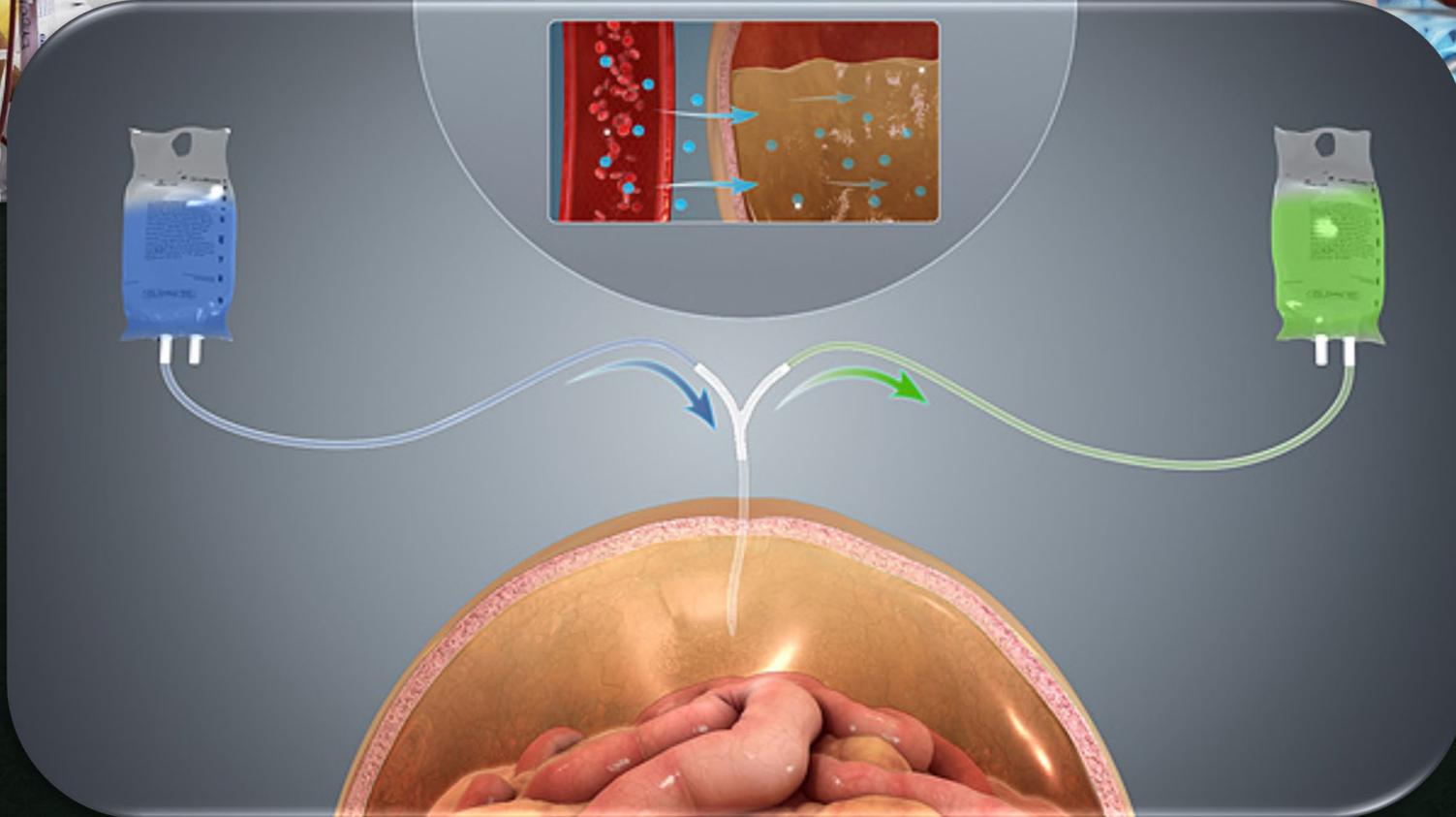
- La enfermedad renal crónica está asociada a alta mortalidad cardiovascular (CV) y a altos gastos en los sistemas de salud.
- Se estima que a nivel mundial se destinan cerca de 1 trillón de dólares en los cuidados de pacientes con ERC que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal (TRR).
- Estos gastos representan un reto en los países de bajos recursos donde los sistemas de salud no se dan abasto para la atención de toda la población que requiere algún tipo de TRR como la hemodiálisis
- Se estima que la prevalencia de ERC en el mundo es de 11 a 13%; siendo la prevalencia estimada del estadio 5, el estadio donde los pacientes potencialmente requieren una terapia de reemplazo renal, de 0,1%.
- En Perú, la prevalencia de pacientes con estadio 5 es de 0,2% y la prevalencia de pacientes en terapia de reemplazo renal fue de 101 pmh para el Ministerio de Salud (MINSA) y de 942 pmh para la Seguridad Social (EsSalud) en 2015.



- En el Perú la frecuencia de pacientes en terapia de reemplazo renal (TRR) es de 415 pacientes por millón de población. De la población en TRR, el 88% de pacientes se encuentran en hemodiálisis (HD), y el 12%, en diálisis peritoneal (DP).

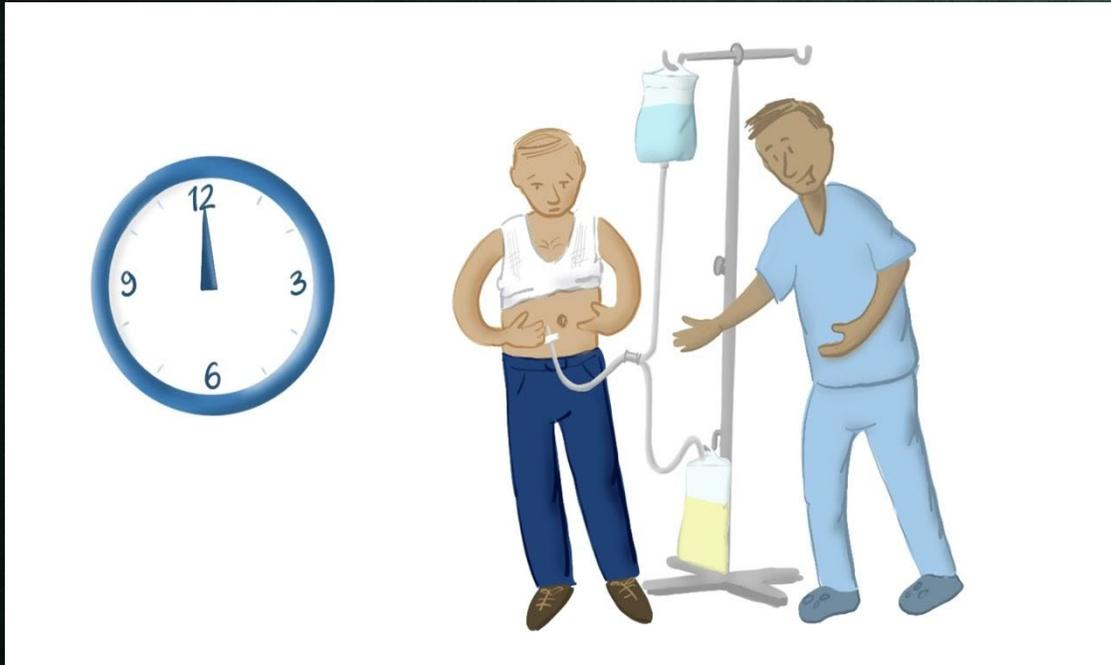
- La DP es un tipo de TRR tan efectiva como la HD en relación con la supervivencia y, además, demuestra mejor calidad de vida relacionada con la salud durante el periodo inicial en comparación con la HD, incluso ajustado para variables clínicas y socioeconómicas.

# TERAPIAS DE LA ENFERMEDAD RENAL



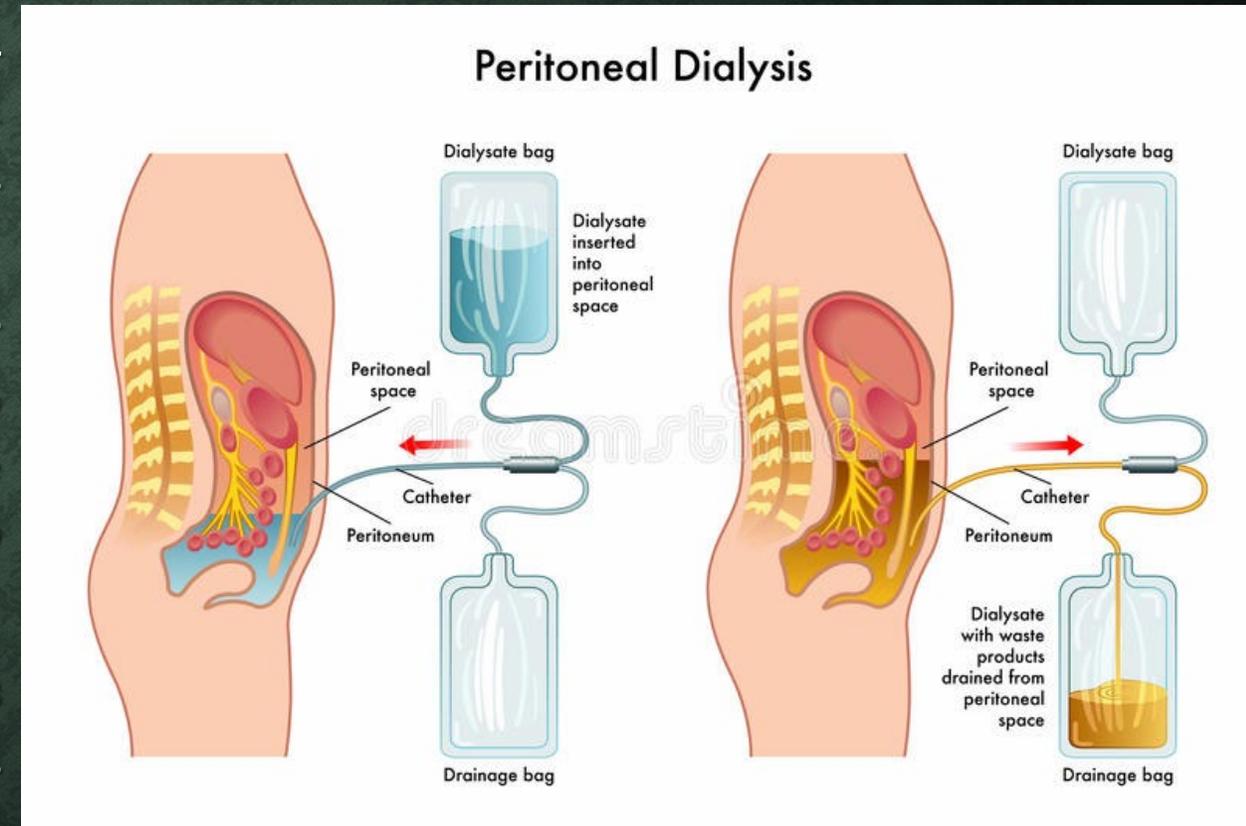
# DIALISIS PERITONEAL EN EL PERU

- La oferta de servicios de diálisis peritoneal continua ambulatoria; están activos en las diferentes regiones del Perú y se puede observar que esta se centra básicamente en Lima (44,8%) y Callao (12,3%).
- Las regiones de Piura, Lambayeque y la Libertad en el norte son regiones que ofertan en promedio el 6% de la oferta total de servicios en el Perú; asimismo, Arequipa en la región sur aporta un 6% de la oferta total. Llama la atención las tasas menores al 1% que aportan las regiones de Tumbes, Amazonas, San Martín, Ucayali, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Madre de Dios y Moquegua y una tasa de 0% de la Región Pasco.



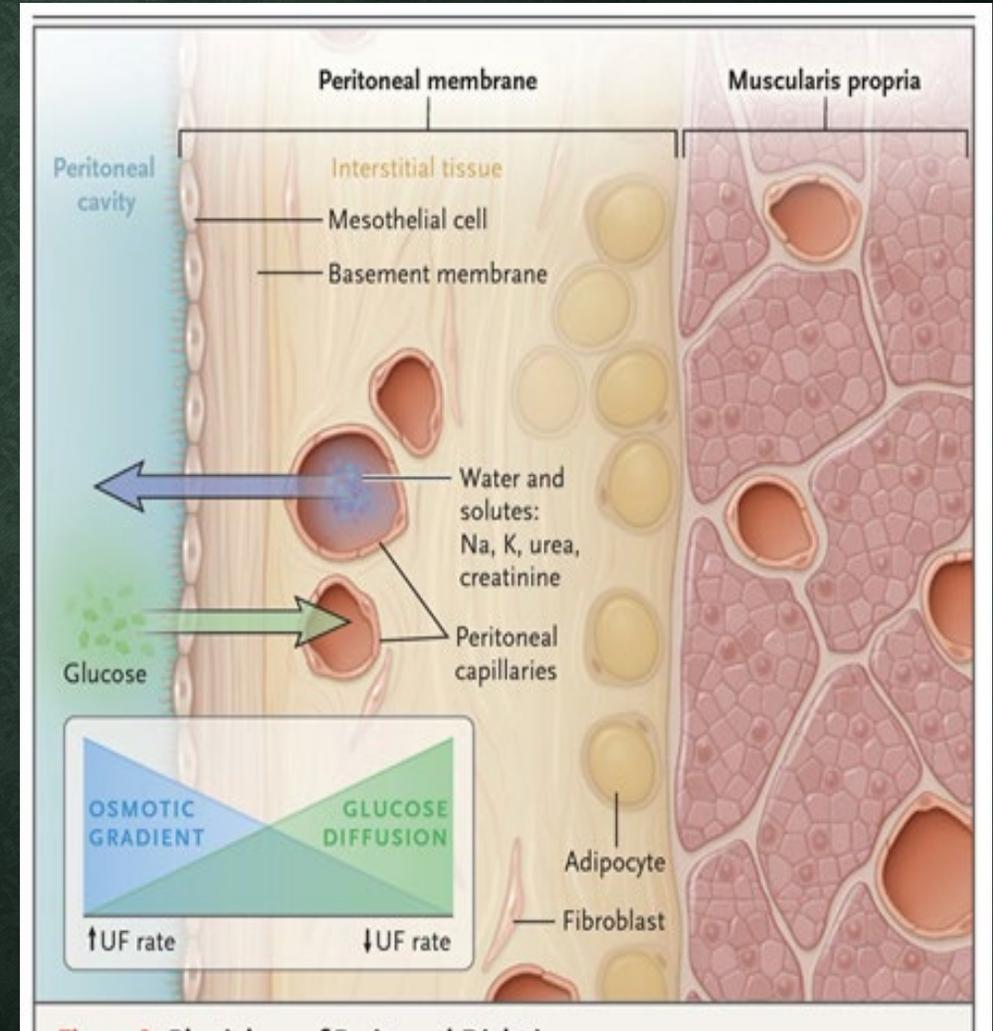
# DIALISIS PERITONEAL

- Es una modalidad de tratamiento de sustitución de la función renal que consiste en eliminar el exceso de toxinas y de líquidos del organismo a través de la membrana peritoneal.
- Este procedimiento implica colocar un catéter en la cavidad abdominal e infundir líquido (solución de diálisis). Esta solución contiene glucosa que saca el desecho y el líquido excedente.
- El desecho y el líquido pasan por sus vasos sanguíneos a través del peritoneo hasta la solución.
- Luego de un período de tiempo determinado, la solución y el desecho se drenan y se descartan



# FISIOLOGIA DE LA MEMBRANA PERITONEAL

- Actúa como membrana de diálisis, aunque realmente el peritoneo no es una membrana con un poro único de tamaño conocido.
- Existen 3 tipos de poros
  1. Las aquaporinas, que son canales de agua intracelulares por los que sólo puede pasar agua.
  2. Los poros pequeños, que corresponderían a espacios intercelulares por los que pueden pasar agua y pequeños solutos.
  3. Los poros grandes o hendiduras intercelulares, que permiten el paso de pequeñas y medianas moléculas, pero dado que hay pocos de estos poros no son importantes para la diálisis.

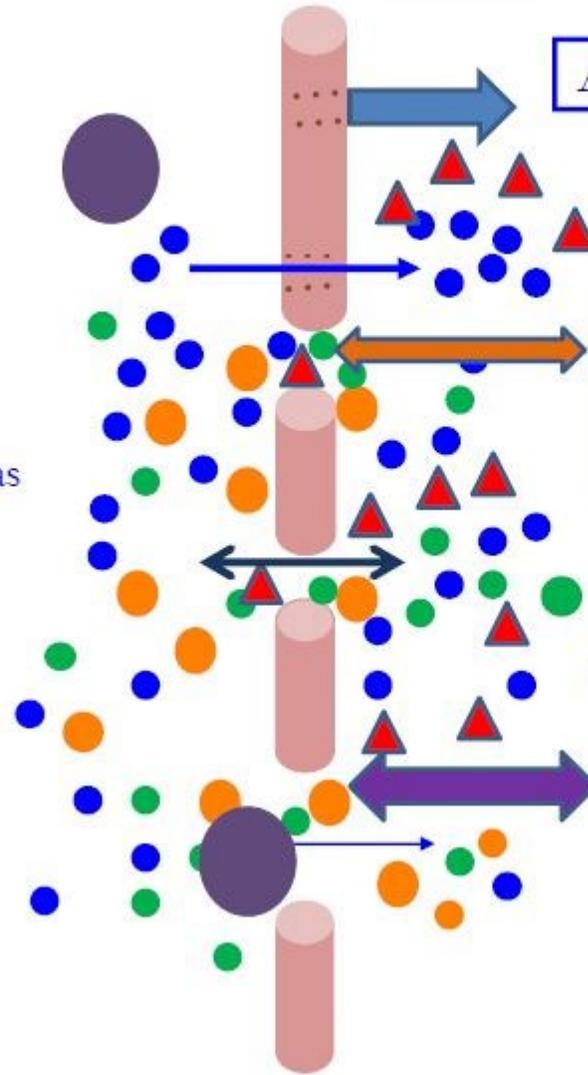


Luz capilar

Endotelio

Cavidad peritoneal

- = Agua libre
- = Sodio
- = Pequeños solutos
- ▲ = Glucosa
- = Proteínas y Medianas moléculas



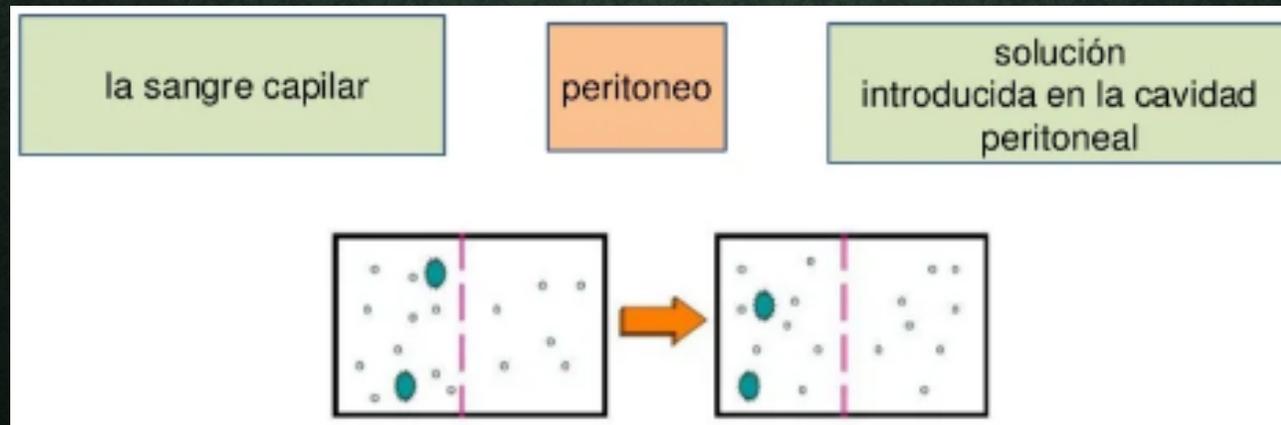
Aquaporinas  $r \approx 2.5 \text{ \AA}$ . Sólo agua

Poros pequeños  $r \approx 40-50 \text{ \AA}$   
>99% transporte solutos  
>50% transporte de agua

Poros grandes  $\approx 250 \text{ \AA}$   
Agua, solutos pequeños  
y medianos.

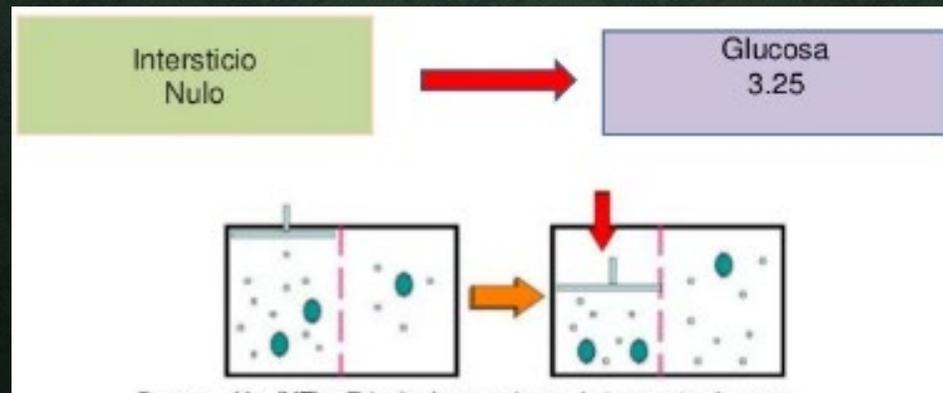
# PRINCIPIOS FISICOS

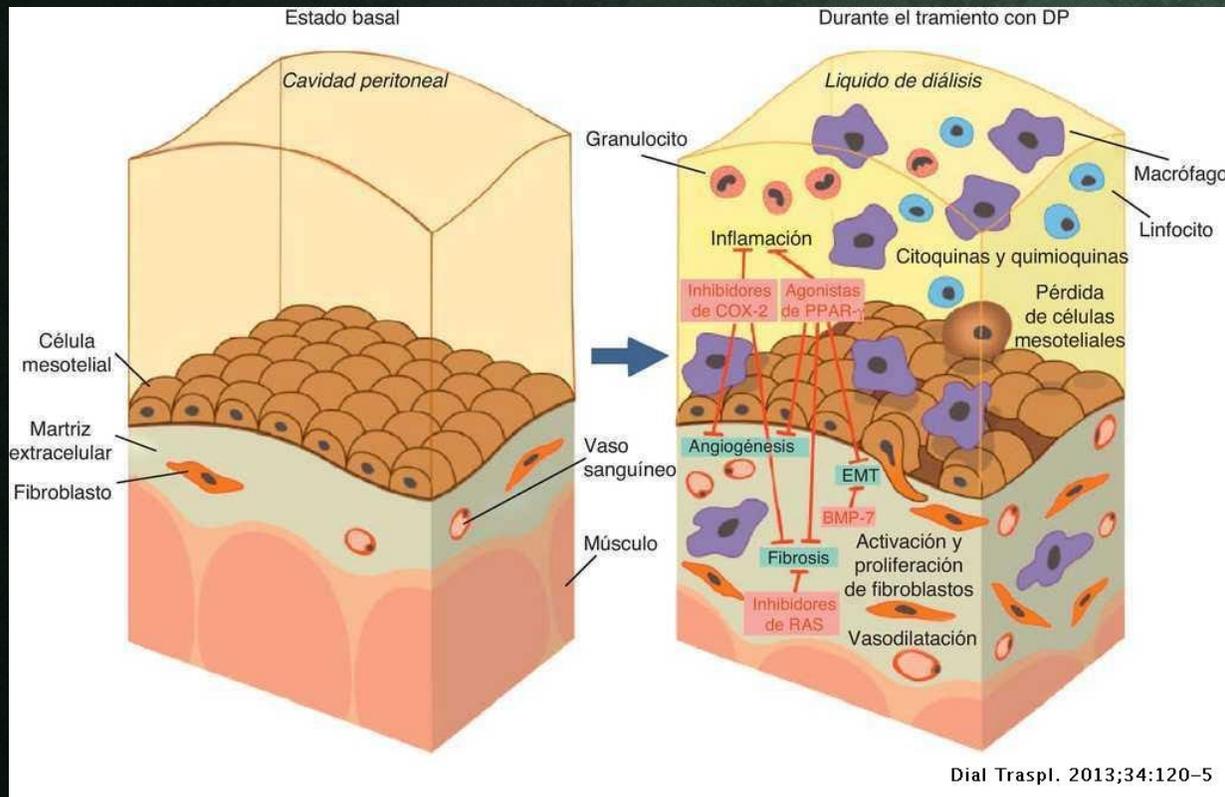
- Los principios físico-químicos básicos en los que se fundamenta la diálisis son la **difusión** (paso de solutos por diferencia de concentración) y la **convección** (paso de agua por diferencia de presiones).
- El transporte de solutos se hace por difusión fundamentalmente a través de los poros pequeños. Esta difusión dependerá, además del tamaño de la molécula y de la diferencia de concentración a ambos lados de la membrana, de la permeabilidad intrínseca de la misma, que a su vez está condicionada por el número y tamaño de los poros, la superficie de intercambio y el grosor del peritoneo.
- 



# PASO DE AGUA

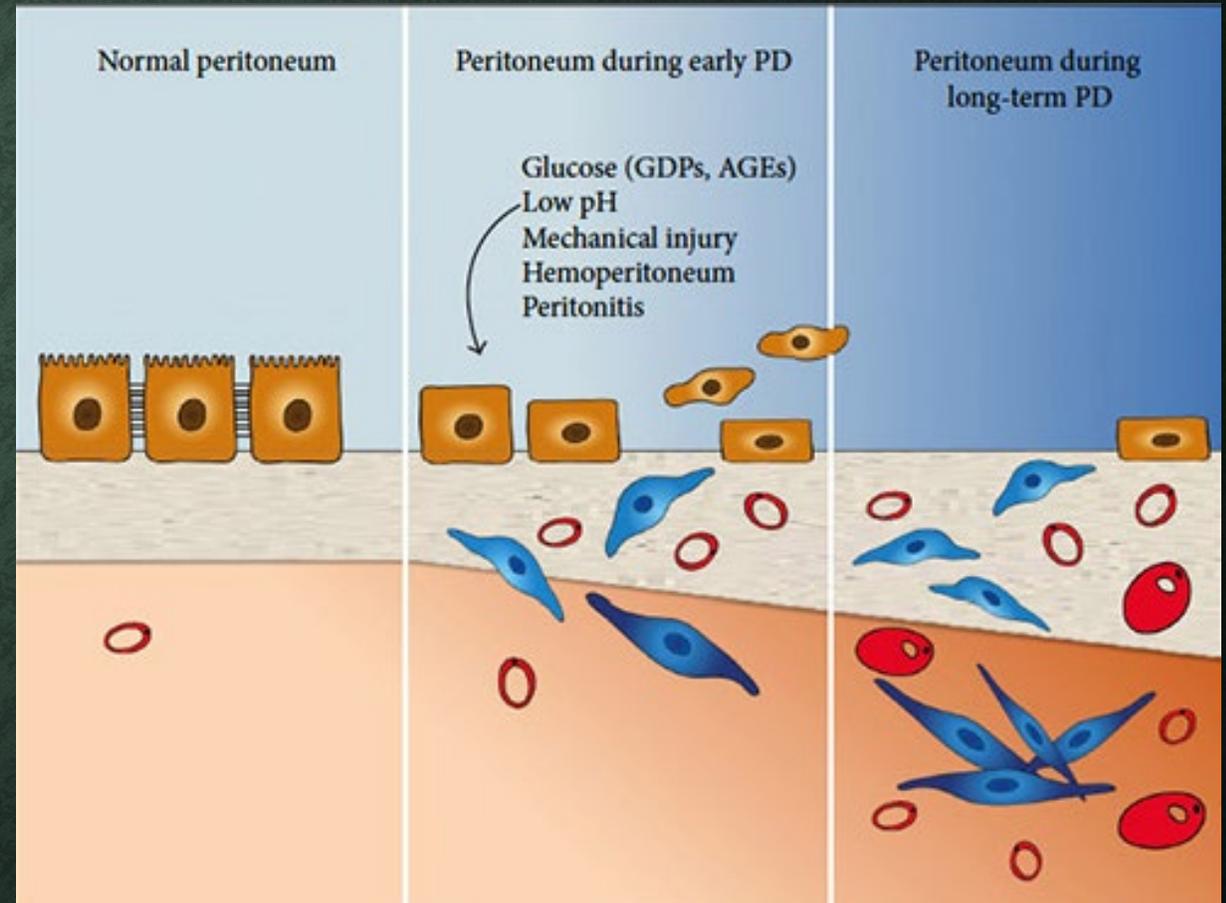
- El transporte de agua es por convección por diferencias de presiones hidrostáticas y osmóticas.
- Hay un gradiente de presión osmótica a favor del paso de agua desde el paciente hacia la cavidad peritoneal mediante la introducción de un agente osmótico en el líquido de diálisis. El paso de agua dependerá del gradiente osmótico (el agente osmótico más frecuentemente utilizado es la glucosa en diferentes concentraciones) y de los poros disponibles utilizados para el paso de agua. Para explicar el transporte de agua el modelo uni-poro no es suficiente, ya que el agua puede pasar no sólo por los poros pequeños (espacios intercelulares, acompañando al sodio y otros solutos) sino también a través de las aquaporinas (o canales intracelulares de agua).





- La utilización de glucosa como agente osmótico genera un problema ya que su tamaño es muy parecido al de la creatinina, y en permanencias largas pasa del líquido de diálisis al paciente, lo que condicionará su pérdida de capacidad osmótica con el tiempo. Esto ocurre sobre todo en pacientes con peritoneo más permeable. Por tanto, la capacidad de transporte de agua dependerá de la permeabilidad de la membrana, de la presencia de aquaporinas y del **agente osmótico que utilizemos.**

- Tanto la capacidad de transporte difusivo (permeabilidad intrínseca de la membrana), como la capacidad de transporte convectivo (capacidad de ultrafiltración (UF) y funcionamiento de las aquaporinas) son parámetros medibles y caracterizan funcionalmente la membrana en cada momento. Su alteración puede comprometer la situación clínica del paciente, por lo que debemos no sólo medirlos sino además saber interpretarlos para optimizar la diálisis y evitar daños mayores en la membrana peritoneal.

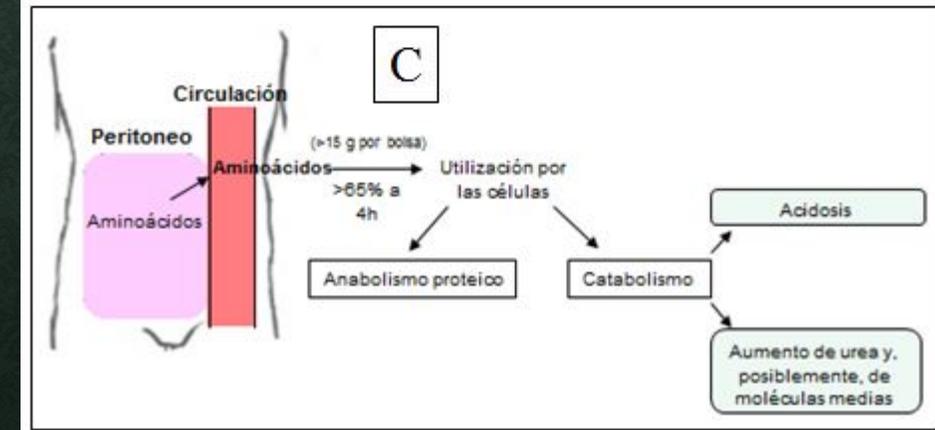
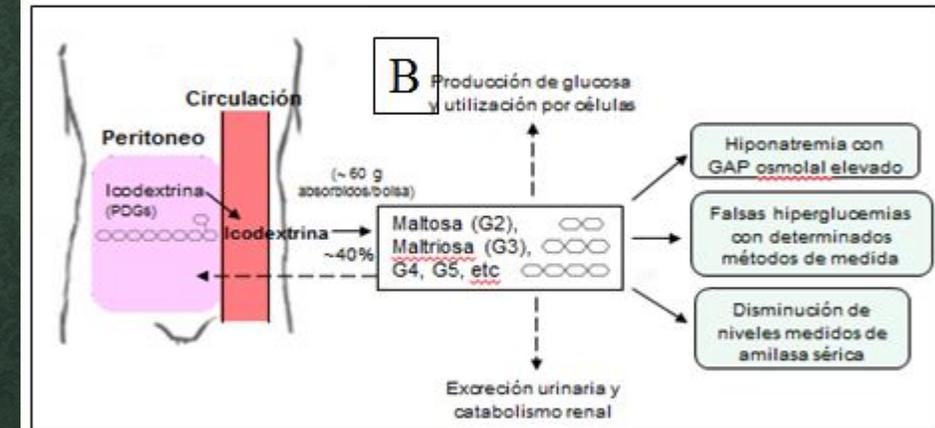
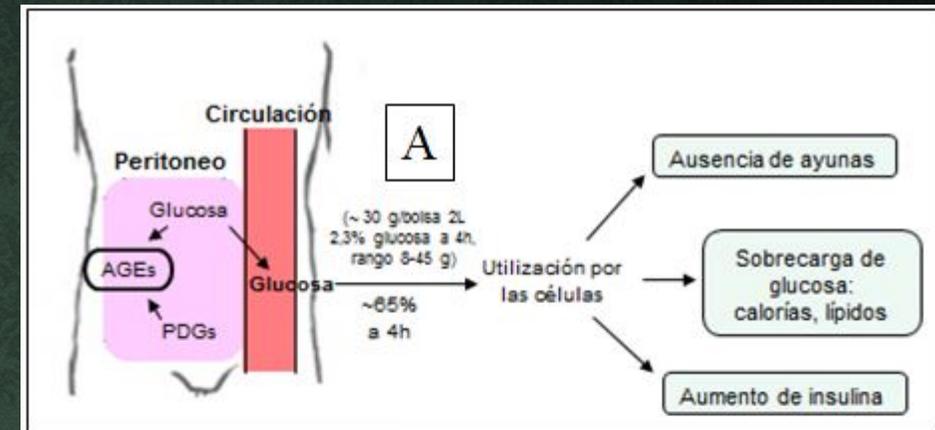


# SOLUCIONES DE DIALISIS PERITONEAL

- Las soluciones de DP son estériles y contienen agua, electrolitos, un tampón y un agente osmótico.
- El agente osmótico es necesario para hacer un balance negativo de fluidos. En su ausencia, las soluciones de DP se reabsorberían en su mayor parte durante el curso de un intercambio estándar de DP. Los agentes osmóticos presentan diversos pesos moleculares: glucosa 180 Da, icodextrina 5.000-6.000 Da (rango 360-54.000), aminoácidos 126 Da (rango 75-204).
- A mayor peso molecular (por ejemplo, icodextrina), más larga es la permanencia de la molécula dentro del peritoneo y más tiempo se mantiene la ultrafiltración

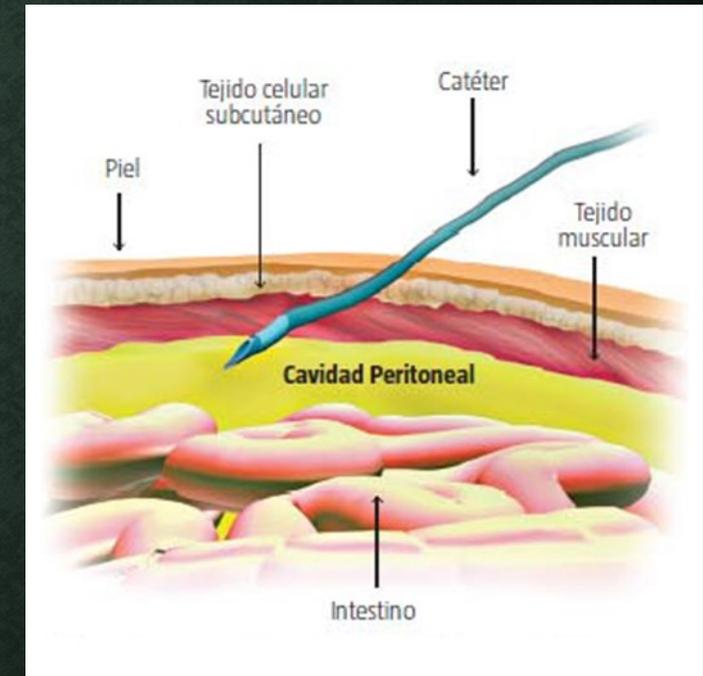
• Agua
• Electrolitos
○ Na <sup>+</sup> (132-134 mM)
○ Cl <sup>-</sup> (95-105 mM)
○ Ca <sup>++</sup> (1,25-1,75 mM)
○ Mg <sup>++</sup> (0,25-0,75 mM)
○ No contienen potasio
• Tampón:
○ Lactato
○ Lactato/bicarbonato
○ Bicarbonato.
• Agente osmótico:
○ Glucosa (1,36-4,25 %)
○ Icodextrina (7,5 %)
○ Aminoácidos (1,1 %),
• Productos de degradación de la glucosa* en las soluciones glucosadas o con icodextrina
* generados durante la esterilización por calor, especialmente en las soluciones glucosadas monocamerales y en algunas bicamerales.

- La glucosa es el agente osmótico más usado. La icodextrina al 7,5% y los aminoácidos al 1,1%
- Existen tres concentraciones diferentes de glucosa para adaptar la ultrafiltración a las necesidades del paciente. Las concentraciones más altas de glucosa obtienen mayor ultrafiltración, pero también potencian los efectos adversos de la glucosa.
- La glucosa es el único agente osmótico que se ha mostrado seguro y eficaz para su administración en múltiples intercambios en 24 h. Es económica y aporta calorías. No obstante, no es el agente osmótico ideal y puede facilitar o agravar la hiperglucemia e hiperinsulinemia, y provocar picos no detectados de hiperglucemia en diabéticos, hiperlipidemia y obesidad.



# EVALUACION DE LA MEMBRANA

- El análisis de la función peritoneal ( cinética peritoneal), debe incluir una evaluación estandarizada del transporte de agua y pequeños solutos y realizarse tras iniciar la DP, así como periódicamente para registrar posibles cambios.
- Para evaluar el transporte peritoneal difusivo (permeabilidad de la membrana) se recomienda el test de equilibrio peritoneal (PET) ya que es el método más utilizado por su sencillez.
- Este test fue descrito inicialmente por Twardoskwi en 1987 y se realiza mediante un intercambio de 4 horas con glucosa al 2.27/2.3%.
- Se recomienda realizar un test a las 6-8 semanas del inicio de DP y como mínimo una vez al año o cuando surjan problemas clínicos (fallo de UF o diálisis inadecuada).



# TIPOS DE PERITONEO

Tipo de transporte	D/P creatinina	Volumen drenado	Aclaramiento de solutos	Técnica recomendada
Alto/Rápido	1.03-0.82	Bajo	Alto	DPA. Permanencias cortas
				Icodextrina diurna
Medio-alto	0.81-0.65	Bajo-medio	Elevado	DPA o DPCA
Medio-bajo	0.64-0.50	Medio-alto	Adecuado	DPCA o DPA
Bajo/Lento	0.49-0.34	Alto	Limitado	DPCA
				Permanencias largas.

## **Indicaciones de la diálisis peritoneal**

Niños

Domicilio lejano a centro de diálisis

Necesidades socio-laborales

Fobia o ansiedad grave a las punciones

Discrasias sanguíneas

Cirrosis hepática

Cardiopatías (ICC refractaria, arritmias etc.)

Portadores de virus de transmisión sanguínea

## Contraindicaciones absolutas de la diálisis peritoneal

Patología abdominal severa:

Esclerosis peritoneal

Múltiples adherencias quirúrgicas

Malformaciones anatómicas no reparables

Múltiples hernias/fugas de repetición

Negativa del paciente

Enfermedad psiquiátrica grave

## **Contraindicaciones relativas de la diálisis peritoneal**

Obesidad extrema o superficie corporal muy elevada

Enfermedad inflamatoria intestinal activa

Portador de ostomías

Limitación severa de la capacidad respiratoria

Imposibilidad de autodiálisis sin apoyo

Limitaciones sociales (domicilio estable etc.)

# MODALIDADES DE DIÁLISIS PERITONEAL

- **DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA)**
- En la DPCA el paciente lleva líquido en la cavidad peritoneal durante las 24 horas del día que se recambia de forma manual 3-4 veces/día.
- Los parámetros más importantes que se modifican en la prescripción son: el volumen de infusión, el número de intercambios y la composición de los líquidos de diálisis.
- El volumen de infusión por intercambio depende de la superficie corporal, la tolerancia a la presión intrabdominal y las necesidades de diálisis del paciente. Las bolsas habituales de DPCA son de 2L y en algunos líquidos también se dispone de bolsas 2.5 L.



- El número total de intercambios prescrito más frecuente es de 4 (tres durante el día y el tercero durante la noche). Se puede incrementar el número de intercambios cuando se precisa un mayor aclaramiento de solutos y/o tasa de ultrafiltración.
- Sin embargo, el aumento de intercambios está limitado porque tiene repercusión negativa en la calidad de vida del paciente.

# DPCA: VENTAJAS

- Las principales ventajas de la DPCA son:

- a) Es una técnica sencilla de aprendizaje y realización,
- b) No interfiere con los períodos de descanso y sueño,
- c) Relativa flexibilidad horaria y d) es una modalidad de bajo coste.

Sin embargo, también presenta desventajas como:

- a) Número elevado de intercambios con aumento del riesgo de peritonitis,
- b) Limitación en el incremento de la dosis de diálisis y
- c) Presión intrabdominal mantenida durante el día.

- ***DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA***

- La DPA es una modalidad de diálisis peritoneal crónica que permite al paciente una completa libertad durante el día, ya que la diálisis se realiza por la noche mientras duerme mediante el uso de una máquina cicladora.
- La máquina controla el tiempo de los cambios, drena la solución utilizada e infunde solución nueva al peritoneo



# DPA: VENTAJAS

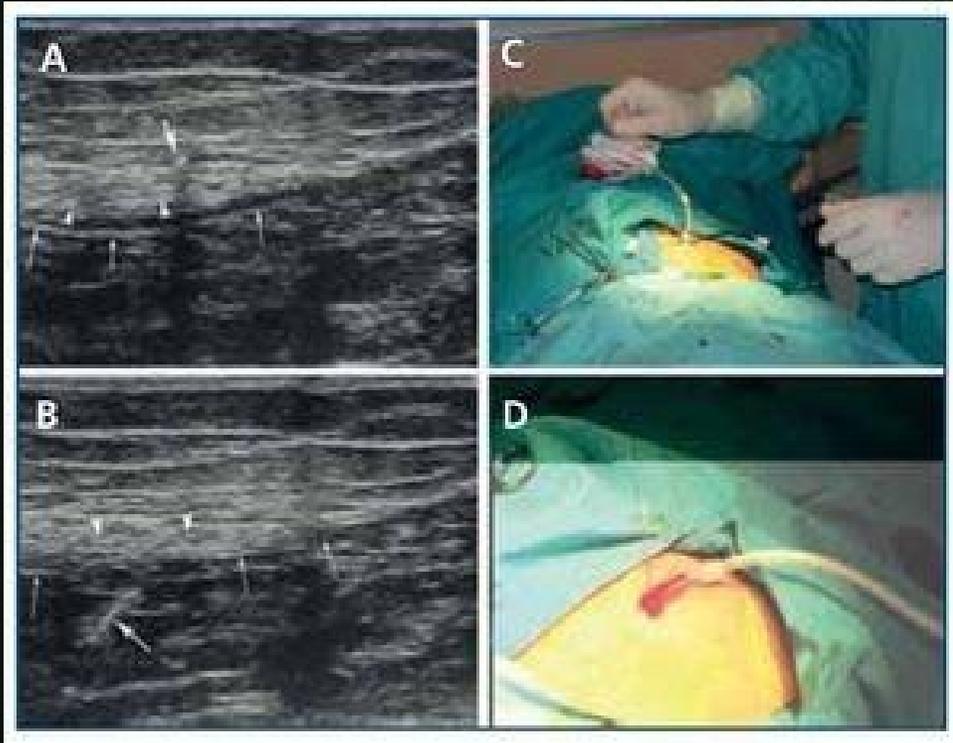
- La DPA es una modalidad de DP con muchas ventajas:
  - a) Menor número de conexiones
  - b) Menor incidencia de peritonitis
  - c) Versatilidad para aumentar la dosis de diálisis
  - d) Optimiza la ultrafiltración en caso de fallo de ultrafiltración
  - e) Más confortable (menor presión abdominal)
  - f) Menor dedicación horaria y
  - g) Mayor calidad de vida (rehabilitación socio-laboral).
- Sin embargo, también tiene desventajas:

Necesidad de máquina, aprendizaje y realización más complejo, utilización de dosis altas de líquido de diálisis y mayor coste.

# IMPLANTE DE CATETER PERITONEAL

- El catéter peritoneal es una prótesis similar a un tubo redondo, normalmente de silastic.
- Todos los catéteres constan de tres segmentos bien definidos, una porción intraperitoneal con perforaciones para facilitar el paso del líquido dializante del exterior a la cavidad peritoneal y viceversa. Tiene también una línea radiopaca o son totalmente opacos a los Rx. Este segmento intraperitoneal suele ser recto o en espiral. En la siguiente porción intraparietal se observan 1 ó 2 manguitos de Dacron destinados a permitir el crecimiento de tejido fibroso para la fijación del catéter. Se cree que puede actuar como barrera contra las bacterias.

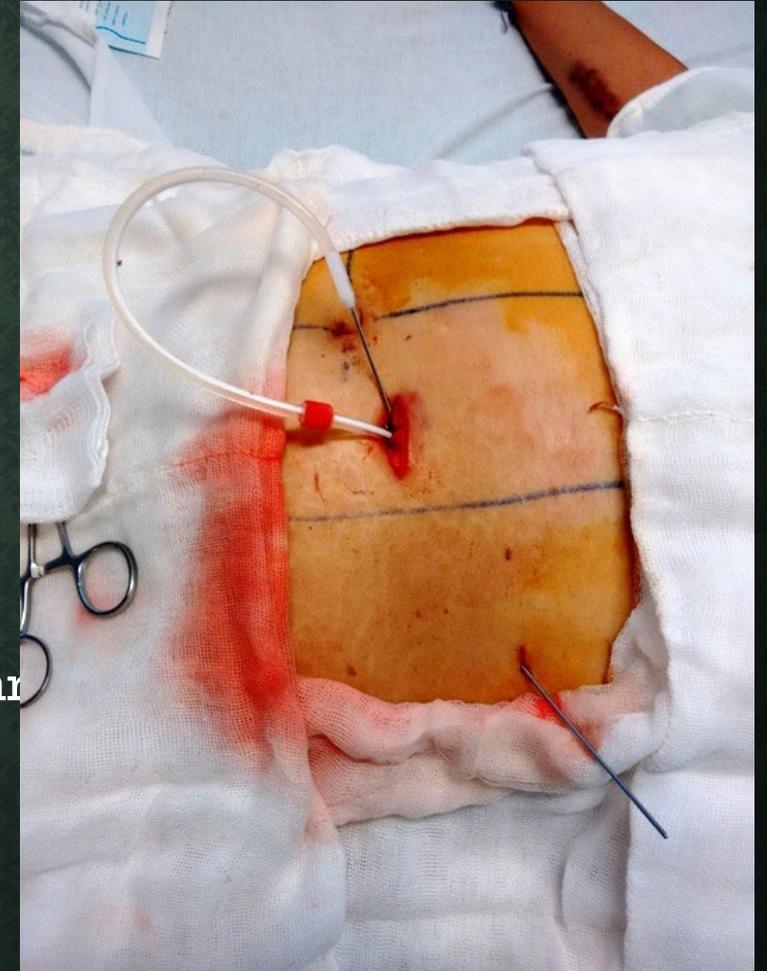




- Los catéteres peritoneales se pueden insertar a ciegas, quirúrgicamente, laparoscópicamente o mediante peritoneoscopia, fluroscopia o guiados por ecografía.
- La colocación del catéter se lleva a cabo por nefrólogos utilizando un método de punción ciega.
- Sin embargo, en presencia de situaciones como importante obesidad abdominal, historia de múltiples cirugías abdominales previas o datos de disfunción en anteriores catéteres peritoneales, en algunos casos se utiliza la ecografía, ya que permite una visualización en tiempo real del abdomen, así como asegurar la correcta colocación del catéter peritoneal.

# CUIDADOS POST-IMPLANTACIÓN

- Control del sangrado por herida y/o catéter (gasas)
- Control de funciones vitales y dolor
- Comodidad y confort
- Cuando el paciente se marcha le damos instrucciones y la información que demande y le aconsejamos que limiten la actividad ese día.
- Reposo y estén tendidos al llegar a casa
- Consejos de higiene personal en casa.
- Se realizará una radiografía de abdomen simple para comprobar la adecuada localización intraperitoneal del catéter
- Cita a los 4 o 5 días para evaluación, constantes y si hay prescripción médica.
- Vigilar las potenciales complicaciones de forma diaria durante los primeros 10 días



- En los casos en los que los lavados sean hemáticos, se realizarán lavados intraperitoneales con heparina al 1% (1cc por litro) hasta que se vaya aclarando el líquido peritoneal, para evitar coagulación del catéter y posterior disfunción.
- Se recomienda, salvo en casos de complicaciones como el dolor o sangrado, no cambiar los apósitos de la implantación durante las primera 48-96h según los protocolos de cada Unidad.
- Para garantizar la cicatrización se recomienda evitar el uso de los catéteres durante 2-3 semanas.
- En los casos en los que la situación clínica del paciente obligue a la utilización precoz o no programada, se recomienda el empleo de volúmenes de infusión pequeños (500-1000cc), con el paciente en decúbito supino y manteniendo al paciente en día seco.



# RECOMENDACIONES DE LA ISPD RELACIONADAS CON LA PREPARACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL CATÉTER PERITONEAL

1	Valorar al paciente previa implantación para la elección correcta del catéter
2	Evitar el estreñimiento
3	Emplear jabones germinicidas ( por ejemplo jabones de clorhexidina)
4	Vaciar la vejiga y en los casos que sea necesario, valorar el sondaje
5	Empleo de dosis preventiva y única de antibióticos el día de la implantación
6	Inserción paramedial del catéter a través del músculo recto con el cuff interno alojado en el espesor de dicho músculo
7	Tunelización subcutánea del catéter de diámetro no superior al diámetro del catéter
8	Punta del catéter alojada en pelvis menor
9	Orificio del catéter a 2-3 cm del cuff externo
10	Tras la implantación, cubrir el orificio de salida del catéter e inmovilizar el catéter con vendajes no oclusivos

# PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO

- DETERMINAR NECESIDADES DEL PACIENTE
- OBJETIVOS
- DESARROLLO Y PROGRAMACION DEL PLAN DE ENTREN.
- EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA



*Previamente al comienzo de la enseñanza debemos:*

- *Informar al paciente y crear un clima de confianza que le de seguridad y no le cree la angustia propia de la "espera".*
- *Realizar la visita domiciliaria inicial.*
- *Entrevistar al paciente y familiar que realizará la técnica, para hacer una valoración de sus necesidades y la capacidad para aprender.*

# COMPLICACIONES EN D.P.

## COMPLICACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y METABÓLICAS

- Trastornos del agua
- Trastornos del equilibrio ácido-base
- Trastornos del Na y del K
- Enfermedad óseo metabólica
- Hiperglicemia, aparición de diabetes mellitus de novo
- Dislipemia
- Malnutrición proteico energética
- Complicaciones cardiovasculares

## **COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CATÉTER DE DP**

- Mala función
- Obstrucción
- Migración
- Atrapamiento

## **COMPLICACIONES INTRABDOMINALES**

- Hemoperitoneo
- Quiloperitoneo
- Líquido peritoneal turbio acelular asociado a BCC
- Pneumoperitoneo
- Estreñimiento

## **COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL**

- Dolor abdominal
- Hernias
- Fugas abdominales
- Fuga pleural o hidrotórax
- Trastornos de la función peritoneal
- Alteraciones hemodinámicas
- Alteraciones de la función respiratoria
- Otras: dolor lumbar, reflujo gastroesofágico, hemorroides, prolapsos

# PERITONITIS E INFECCIONES DEL CATÉTER

- La peritonitis infecciosa es la inflamación de la membrana peritoneal causada por una infección de la cavidad peritoneal, generalmente por bacterias.
- Los pacientes están expuestos a una posible infección de la cavidad peritoneal debido a la comunicación no natural de la misma con el exterior a través del catéter peritoneal y por la introducción reiterativa de las soluciones de diálisis.
- La morbilidad de la peritonitis puede ser grave y, de hecho, estos pacientes están expuestos a un mayor riesgo de muerte, sobre todo aquellos que tienen episodios frecuentes y peritonitis severas de evolución tórpida



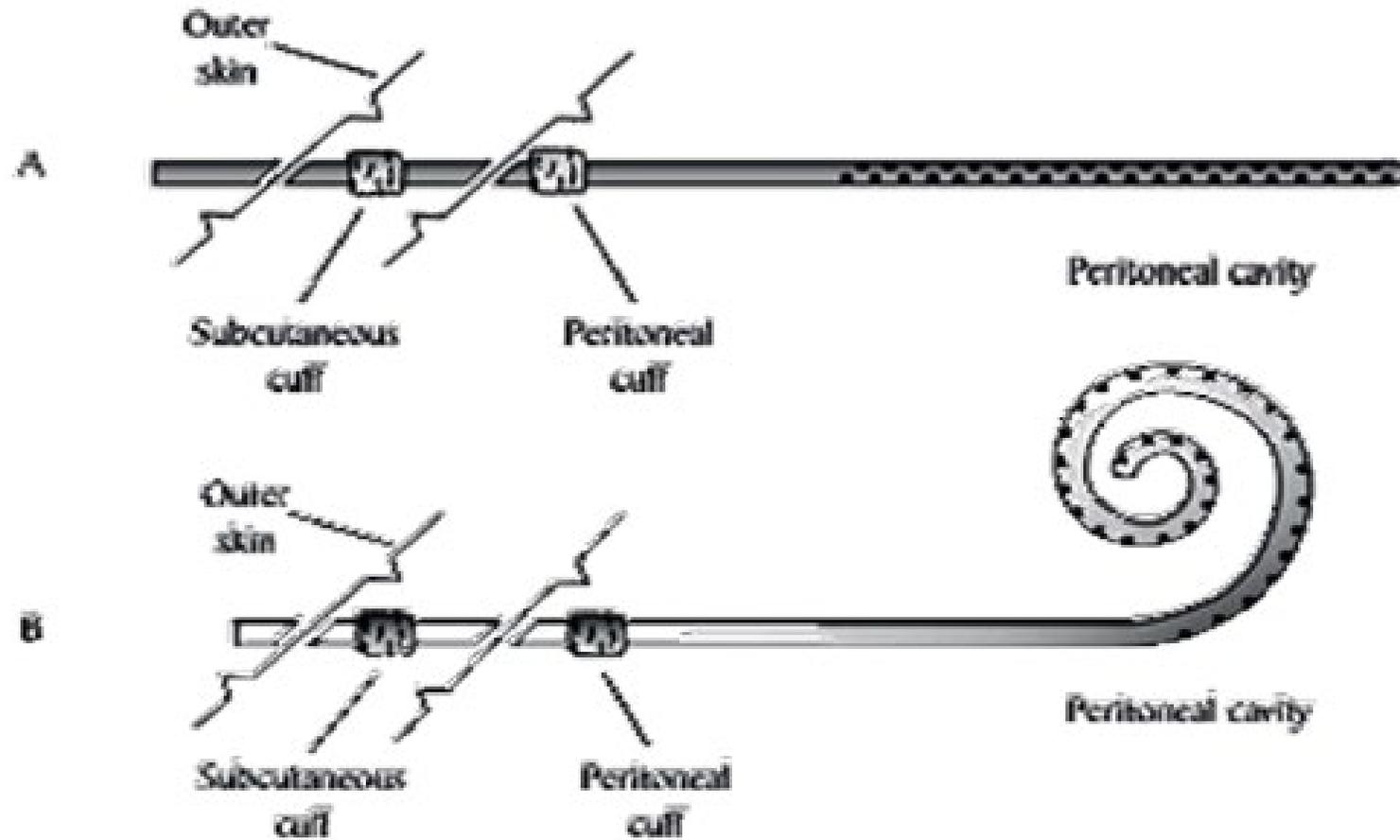
- La peritonitis representa la principal complicación clínica en los pacientes con diálisis peritoneal (DP) crónica.
- Los factores de riesgo están relacionados con los sistemas de conexión que se realiza con los orificios de la salida del catéter y con los portadores nasales de *Staphylococcus aureus*.
- Para su diagnóstico se suele evaluar los siguientes signos y síntomas:
  - Dolor abdominal difuso (70-80 %),
  - fiebre (35-60 %),
  - náuseas (30-35 %),
  - vómitos (25-30 %),
  - escalofríos (20-25 %),
  - diarrea (<10 %),
  - problemas de drenaje (15 %),
  - leucocitosis (30-45 %) y raras veces hemocultivos positivos.

Región	Gram +	Gram-	Polimicrobiana	Hongos	Esteril
<b>España 2011</b>	58,6	22,1	2,4	2,7	14,3
<b>Europa</b>	67,7	15,4	12,7	3	10
<b>Latinoamerica</b>	44,4	23,4	3	4,4	25,2
<b>Norteamerica</b>	62,6	20,5	ND	3,9	15,9
<b>Australia NZ</b>	53,9	18,8	10	4,2	13,4
<b>Asia</b>	42,5	21,3	4,5	2,5	29,1
<b>Promedio</b>	55,0	20,3	6,5	3,5	18,0

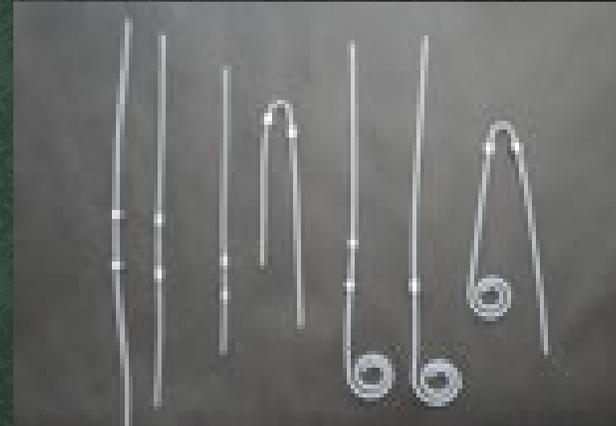
# INFECCIÓN DEL ORIFICIO DE SALIDA Y TÚNEL SUBCUTÁNEO

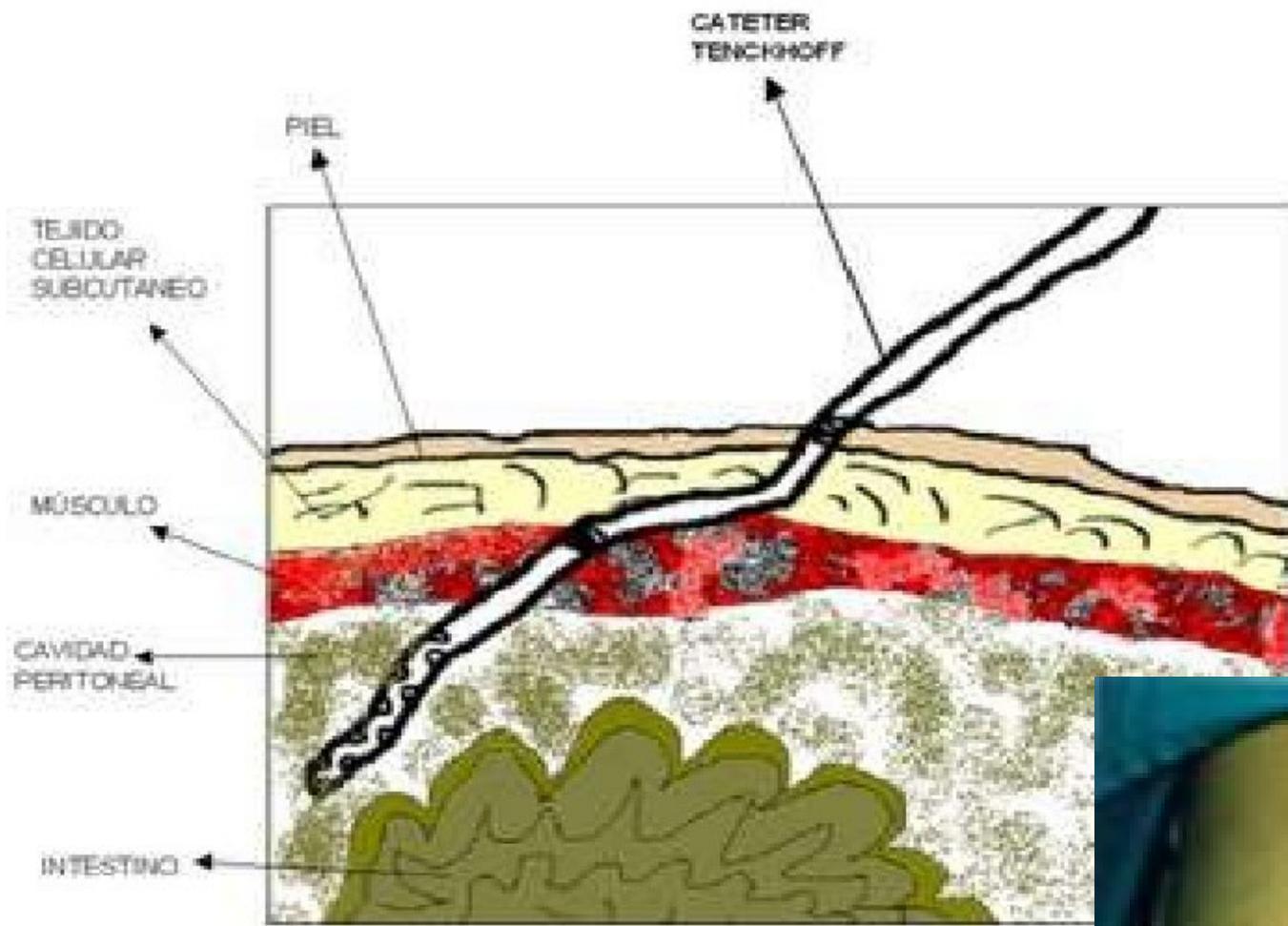
- En este tipo de complicaciones se observa un enrojecimiento en el trayecto del catéter y por el orificio sale un exudado purulento.
- Aquí hacen presencia microorganismos como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas* y hongos.
- En ocasiones estas manifestaciones clínicas son dudosas y crecen microorganismos saprofitos de la piel, por ello es de gran ayuda comprobar la existencia de leucocitos en la extensión del exudado, ya que nos permitirá diferenciar si se trata de una colonización y no de una infección
- Para evitar infecciones se recomienda mantener limpia la piel ubicada alrededor del catéter usando productos antisépticos, evitar tocar la entrada del catéter sin antes haber realizado un correcto lavado de manos, usar un sistema de doble bolsa y el empleo de soluciones más biocompatibles.

# Partes del catéter peritoneal



# Tipos de catéter peritoneal





# CATÉTER PERITONEAL: ACCESORIOS



Prolongador

CONECTOR DE TITANIO





3.- Sacar catéter

# DIALISIS PERITONEAL: LÍQUIDO DE DIÁLISIS



Sistemas de doble bolsa.

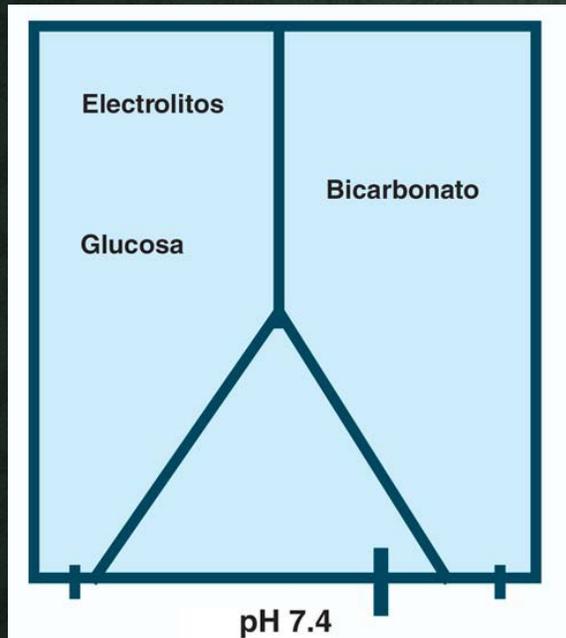
Material bolsas:

- PVC
- Biofine

La composición del líquido de diálisis convencional es:

1. Electrolitos y minerales para mantener la homeostasis.
2. Un agente osmótico para facilitar la ultrafiltración (glucosa de 13,6 a 42,5 gr/litro).
3. Un tampón para corregir la acidosis metabólica (lactato, bicarbonato).

# DIALISIS PERITONEAL: LÍQUIDO DE DIÁLISIS



## **BAXTER**

Mezcla de bicarbonato y lactato en proporción de 25 mmol/L de bicarbonato y 15 mmol/L de lactato. El pH de la mezcla es de 7,4 y el envase de PVC.

## **FRESENIUS**

También presenta dos compartimentos, uno con la glucosa y los electrolitos y el otro con el tampón; es exclusivamente bicarbonato. El material de la bolsa es el Biofine y el de la envoltura externa Biofine con oxido de silicio

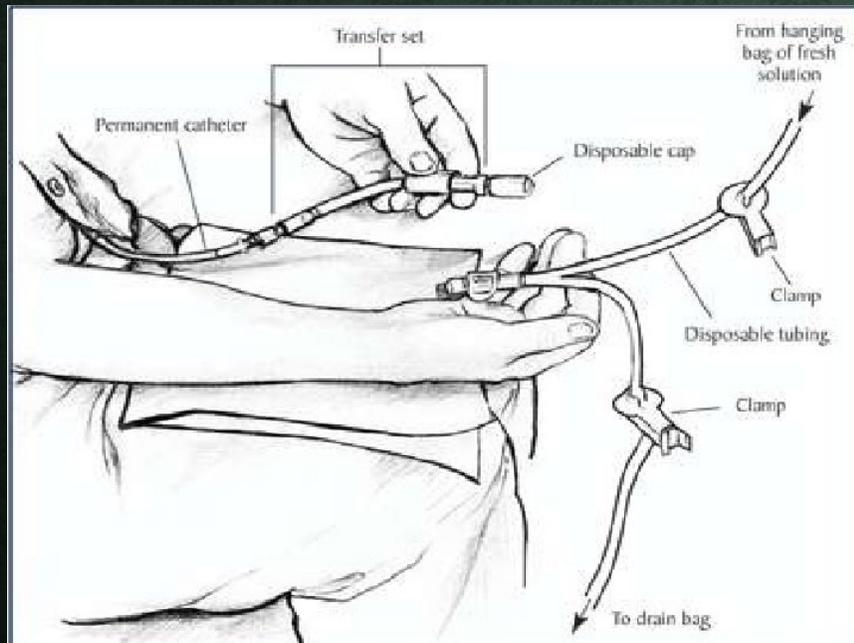


4.- Abrir bolsa

# DIALISIS PERITONEAL MANUAL: CAPD

- Consiste en la realización de 3-4 intercambios al día.
- Etapas de un intercambio:

1. Drenaje
2. Infusión
3. Permanencia



# CICLADORAS



# DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA: DPA

- Se realiza a través de una máquina cicladora
- Se realiza generalmente en forma nocturna
- La cicladora realiza varios ciclos de acuerdo al número de horas y volumen.
- Cada ciclo consta de drenaje, infusión y permanencia.
- Durante el día la cavidad peritoneal puede quedar con o sin líquido peritoneal

# FUNCION RENAL RESIDUAL

## La FRR influye en:

- ❑ Nutrición
- ❑ Inflamación
- ❑ Anemia
- ❑ Balance hídrico
- ❑ Función cardiovascular
- ❑ Metabolismo mineral
- ❑ Eliminación de toxinas urémicas (MM)
- Como consecuencia influye en **Mortalidad y Calidad de vida**



# ENSEÑANZA DP

- El entrenamiento de diálisis peritoneal : **tarea de Enfermería.**
- **Plan escalonado en etapas de aprendizaje:** flexible y adaptable a las necesidades de cada paciente, y con un manual de entrenamiento y complicaciones de la técnica y de los principales problemas y sus soluciones disponible para el paciente.
- **Información** a los pacientes: cuándo deben consultar o acudir urgente a la Unidad.
- **Revisión o visita programa a la Unidad DP:** se valorará una correcta práctica de la técnica, y control de la calidad de la técnica.
- **Contacto fácil** con la Unidad DP (nefrólogo/ enfermera) .



# COMPLICACIONES DIALISIS PERITONEAL

- MECANICAS
- INFECCIOSAS
- METABOLICAS

# COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS

## 1. COMPLICACIONES DEL ACCESO PERITONEAL:

### 1.1 Problemas de infusión y drenaje:

- Mal posición del catéter.
- Obstrucción de la luz/orificios del catéter por fibrina.
- Obstrucción por atrapamiento del catéter por epiplon
- Estreñimiento.

### 1.2 Fugas precoces de líquido peritoneal (fugas pericatóter)

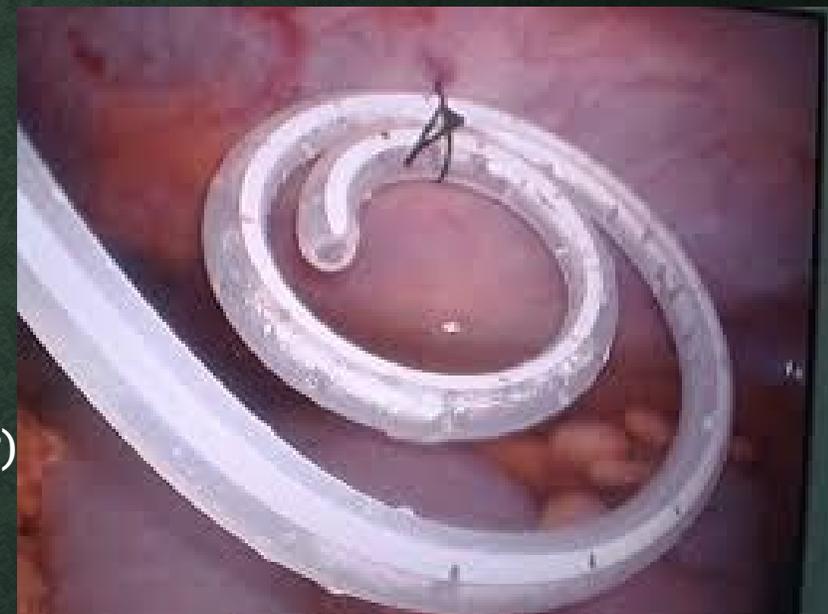
## 2. COMPLICACIONES PROPIAS DE LA TÉCNICA:

### 2.1. Aumento de la presión intraabdominal:

- Hernias: umbilical, inguinal,..
- Fugas tardías de líquido peritoneal: Edema genital y fugas a través de la pared abdominal.
- Hidrotórax

### 2.2 Otras.

- Hemoperitoneo
- Neumoperitoneo



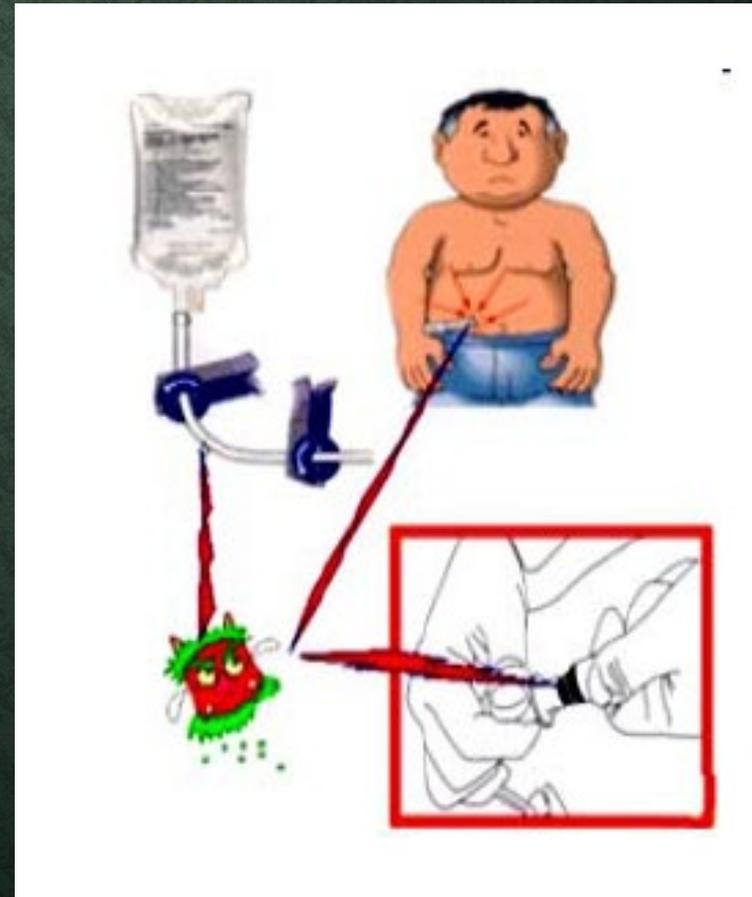
## TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES MECANICAS

- ✓ Problemas de drenaje:
  - Evitar el estreñimiento: dieta, laxantes.
  - Uso de heparina en las bolsas de líquido de diálisis.
- ✓ Ejercicio físico de forma regular: Puede realizar la mayoría de los deportes y ejercicios de forma no violenta, menos levantamientos de peso o presión abdominal.
- ✓ Desplazamiento del catéter: Recolocación y/o recambio del catéter.
- ✓ Fugas: DP con cicladora, descanso en DP y paso a Hemodiálisis.  
Recambio del catéter.
- ✓ Hernias: Reparación quirúrgica.
- ✓ Hemoperitoneo: No calentar líquido peritoneal, Heparina.



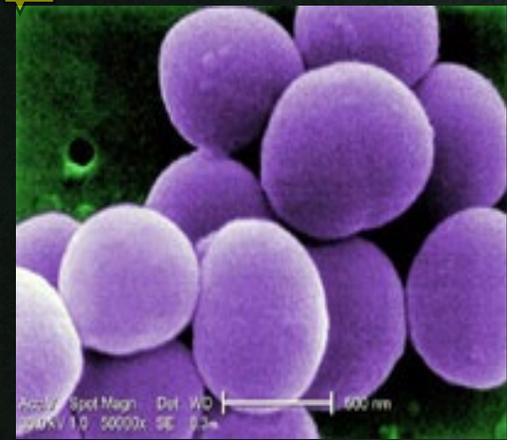
# COMPLICACIONES INFECCIOSAS

- Orificio de salida
- Tunel subcutáneo
- Peritonitis



- Mantener una buena higiene corporal (ducha diaria, evitando el baño, cuidado de las uñas).
- Llevar ropa interior limpia.
- Mantener el orificio de salida siempre limpio y seco al igual que el apósito que lo recubre (usar gasa estéril), vigilando que no se mueva.
- No rascarse.No aplicar cremas, ni polvos a su alrededor.
- Todos los días debe curarse la salida del catéter y observar el aspecto que tiene: si sangra, si está enrojecido, si siente dolor o le supura debe consultar rápidamente.
- Limpieza del entorno físico, extremando las precauciones cuando se conviva con animales.





## LLEGADA DE LAS BACTERIAS A LA CAVIDAD PERITONEAL

Las rutas de llegada de los microorganismos a la cavidad peritoneal son:

- **Intraluminal:** por el lecho y la luz del catéter peritoneal,
- **Transmural:** a través de la pared intestinal,
- **Por exploraciones cercanas a la membrana peritoneal y**
- **Desde un foco infeccioso distante** a la cavidad abdominal.



# CLINICA DE PERITONITIS

**!!!! URGENCIA !!!!**

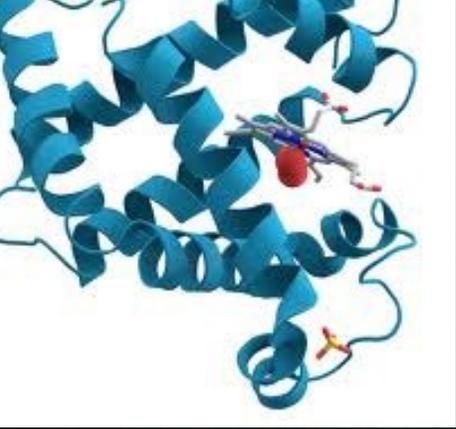
- Dolor abdominal
- Náuseas, vómitos
- Distensión abdominal
- Febrícula/fiebre



**!!! IR AL HOSPITAL !!!**

# PREVENCIÓN PERITONITIS

- Profilaxis antibioterapia y asepsia en la implantación del catéter peritoneal.
- Cuidados diarios del orificio.
- Enseñanza correcta de la técnica.
- Uso de profilaxis antibiótica ante cualquier manipulación.
- Tratar a los portadores nasales de S. Aureus.
- Hacer profilaxis antibiótica en maniobras intempestivas: colonoscopias, en polipeptomías, en biopsias endometriales y en las extracciones dentales.
- Debemos prestar atención a los hábitos intestinales.



## PERDIDA DE PROTEINAS

- Las pérdidas de proteínas principalmente albúmina es de 0.5 gr/l (4-10 g/día).
- Las pérdidas de aminoácidos varían entre 2-4 g/día.
- Mayor pérdida en los altos transportadores.
- Las pérdidas se incrementan durante los episodios de peritonitis.

# ALTERACIONES DE LA NUTRICIÓN

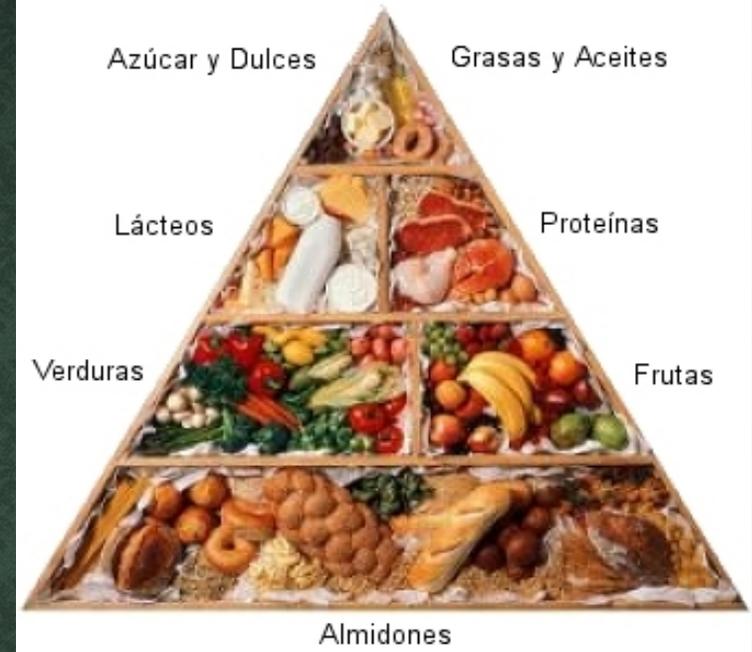
El origen de la desnutrición en los pacientes con insuficiencia renal crónica es múltiple, siendo las causas atribuibles a la comorbilidad y a la uremia crónica las que más influyen en su severidad.

Las causas atribuibles a la propia Diálisis Peritoneal, y que pueden específicamente modificar el estado de nutrición son:

- El efecto potencialmente irritante del dializante en el peritoneo,
- El aporte continuo de glucosa y
- La pérdida de nutrientes en el efluente peritoneal



# MEDIDAS: DIETA



Se debe llevar una dieta con aporte adecuado de calorías, proteínas, y demás nutrientes.

Aporte de calorías: 30-35 kcal/kg peso/día

Proteínas: 1.2-1.5 gr/kg peso/día

Hidratos de carbono: 50-60% (35%)

Grasas: 30-35%

Comer 5-6 veces/día



# MEDIDAS: DIETA

- ❖ Restringir ingesta de sal en la dieta.
- ❖ Cuidado con Fósforo.
- ❖ Potasio: Ingesta más libre.
- ❖ Ingesta de suplementos de nutrición.
- ❖ Líquidos: individualizado según balance de líquidos.



**EJERCICIO FISICO REGULAR**

# Paciente ideal

- Ha sido seguido en la consulta prediálisis.
- Ha participado en la elección de su técnica.
- Responsable de su auto-cuidado.
- Independiente.
- Motivado.
- Cumplidor.
- Activo.

- **Tener una buena higiene corporal (ducha diaria, cuidado de uñas).**
- **Cuidado del orificio de salida.**
- **Limpieza del entorno físico, extremando las precauciones cuando se conviva con animales.**
- **Evitar el estreñimiento.**
- **Ejercicio físico diario, moderado.**
- **Dieta: aumentar el aporte de proteínas.**
- **Evitar nefrotóxicos: AINEs, ...**
  
- **Y ante cualquier duda: contacto directo con la Unidad de DP.**

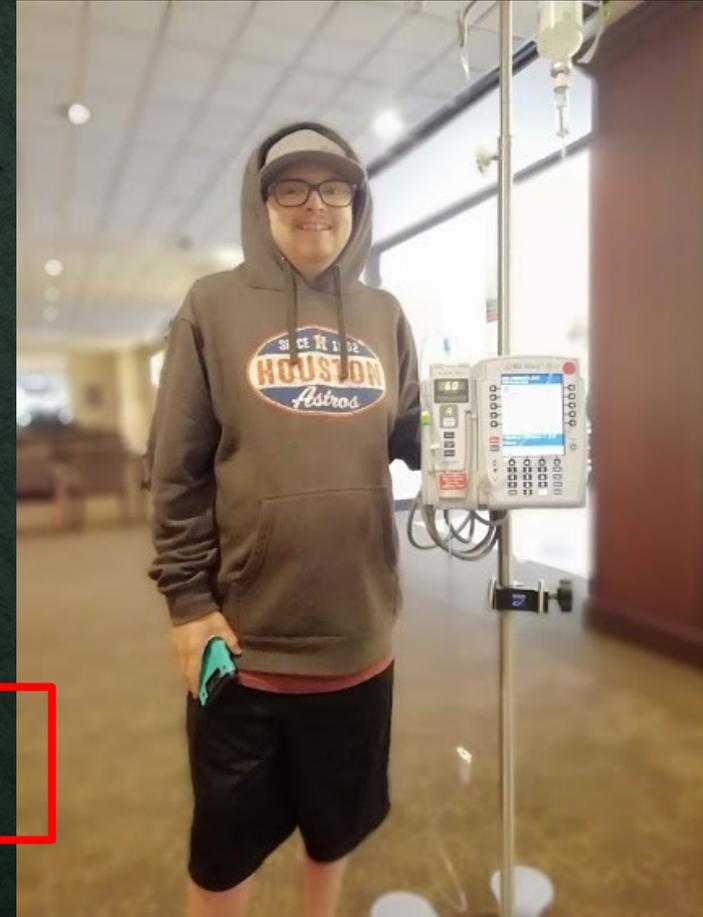


# CUIDADO DEL PACIENTE CON ERC

**HEIDEGGER:** El hombre como ser singular, que se muestra en la cotidianidad con formas de expresión que pueden ser auténticas, propias y singulares o inauténticas, impropias e impersonales. Bajo la óptica existencial, el *ser humano posee capacidad de ver, significar y apropiarse de las cosas del mundo desde su propia perspectiva.*

En el cuidado de pacientes con ERC, además de los síntomas clínicos, es común que estos experimenten sentimientos de miedo, incertidumbre, depresión, discapacidad, entre otros, ante cambios que requieren una nueva postura para vivir, lo que para muchos no es comprensible.

La rebeldía, el resentimiento, la agresión, el aislamiento y la desesperanza también están presentes, porque es necesario renunciar a toda su historia de vida ante el diagnóstico de una enfermedad irreversible que muchos no aceptan



# CUIDADO DEL PACIENTE CON EPOC

- Reconocen que el someterse al tratamiento les permite esperar un trasplante de riñón, lo que genera esperanza.
- Estos sentimientos expresan la condición existencial del individuo como ser singular, ya que se insertan en la dimensión estética del ser humano, que es donde uno reconoce la existencia y el desarrollo de sensaciones y percepciones, las diversas formas, modos y sentidos de la vida, el placer de ser, la existencia del otro y el ***cuidado como una oportunidad para ser y construir nuevas formas de vida*** desarrollando la creatividad para el bienestar de la persona con respeto a la dignidad humana
- Así, se queda claro cuánto es necesario rescatar la singularidad del cuidado, ***donde el ser humano es el foco*** y no la enfermedad que presenta.



# WATSON Y CUIDADO HUMANIZADO

- Plantea que el cuidado es la esencia de la práctica de enfermería y que la empatía, la comprensión e intencionalidad son factores fundamentales para que los profesionales de enfermería y sus pacientes formen un vínculo humano que trascienda la medicalización y el control terapéutico.
- En este contexto, aunque se produzca o no la curación, se brinda un cuidado humanizado que se caracteriza por velar siempre por la dignidad humana .
- Watson alertó una posible deshumanización del cuidado debido a los cambios estructurales y tecnológicos, por lo que pone el énfasis de su teoría en los aspectos humanos, espirituales y transpersonales por parte del profesional de enfermería.



# LA TEORÍA HUMANISTA DE PATERSON Y



ZDERAD

- La enfermería Humanística acontece en cualquier situación que envuelve relaciones humanas, un encuentro entre el yo y tú, en la experiencia dialógica, en la transacción intersubjetiva entre los profesionales de enfermería y otra persona que puede ser el paciente, familiar o colega de trabajo, todos participando del contexto por un determinado tiempo.
- Los enfermeros evolucionan de su ser para el deber ser como persona que siente que valoriza y ayuda al otro, pues la vida es un bien indispensable y único.
- El cuidar del otro es un proceso complejo que envuelve la realización de la técnica con destreza y habilidad y el arte de la educación adquirida con la experiencia laboral diaria con pacientes, familiares, colegas de profesión, jefes, coordinadores y en todo el universo del área de la salud.

# LA TEORÍA HUMANISTA DE PATERSON Y ZDERAD

- Enfermería gestiona el cuidado prestado al paciente, implementando acciones terapéuticas, promoviendo y manteniendo el orden orgánico del cuerpo, el medio ambiente, la comodidad y el bienestar, manteniendo la singularidad de la persona
- Abordar la enfermería de manera consciente y deliberada como una experiencia existencial, llegando a encontrar esta forma de mirar al “ser humano” en su singularidad.
- La ciencia de enfermería se desarrolla a partir de las experiencias vividas entre enfermeras y pacientes, y el significado de esta experiencia es el punto de partida para el establecimiento de una relación intersubjetiva.





- Enfermería continúa buscando el alcance del bienestar y el ser (potencial humano), estableciendo una reunión entre personas únicas (tú y yo), guiados por un llamamiento (necesidad del ser cuidado) y una respuesta intencional (del ser que cuida ya que se preocupa por el ser cuidado).
- Es en sí misma una forma particular de diálogo humano, o diálogo vivo, entendido como **una conversación entre dos o más personas**, es decir, una forma de relación intersubjetiva, que se caracteriza por reunirse, relacionarse y estar presente y a partir de esto que la enfermería conciliará la razón, la sensibilidad y la subjetividad en la atención, reconociendo el sujeto como ser existencial

# TEORIA HUMANISTA EN NEFROLOGIA

La Teoría de Enfermería Humanista aplicada en el contexto de la Nefrología, con el paciente renal crónico, radica en el hecho de **perfeccionar y orientar en el cuidado al ser que cuida existencialmente, ya que esta teoría se basa en el encuentro y el diálogo auténtico entre el ser enfermera y el ser paciente.**

Ser cuidado como un ser humano que requiere cuidados de enfermería especializados, desde el tratamiento de los síntomas físicos y la atención a las limitaciones funcionales, los trastornos mentales y las necesidades educativas, pero también desde una mirada atenta y acogedora de sus necesidades emocionales.

**... el paciente cambia de perfil y hay que actualizarse, siempre hay que estudiar, [...], buscando cosas nuevas. Entonces para mí es un desafío diario, y también tenemos que mirar más allá del horizonte. La enfermera Nefrológica [...], puede ver más allá del horizonte y ver nuevas alternativas de cuidado para este paciente [...] porque cambia el perfil y hay que estar actualizado”**

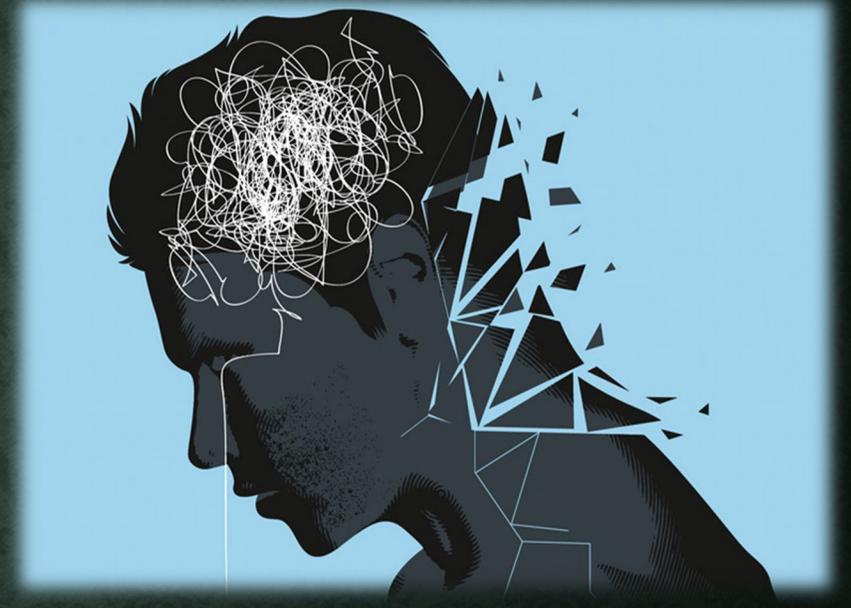
# SER PACIENTE:

“Ser cuidado” – paciente es un “estar en el mundo de la ERC”. La concibe como una existencia compleja, con muchas especificidades. El conocimiento del diagnóstico de enfermedad hace que el ser cuidado establezca una relación de preocupación con este mundo, que necesita ser desvelada ya que dificulta vislumbrar su potencial existencial. Por eso se convierte en un desafío para el ser cuidador.

**“... es un desafío diario, porque en realidad son pacientes que demandan mucha atención, demandan mucho cuidado, no solo psicológico [...], de conocimiento, porque el paciente con ERC tiene otras enfermedades también, a veces con diabetes e HTA, entonces es un desafío, porque tenemos que estar siempre aprendiendo y atentos”**

**“... el paciente renal crónico, es diferente para nosotros, tiene especificidades de la enfermedad, entonces a veces tenemos ese paciente que es más frágil, incluso aceptando la enfermedad también, ya que hay ese paciente que acepta mejor y el tratamiento no es tan complicado”**

El ser que cuida describe al ser cuidado en este mundo de la ERC, como un *ser que presenta miedo, tristeza, desesperanza, momentos de rabia, dolor y sufrimiento por la pérdida de autonomía e inseguridad por vivir constantemente la angustia por la cercanía a la muerte*, pero también que tienen alegría y esperanza cuando pueden optar por una TSR que les aporta más autonomía, como la diálisis peritoneal y el trasplante, desvelándose como pacientes que tienen inestabilidades emocionales, requiriendo la mirada atenta de enfermería.



**“Percibo sentimientos de tristeza, tienen muchos síntomas depresivos, de perder en parte su autonomía, su poder adquisitivo [...] un sentimiento de impotencia, de tener la enfermedad, de tener que adaptarse y hacer todo lo posible para vivir con eso [...], a veces soledad, desesperanza, es sufrimiento por las limitaciones que trae la enfermedad. Es un paciente que vive muy cerca de la muerte, entonces muchos relatan que tienen miedo a morir”**



Los cambios en la vida de los seres cuidados debido a ERC traen consigo sentimientos de resentimiento, agresión, violencia y aislamiento, que eventualmente se trasladan a los seres que cuidan o incluso repercuten en una actitud de inconformismo con su situación, llevándolos a la no adherencia al tratamiento



**“Proyectan en el profesional [...] como si sus problemas, como si tuviéramos alguna culpa, responsabilidad, [...].  
Proyectan sus frustraciones en nosotros”**



**“Tiene ese proceso de negación, después de no aceptar, que se rebela, entonces come, bebe, hace de todo, y luego llega un punto, que realmente quiere cuidarse [...], porque no quieren volver a la máquina, porque en realidad la máquina es una prisión”**

**HEMODIALISIS:** El ser cuidado sufre alteraciones fisiológicas como cansancio, malestar, caída de la presión arterial y calambres, y también cursan con agotamiento emocional, que se traduce en sentimientos de tristeza, rebeldía, inseguridad, frustración y preocupación por el futuro.

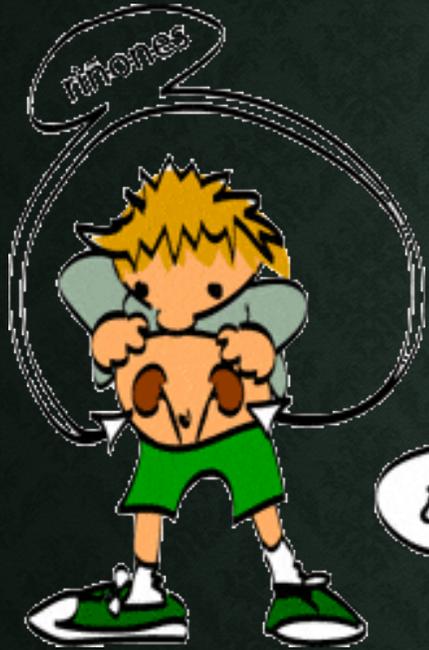
**TRASPLANTE:** se ve por el ser cuidado como una posibilidad para seguir proyectándose, superándose a sí mismo y a la enfermedad, trascendiendo hacia su libertad.

En el mundo de la ERC también es posible revelar sentimientos positivos, como la esperanza de realizar un trasplante y la alegría de mejorar la calidad de vida recuperando parte de la autonomía.

**“... a veces les entusiasma la posibilidad de poder hacer diálisis en casa cuando cambian el método de tratamiento. A veces sentimientos de alegría porque lograron entrar en la lista de trasplantes, esto es algo que motiva, [...]tienen altibajos”.**



# ACEPTAR LA ENFERMEDAD



¿por qué a mi?



- El ser cuidado vive un proceso de enfermedad grave e incierta que representa lo desconocido, dando lugar a diferentes sentimientos que muchas veces dificultan el reconocerse como persona enferma y la adaptación al tratamiento.

Éste requiere una estricta rutina con los alimentos y la TSR elegida, además de dar lugar a periodos de hospitalización, lo que le conlleva a la separación de los miembros de su familia.

- El ser que cuida se da cuenta de que las restricciones que impone la ERC, destacando las restricciones dietéticas, el aislamiento social y la pérdida de autonomía, son las **principales barreras para que el ser cuidado acepte la enfermedad y se adhiera al tratamiento.**

# ACEPTAR LA ENFERMEDAD

- La TSR, si bien es la única forma de sobrevivir, es entendida como limitante, ya que provoca cambios en la rutina diaria, generando un impacto en el estilo de vida, principalmente por la dependencia de una máquina, en el caso de la hemodiálisis, o cambios diarios continuos en la diálisis peritoneal, lo que en general dificulta la aceptación de la enfermedad y la adherencia a la terapia propuesta.
- La comprensión es uno de los rasgos ontológico-existenciales de los seres, es importante que el ser que cuida, **oriente de manera clara y objetiva al ser cuidado sobre su diagnóstico**, las modalidades de TSR disponibles y los cuidados que cada uno de ellos demanda, posibilitando elegir el tratamiento donde el ser cuidado puede proyectarse en el mundo con menos sufrimiento y restricciones, contribuyendo positivamente a la aceptación y afrontamiento de la enfermedad

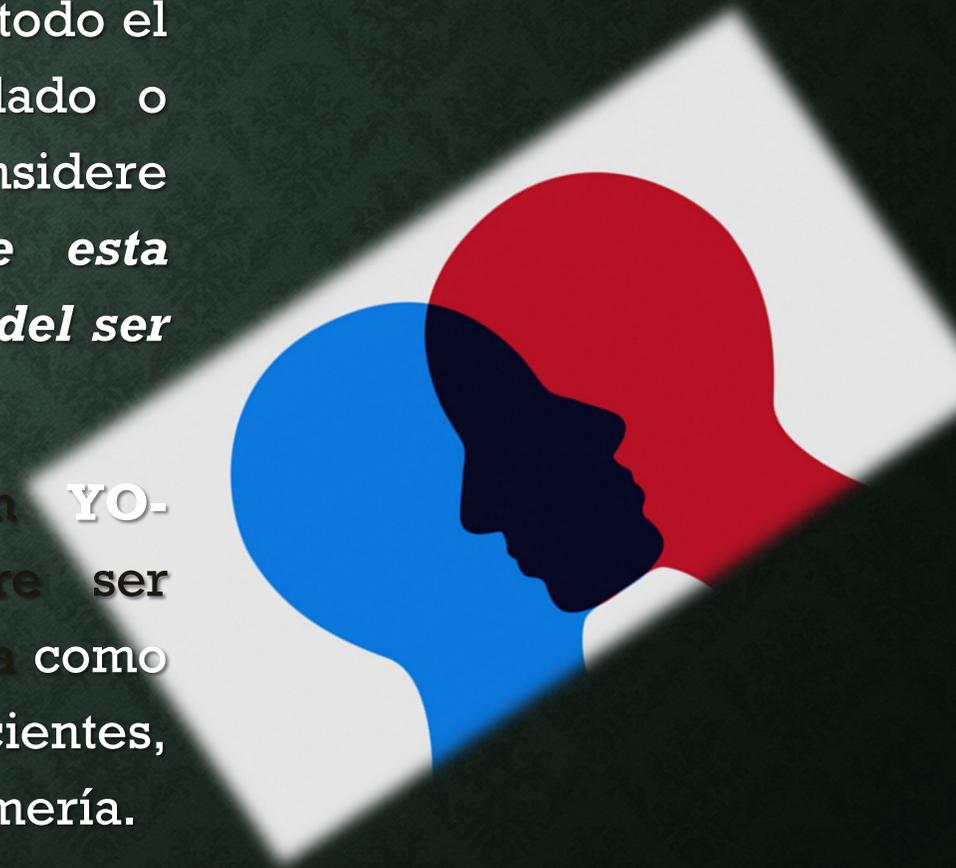


- Los seres cuidados describen la experiencia de la hemodiálisis como una lucha diaria por aceptar la enfermedad y adaptarse al tratamiento, el cual es responsable de una vida de restricciones, imponiendo limitaciones que afectan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de su vida, conduciendo a una ruptura en su estilo de vida.
- Ante esto, es necesario que el ser cuidado tenga siempre la presencia de alguien que le acoja, apoye y consuele, creando una relación de confianza entre ser cuidado y ser que cuida



# ESTABLECER VINCULOS

- El establecimiento del vínculo se crea a partir de una relación de confianza entre **YO-TÚ** y **YO-ESO**, donde se impregna todo el proceso de cuidar, bien por el llamamiento del ser cuidado o ante situaciones en las que el ser que cuida lo considere importante, *facilitando el proceso de aceptación de esta nueva condición de ser y estar en el mundo de la ERC del ser cuidado.*
- La presencia y el encuentro también penetran la **relación YO-NOSOTROS**, es decir, la relación de cuidado entre ser cuidado y ser que cuida. Dicho cuidado se caracteriza como una mediación que se da entre sus pares, **es decir**, pacientes, familiares y profesionales de la **salud**, especialmente enfermería.
- La relación **YO-TÚ** como la **YO-NOSOTROS** están representadas por el compromiso de todos los cuidadores de brindar un verdadero encuentro terapéutico con miras al bienestar del ser cuidado.



**El ser que cuida se convierte en una presencia constante en la vida del ser cuidado, que por su soledad busca suplir esta carencia con el equipo, lo que establece fuertes lazos entre el ser que cuida y el ser que es cuidado.**

**“Yo puedo ayudar y acompañar al paciente desde el principio, tú puedes estar ahí sumando a su vida [...] ellos piensan que incluso eres parte de la familia. Y tú también te haces amigo porque ellos tienen confianza en ti”**

**“Después de tantos años tomo el centro como si fuera mi segunda residencia, porque llevo muchos años trabajando y el trato con el paciente es de confianza, [...] lo que a veces es difícil porque, así como te tratan bien, también te tratan mal, y yo sigo aprendiendo y conociéndolos”.**

**“Terminas conociendo bien al paciente, tienes un factor que facilita tu vida diaria con él, pasas 4 horas, 3 veces a la semana con el mismo paciente, terminas conociendo, tanto la parte clínica, en cuanto a la parte física y social del paciente, conoces bien sus necesidades, puedes darle continuidad, ver si estás recibiendo respuestas a tus cuidados, si necesitas cambiar algo”**

- En Enfermería el ser que cuida debe estar dispuesto **“estar-ahí”** para el ser cuidado sin posibilidad de curación, estableciendo vínculos y redes de apoyo, apreciando adecuadamente la situación vivida al ser cuidado y ofreciendo alternativas para su bienestar y desarrollo, ayudándoles a encontrar oportunidades para su mundo de ERC.
- **El ser que cuida “representa” una familia** porque es con ellos con quienes conviven buscando aumentar este vínculo y transformando esta relación profesional como si fueran realmente miembros de un vínculo formado entre ser cuidado y ser que cuida, promoviendo la construcción de conocimiento sobre la enfermedad y proporcionando **una relación YO-NOSOTROS** de **continuo**, potenciando la aceptación terapéutica





- Queda clara la importancia del vínculo entre los seres en el mundo de la ERC para establecer una auténtica relación de cuidado. Para ello, el ser que cuida debe prestar asistencia con conocimientos científicos. Y a través de la acogida, la relación interpersonal, la escucha activa y el diálogo efectivo establecer una relación de confianza entre seres en el mundo de la ERC procurando el tratamiento exitoso.



- La confianza permite al ser cuidado explicitar sus angustias, miedos y ansiedades, y a partir de esto, el ser que cuida aprende las dificultades encontradas para, en conjunto, desarrollar estrategias que faciliten la adherencia del ser cuidado a TSR elegida

# HUMANIZANDO LA DIALISIS

La enfermería siempre ha estado en la primera línea de humanización, por ese motivo, es un referente para los cuidados.

Considerar la humanización como una parte intrínseca de nuestro abordaje profesional, contribuyendo por tanto a nuestro desarrollo y a nuestra satisfacción personal.

Humanizar está en manos de todos y cada uno de nosotros, por tanto, es nuestra misión llevarlo a cabo y ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención y de mayor calidad posible.

La atención a los pacientes desde el punto de vista humano tiene que estar presente en todas las actividades, procesos y tratamientos que le ofrecemos a nuestros pacientes.

No

*"El proceso de humanización es una parte fundamental de la calidad del servicio que se presta, es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros".*



# MEDIDAS

- Fomentar la comunicación con el paciente renal durante las sesiones de hemodiálisis: “La mirada tiene que ser auténtica. Debemos hablar lo justo y esforzarnos más en ver cómo decimos la

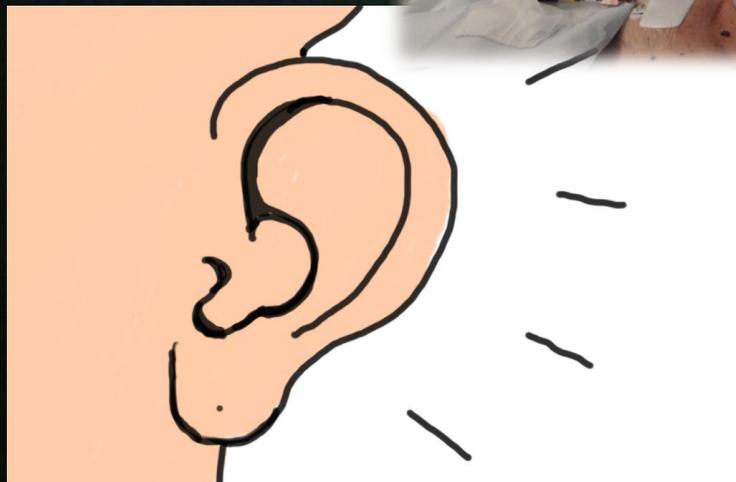
- Importancia de la acogida a la unidad. Primera día

Se informa sobre el tratamiento que se le va a realizar, se le enseñan las instalaciones, se concretan las necesidades especiales que requiera cada paciente y se resuelve cualquier duda que pueda tener.

- Organización de minitalleres formativos durante la

- El agua y dieta
- El Acceso Vascular FAV / Catéter
- Conocimientos en general de la enfermedad renal crónica



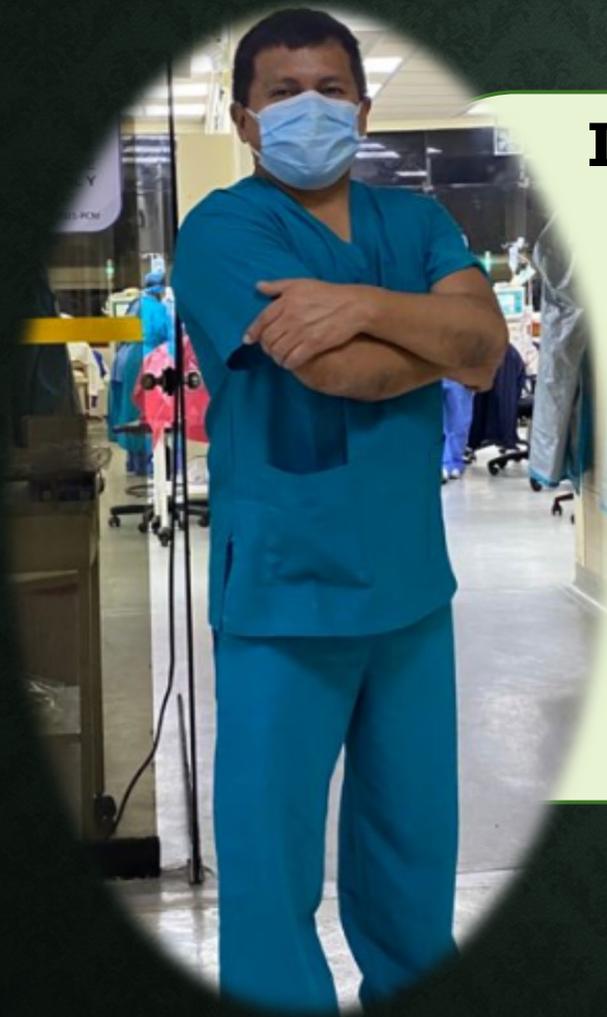


Además, se contemplan otras acciones operativas o estratégicas como:

- Celebraciones de cumpleaños
- Eventos en Navidad
- Carta de duelo a familiares: escribir una carta de duelo a los familiares cuando el paciente fallece. La firman todos los trabajadores y es una forma de decir que nos seguimos acordando de ellos
- Entornos humanos y amigables/infraestructura humanizada
- Uso de tecnologías, equipamientos y distracciones durante la sesión de hemodiálisis
- Mejoras en los espacios comunes, instalaciones y conectividad
- Existencia de mecanismos para escuchar y recoger la voz de los pacientes y los profesionales



- Atención asistencial integrada entre el personal médico y el personal de enfermería. Fomentar la visita médica conjunta de ambos profesionales para que los pacientes puedan consultar todas sus dudas y participar en las decisiones de su tratamiento con toda la información posible.
- Creación de una cultura de humanización en el servicio. Transmitir a los profesionales de nueva incorporación y a los profesionales en formación la cultura de humanización de la organización.
- Promover un Decálogo para la humanización de la asistencia sanitaria



**LIC. WILMER JIM ESCOBAR TORRES**

[jimccv@gmail.com](mailto:jimccv@gmail.com)



**+51999155338**



**@jimccv**



**wilmerjimescobartorres**