



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PACIENTE OBSTÉTRICA
DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE DOROTHEA OREM**

**MEDINA SUAREZ SADY LIZETH
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TOALONGO BUENO NATHALY ALEXANDRA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PACIENTE
OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE
DOROTHEA OREM**

**MEDINA SUAREZ SADY LIZETH
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TOALONGO BUENO NATHALY ALEXANDRA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASOS

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PACIENTE
OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE
DOROTHEA OREM**

**MEDINA SUAREZ SADY LIZETH
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TOALONGO BUENO NATHALY ALEXANDRA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

ORELLANA PELAEZ CHRISTEL ALEXANDRA

**MACHALA
2022**

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PACIENTE OBSTÉTRICA DESDE LA PRESPECTIVA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

por Nathaly Alexandra Toalongo Bueno

Fecha de entrega: 19-may-2023 11:26p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2097604660

Nombre del archivo: NTE_OBST_TRICA_DESDE_LA_PRESPECTIVA_TEOR_A_DE_DOROTHEA_OREM.docx
(116.32K)

Total de palabras: 9586

Total de caracteres: 52741

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PACIENTE OBSTÉTRICA DESDE LA PRESPECTIVA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	8%	3%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	2%
2	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
3	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%
4	vsip.info Fuente de Internet	<1%
5	www.ecuadorencifras.gob.ec Fuente de Internet	<1%
6	www.ms.gba.gov.ar Fuente de Internet	<1%
7	www.vademecum.es Fuente de Internet	<1%
8	iris.paho.org Fuente de Internet	<1%

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

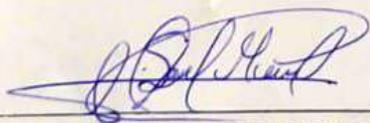
Las que suscriben, MEDINA SUAREZ SADY LIZETH y TOALONGO BUENO NATHALY ALEXANDRA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PACIENTE OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE DOROTHEA OREM, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

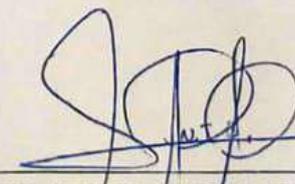
Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.



MEDINA SUAREZ SADY LIZETH

0705994754



TOALONGO BUENO NATHALY ALEXANDRA

0707052882

RESUMEN

Título: Enfermedad renal crónica en una paciente obstétrica desde la perspectiva teórica de Dorothea Orem.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud define a la enfermedad renal crónica (ERC) como la pérdida gradual de la función renal, por un período de tiempo superior a 3 meses, determinada por una tasa de filtración glomerular. Actualmente la prevalencia global de gestantes con Enfermedad Renal Crónica es del 3 %, porcentaje relativamente bajo. En pacientes obstétricas con antecedente de falla renal, dichos cambios pueden agudizar la enfermedad renal e incluso descompensarse, alcanzando etapas más avanzadas que comprometen la vida de la madre y el feto.

Presentación del caso: El 08/07/2022, paciente femenina de 27 años de edad de \pm 24 semanas de gestación con diagnóstico: Hipertensión Arterial + Preeclampsia Severa + Enfermedad Renal Crónica que acude con referencia desde Centro de Hemodiálisis, por presentar hace \pm 6 horas de elevación de tensión arterial 165/105 mmHg y cefalea que no mejora con analgesia pre y post sesión hemodialítica por el cual acude al Hospital Teófilo Dávila. El 10/08/22 después de discutir el caso de la paciente entre varios profesionales de diferentes especialidades y se queda en común acuerdo que se continuará con el embarazo pese a los riesgos que esto implica tanto para el recién nacido como para la madre, tomando en consideración que se realizará exámenes clínicos diarios y ante la inestabilidad del mismo se interrumpirá en cualquier momento. El 21/08/22 fue llevada a Centro Obstétrico para realizarle Cesárea + Salpingectomía Bilateral y posteriormente trasladada al área de Unidad de Cuidados Intensivos. El 23/08/22 ingresa al área de hospitalización de Ginecología. El 26/08/22 ingresa a Centro Obstétrico para Drenaje de Hematoma. El 31/08/22 fue dada de alta por Nefrología y el 02/09/22 egresó definitivamente en condiciones estables.

Objetivo General: Analizar el caso de una paciente obstétrica con Enfermedad Renal Crónica a través de la revisión de la historia clínica y bibliográfica para la elaboración de planes de cuidados de enfermería basado en la taxonomía NANDA-NIC-NOC y la Teoría de Dorothea Orem y con ello mejorar la satisfacción con la vida de las pacientes en Hemodiálisis.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos: Pub Med, Cochrane, Scielo y Science Direct, con las palabras claves: Proceso de Enfermería,

Autocuidado, Enfermedad Crónica Renal y Diálisis Renal en los idiomas: español e inglés.

Resultados: La paciente con antecedentes patológicos familiares de Diabetes Mellitus (Padre), Hipertensión Arterial (abuela materna) fue diagnosticada de Hipertensión Arterial + Enfermedad Renal Crónica desde los 19 años de edad y desde entonces comenzó con terapia dialítica. Inicialmente fue sometida a un programa diario de hemodiálisis (20 horas semanal), hasta un día antes del parto, posterior al puerperio inmediato y a la estabilidad hemodinámica y renal, se modificó la frecuencia a tres veces por semana, con una duración entre 3 a 4 horas por cada sesión dialítica. Durante la hemodiálisis, los niveles de tensión arterial se mantuvieron entre 130/80 mmHg a 170/100 mmHg con fluctuaciones mínimas de tensión arterial. Además, surgieron otras complicaciones, entre ellas que la paciente se mantuvo anúrica durante la estancia hospitalaria, debido al estadio 5 de Enfermedad Renal Crónica. También presentó elevación de los azoados, principalmente de la creatinina con valores entre 2.27 a 6.56 mg/dL (normal: 0.70-1.20 mg/dL) y urea con valores entre 16.7 a 99.9 mg/dL (normal: 17-49 mg/dL).

Conclusiones: La Teoría de Dorothea Orem presentada en este estudio de caso, permitió promover conductas de autocuidado. En el Proceso de Atención de Enfermería, los profesionales que atienden a pacientes gestantes con Enfermedad Renal Crónica, se proyectan principalmente en: prevenir o retrasar la progresión de esta enfermedad, promover el bienestar físico y psicosocial; así como también controlar las complicaciones del tratamiento.

Palabras claves: Proceso de Enfermería, Autocuidado, Enfermedad Crónica Renal y Diálisis Renal [Fuente: DeCS].

ABSTRACT

Title: Chronic kidney disease in an obstetric patient from the theoretical perspective of Dorothea Orem.

Introduction: The World Health Organization defines chronic kidney disease (CKD) as the gradual loss of kidney function, for a period of time greater than 3 months, determined by a glomerular filtration rate. Currently the global prevalence of pregnant women with CKD is 3%, a relatively low percentage. In obstetric patients with a history of kidney failure, these changes can exacerbate kidney disease and even decompensate, reaching more advanced stages that compromise the life of the mother and the fetus.

Presentation of the case: On 07/08/2022, a 27-year-old female patient of \pm 24 gestation weeks with a diagnosis: Arterial Hypertension + Severe Preeclampsia + Chronic Kidney Disease who came with reference from the Hemodialysis Center, for presenting \pm 6 hours ago. elevated blood pressure 165/105 mmHg and headache that did not improve with analgesia before and after hemodialysis session for which he went to the Teófilo Dávila Hospital. On 08/10/22, after discussing the patient's case among several professionals from different specialties, it was agreed that the pregnancy would continue despite the risks that this implies for both the newborn and the mother, taking into account that daily clinical examinations will be carried out and given the instability of the same, it will be interrupted at any time. On 08/21/22 she was taken to the Obstetric Center to perform a Cesarean Section + Bilateral Salpingectomy and later transferred to the Intensive Care Unit area. On 08/23/22 she was admitted to the Gynecology hospitalization area. On 08/26/22 she was admitted to the Obstetric Center for Hematoma Drainage. On 08/31/22 she was discharged by Nephrology and on 09/02/22 she was finally discharged in stable condition.

General Objective: To analyze the case of an obstetric patient with Chronic Kidney Disease through the review of the clinical and bibliographic history for the preparation of nursing care plans based on the NANDA-NIC-NOC taxonomy and the Theory of Dorothea Orem and thereby improving the satisfaction with life of patients on Hemodialysis.

Methodology: A bibliographic search was carried out in databases: Pub Med, Cochrane, Scielo and Science Direct, with the keywords: Nursing Process, Self-care, Chronic Kidney Disease and Renal Dialysis in the languages: Spanish and English.

Results: The patient with a family pathological history of Diabetes Mellitus (Father), Arterial Hypertension (maternal grandmother) was diagnosed with Arterial Hypertension + Chronic Kidney Disease since she was 19 years old and since then she began dialysis therapy. Initially, she was subjected to a daily hemodialysis program (20 hours a week), until one day before delivery, after the immediate postpartum period and hemodynamic and renal stability, the frequency was changed to three times a week, with a duration between 3 to 4 hours for each dialysis session. During hemodialysis, blood pressure levels were maintained between 130/80 mmHg to 170/100 mmHg with minimal blood pressure fluctuations. In addition, other complications arose, including the fact that the patient remained anuric during the hospital stay, due to stage 5 Chronic Kidney Disease. He also presented elevated nitrogen levels, mainly creatinine with values between 2.27 and 6.56 mg/dL (normal: 0.70-1.20 mg/dL) and urea with values between 16.7 and 99.9 mg/dL (normal: 17-49 mg/dL).).

Conclusions: Dorothea Orem's Theory presented in this case study allowed promoting self-care behaviors. In the Nursing Care Process, professionals who care for pregnant patients with Chronic Kidney Disease, focus mainly on: preventing or delaying the progression of this disease, promoting physical and psychosocial well-being; as well as control the complications of the treatment.

Keywords: Nursing Process, Self-care, Chronic Kidney Disease and Renal Dialysis [Source: DeCS].

INDICE GENERAL

RESUMEN	I
ABSTRACT	III
LISTA DE ABREVIATURAS	VII
INTRODUCCIÓN	- 1 -
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	- 3 -
1.1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	- 3 -
1.1.2 HECHOS DE INTERÉS.....	- 4 -
1.1.3 OBJETIVO GENERAL.....	- 5 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 5 -
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO -	6
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA.....	- 6 -
2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	- 6 -
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 6 -
2.2.1 GENERALIDADES DE LA ERC EN EL EMBARAZO	- 6 -
2.2.2 DOROTHEA OREM: TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	- 11 -
CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	- 13 -
3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA:.....	- 13 -
3.1.1 Área de estudio.....	- 13 -
3.1.2 Unidad de análisis.....	- 13 -
3.1.3 Tipo de investigación	- 13 -
3.1.4 Aspectos éticos-legales:	- 13 -
3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	- 14 -
3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS.....	- 15 -
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	- 17 -
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS...-	17 -
4.1.1 Anamnesis	- 17 -
4.2 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem aplicada a pacientes con Enfermedad Renal Crónica.....	- 22 -
4.3 El proceso de atención de enfermería relacionado con la Teoría de Dorothea Orem.....	- 23 -
5. CONCLUSIONES	- 29 -
6. RECOMENDACIONES	- 30 -
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 31 -
LISTA DE ILUSTRACIONES Y TABLAS	
8. ANEXO FIGURAS	- 45 -

FIGURA N.º 1 HISTORIA NATURAL DE LA ERC ²⁸	- 45 -
FIGURA N.º 2 FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA ERC ²³	- 46 -
FIGURA N.º 3 SOLICITUD PARA ESTUDIO DE CASO POR ESTUDIANTES DE PREGRADO A COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA.....	-47-
FIGURA N.º 4 SOLICITUD PARA ESTUDIO DE CASO DESDE LA COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA A COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA (MACHALA)	-48-
FIGURA N.º 5 APROBACIÓN PARA ESTUDIO DE CASO POR EL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA (MACHALA)	- 49 -
9. ANEXO TABLAS	- 50 -
TABLA N.º1. NIVELES DE PREVENCIÓN DE LA IRC ²⁸	- 50 -
TABLA N.º 2 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA ERC ⁴⁵	- 51 -
TABLA N.º 3 RESULTADOS DE EXÀMENES DE LABORATORIO.....	52
TABLA N.º 4 INFORME DE ULTRASONIDO OBSTÉTRICO.....	53
TABLA N.º 5 INFORME DE ULTRASONIDO DE PARTES BLANDAS DE REGIÓN HIPOGASTRIO.....	54
TABLA N.º 6 RESUMEN DEL TRATAMIENTO MÉDICO.....	55
TABLA N.º 7 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	57
TABLA N.º 8 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	58
TABLA N.º 9 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	59
TABLA N.º 10 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

ERC: Enfermedad Renal Crónica

TFG: Tasa de Filtrado Glomerular

GBD: Global Burden of Disease

ppm: personas por cada millón de habitantes

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MSP: Ministerio de Salud Pública

MM: Muertes maternas

HD: Hemodiálisis

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

DM: Diabetes Mellitus

HTA: Hipertensión Arterial

ERCA: Enfermedad Renal Crónica Avanzada

BIREME: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

SG: Semanas de gestación

RN: Recién nacido

APP: Antecedentes Patológicos Personales

APF: Antecedentes Patológicos Familiares

TA: Tensión arterial

Tº: temperatura

FC: Frecuencia cardíaca

lpm: latidos por minuto

rpm: respiraciones por minuto

mmHg: Milímetros de mercurio

FR: Frecuencia Respiratoria

SpO2: Saturación de oxígeno

FUM: fecha última de menstruación

FAV: Fístula arteriovenosa

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

TP: tiempo de protrombina

TPT: tiempo parcial de tromboplastina

BPN: Bajo peso de nacimiento

MBPN: muy bajo peso de nacimiento

PEBN: extremadamente bajo peso de nacimiento

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la enfermedad renal crónica (ERC) como la pérdida gradual de la función renal¹, por un período de tiempo superior a 3 meses, determinada por una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o por la presencia de marcadores de falla renal, tales como albuminuria, anomalías en el sedimento urinario u otras alteraciones electrolíticas² y que se caracteriza por ser irreversible, progresiva y asociada a un mayor riesgo cardiovascular³.

Datos estadísticos de la OMS revelan que, a nivel mundial, la ERC representa cerca del 10% anual de la población en general afectada ⁴ cuyas cifras ascienden a más de 800 millones de personas⁵, con predicciones que sugieren que para el 2040, esta enfermedad se convertiría en la quinta causa más importante de años de vida perdidos, según el Estudio de Carga Global de Morbilidad (Global Burden of Disease = GBD por sus siglas en inglés)⁶. De acuerdo con el último informe del GBD, en su análisis sistemático con respecto a la carga global de la ERC, en el 2017 ocupó el doceavo lugar dentro de las principales causas de muerte. En ese mismo año, alrededor de 1.2 millones de personas fallecieron por ERC ⁷.

En América latina, la prevalencia de esta patología es de 650 personas por cada millón de habitantes (ppm), con un incremento estimado del 10% cada año ⁸. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del 2016 se notificó 8.001 casos de morbilidad ⁹; y 1.128 fallecidos por esta misma enfermedad ¹⁰. En la actualidad, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), reveló que las enfermedades del sistema urinario ocupan el noveno lugar dentro de las principales causas de muerte entre el 2020 al 2021, con un total de 2.688 (2.6%) (Hombres: 1.470; Mujeres: 1218) ¹¹.

En este contexto, el embarazo es una etapa clave para diagnosticar enfermedades crónicas asintomáticas, que ofrece la oportunidad de reducir resultados negativos, la progresión de la enfermedad y quizás incluso la transferencia del riesgo cardiovascular y renal a las generaciones futuras¹². La Organización Mundial de la salud, sostiene que diariamente a nivel mundial, se registran aproximadamente 830 muertes maternas (MM) debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto ¹³. Aunado a esta situación, actualmente la prevalencia global de gestantes con Enfermedad Renal Crónica es del 3 %, porcentaje relativamente bajo ¹⁴. Siendo las mujeres de los países de ingresos bajos y medianos, las más afectadas por las complicaciones, en comparación con las de los países de altos ingresos ¹². En ese sentido, de acuerdo con datos del Instituto nacional estadísticas del censo (2021) se registra una razón de mortalidad materna de 43,5 por

cada 100.000 nacidos vivos ⁽¹¹⁾, siendo la provincia de Morona Santiago con la tasa de mortalidad más alta a nivel nacional con 99,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que, a nivel local, la Provincia de El Oro, alcanza un total de 56,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos¹⁵. Por lo anterior, es evidente que la Enfermedad Renal Crónica tiene un impacto adverso relevante en materia de salud pública a nivel global con alta morbilidad y mortalidad.

Páez, Escalona y Ricardo (2021) señalan que durante el embarazo se presentan diversos cambios desde el punto de vista morfológico, hemodinámico y metabólico, los cuales estimulan la sobrecarga de los riñones. En pacientes obstétricas con antecedente de falla renal, dichos cambios pueden agudizar la enfermedad renal e incluso descompensarse, alcanzando etapas más avanzadas que comprometen la vida de la madre y el feto ¹⁶.

En definitiva, la aplicación de un modelo o teoría de enfermería en la práctica clínica contribuye significativamente a que los profesionales de enfermería compartan la misma ideología de esta labor e igual lenguaje en el cuidado de los pacientes. En el ámbito de nefrología, indudablemente, enfermería cumple un rol protagónico en el manejo del depurador con hemodiálisis (HD), en el entrenamiento al paciente en diálisis peritoneal y en la estrecha relación a un paciente que ha recibido un trasplante renal¹⁷.

La enfermería basada en la teoría de Dorothea Orem tiene un efecto clínico positivo en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, al mejorar la eficacia de autocuidado, fomentar el cumplimiento médico y disminuir la dependencia de estos profesionales¹⁸. Por lo tanto, considerando la importancia de este tema, el presente estudio tiene como propósito: Analizar el caso de una paciente obstétrica con Enfermedad Renal Crónica, a través de la revisión de la historia clínica y bibliográfica, para la elaboración del proceso de atención de enfermería (PAE) basado en la taxonomía NANDA-NIC-NOC y la Teoría de Dorothea Orem y con ello mejorar la satisfacción con la vida de los pacientes en Hemodiálisis.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La Enfermedad Renal crónica se caracteriza por anomalías urinarias persistentes, anomalías estructurales o deterioro progresivo de la función renal excretora que sugiere una pérdida de nefronas funcionales¹⁹, que puede ser detectada a través de las cifras de filtrado glomerular y albuminuria, entre otros exámenes paraclínicos que se realizan a menudo en cualquier mujer en estado de embarazo¹⁶.

No obstante, al final, resulta necesario una terapia de reemplazo renal (diálisis o trasplante), lo cual dependerá de la severidad del caso. La clasificación se divide en tres categorías principales: prerrenal (disminución de la presión de perfusión renal), renal intrínseca (patología de los vasos, glomérulos o túbulo-intersticio) o postrenal (obstruccion)²⁰.

Wiles et al (2019) sostienen que la prevalencia de esta enfermedad en pacientes obstétricas puede aumentar a futuro debido al aumento de la edad materna y la obesidad principalmente; y que el riesgo de eventos adversos del embarazo se incrementa considerablemente en este grupo vulnerable. Entre las complicaciones se encuentran: preeclampsia, restricción del crecimiento fetal, parto prematuro y pérdida acelerada de la función renal materna²¹.

En varios continentes como Oceanía, África (subsahariana) y América Latina, las cifras fueron mucho más elevadas de lo esperado en comparación con países desarrollados, mientras que en África (subsahariana occidental, oriental y central), Asia, Europa y Australasia fueron inferiores a lo esperado²² En definitiva, esta información corrobora que la Enfermedad Renal Crónica la padecen cada vez más los países de nivel sociodemográfico bajo y medio.

En el Ecuador, en el 2014 cerca del 50 % de defunciones de patologías del sistema urinario debido a complicaciones por Enfermedad Renal Crónica con un total de 902²³. El Ministerio de salud pública (2022) estima una tasa de incidencia en estos pacientes, en tratamiento de 206 Personas por cada millón de habitantes y una tasa de prevalencia de 1.074 personas por cada millón de habitantes, considerando alrededor de 18 millones de ecuatorianos; mientras que los pacientes en terapias de reemplazo renal distribuidos en el Sistema Nacional de Salud, un total de 19.372², lo cual representa un costo anual superior al 11% del presupuesto público de salud en nuestro país²⁴.

1.1.2 HECHOS DE INTERÉS

Una vez que la paciente es diagnosticada de Enfermedad Renal Crónica, es importante considerar el estado de gestación como un factor de alto riesgo y darle seguimiento al caso de manera precoz. De este modo, las mujeres deben ser conscientes que las sesiones dialíticas resultan ser una mejor opción para lograr éxito al término de su embarazo. No obstante, es bien conocido que, en países con escasos recursos, la diálisis diaria puede en ocasiones no ser factible por circunstancias clínicas, económicas o logísticas¹⁴.

En ese contexto, un estudio realizado por Torres et al (2022) en Ecuador, se recopiló información epidemiológica cuantitativa acerca de pacientes diagnosticados de Enfermedad Renal crónica en un período de tres años (2015-2018) de seis bases de datos a nivel nacional. Tales investigadores concluyeron que los programas de prevención y tamizaje son escasos, mientras que la hospitalización es una realidad para los pacientes con ERC. Únicamente 13 de 24 provincias ofrecían servicios de diálisis, y los nefrólogos especialistas estaban agrupados en las principales ciudades del país, lo que limita el acceso, retrasa la atención médica y adicional a ello, una carga de viaje para los pacientes²⁴.

Por otra parte, la investigación de Al Khalaf et al²⁵ resulta ser muy interesante ya que, durante un periodo de estudio de aproximadamente 30 años, hubo 22.397 nacimientos de mujeres con Enfermedad Renal Crónica (0,8%); 13.279 de mujeres con Hipertensión Arterial crónica (0,48%); y, 1.079 de mujeres con ambas patologías (0,04%).

1.1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar el caso de una paciente obstétrica con Enfermedad renal crónica a través de la revisión de la historia clínica y bibliográfica para la elaboración de planes de cuidados de enfermería basado en la taxonomía NANDA-NIC-NOC y la Teoría de Dorothea Orem y con ello mejorar la satisfacción con la vida de las pacientes en Hemodiálisis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Argumentar con evidencia científica en base de datos a nivel nacional e internacional de los últimos cinco años, el caso clínico de una paciente obstétrica con diagnóstico de Enfermedad Renal crónica.
- Comprender desde la perspectiva teórica de Dorothea Orem, el autocuidado de pacientes obstétricas con Enfermedad Renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis.
- Elaborar planes de cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPIDEMIOLOGICA DEL ESTUDIO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO DE REFERENCIA

2.1.1 Historia Natural de la Enfermedad Renal Crónica

Dentro de este marco, la Organización Panamericana de la Salud atribuye que la historia natural de la enfermedad son procesos complejos y que evoluciona de manera espontánea en diferentes períodos cronológicos desde el inicio hasta su resolución para diferentes individuos, que empieza con la exposición de un huésped susceptible frente a un agente causal y finaliza con la recuperación, la discapacidad o la muerte del paciente²⁶.

En función de lo planteado, la historia natural de la Enfermedad Renal Crónica describe una disminución progresiva de la función renal evaluada por la Tasa Filtración Glomerular. Posterior a la fase inicial, dicha disminución está asociada con la presencia de mecanismos de adaptación fisiológica independientes de la enfermedad renal primaria y alteraciones clínicas y metabólicas progresivas que pueden prevenirse en su mayoría con un tratamiento precoz que incluya un seguimiento cuidadoso y los tratamientos adecuados²⁷. En la Figura N.º 1 se explica la evolución de la Enfermedad Renal Crónica, tomando en cuenta el período prepatogénico y patogénico²⁸.

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 GENERALIDADES DE LA ERC EN EL EMBARAZO

2.2.1.1 Definición

Chen, Knicey y Grams (2019) definen a la Enfermedad Renal crónica como una anomalía persistente en la estructura o función renal, principalmente de las Tasas de Filtrado Glomerular con valores menores a 60 ml/min/1,73 m² o albuminuria \geq 30 mg por 24 horas durante un período de tiempo superior a 3 meses²⁹.

2.2.1.2 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo de la Enfermedad Renal crónica se clasifican en cuatro grupos³⁰:

- **De susceptibilidad:** Algunos elementos como antecedentes familiares, nivel socioeconómico bajo, bajo peso al nacimiento, reducción masa renal, adultos mayores, elevan la susceptibilidad a la falla renal.
- **De iniciación:** Enfermedades como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA), enfermedades autoinmunes, litiasis renal, tóxicos, obstrucción vía urinaria, provocan directamente la falla renal.

- **De progresión:** Aspectos como: proteinuria elevada, presión arterial no controlada, mal control de la glicemia, consumo de cigarrillo, hacen que la falla renal progrese rápidamente.
- **De etapa terminal:** Baja dosis de diálisis, anemia, hipoalbuminemia, hiperfosfatemia, referencia tardía al nefrólogo, son algunos ejemplos que ilustran el aumento de la morbilidad y mortalidad en Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA).

Conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública (2018), son varios los factores de riesgo que intervienen en la evolución de la historia natural de Enfermedad Renal crónica, los cuales deterioran drásticamente la estructura y función renal de estos pacientes con el transcurso del tiempo. En la Figura N.º 2, se explica el declive fisiológico de la función renal, determinados por la edad y los posibles acontecimientos que precipitan tal declive²³.

2.2.1.3 Fisiopatología

Al respecto, la Enfermedad Renal Crónica engloba un grupo variado de trastornos que se caracterizan por alteraciones a nivel de la estructura y función del riñón. En el contexto del embarazo, afecta gran medida el riesgo de resultados maternos y perinatales, los cuales se exacerban aún más con la severidad de la disfunción renal subyacente, el nivel de proteinuria y la coexistencia de Hipertensión arterial frecuente³¹.

Asimismo, los cambios anatómicos renales causan la dilatación del sistema colector, alteraciones en el equilibrio de las hormonas vasodilatadoras y vasoconstrictoras, lo que contribuye a una disminución de la resistencia vascular sistémica y renal, incremento de la Tasa de Filtrado Glomerular y cambios en la función tubular. En consecuencia, tales alteraciones tienen un impacto clínico significativo y pueden entorpecer el diagnóstico de daño renal³¹.

2.2.1.4 Epidemiología

A nivel mundial, la esta enfermedad representa un grave problema de salud pública con una carga de morbilidad y mortalidad relativamente alta^{22,32}. En la actualidad, el Boletín El Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (2022), informó que cerca del 10% de la población a nivel global es afectada por ERC, cuya tasa de mortalidad se incrementa anualmente³³.

Webster, Lightstone, McKay y Josephson (2017), reportaron que, en mujeres en edad fértil, la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica es hasta al 6 % de las mujeres en

edad fértil en los países de altos ingresos y en las mujeres embarazadas afecta alrededor del 3 %³⁴.

En el 2019, la Organización Mundial de la Salud informó que cerca de 810 mujeres fallecieron por causas prevenibles asociadas con el embarazo y parto en el 2017. De todas las Muerte Materna, el 94% suceden en países de ingresos bajos y medios y bajos. Siendo las adolescentes jóvenes entre 10 a 14 años de edad, quienes sufren un mayor riesgo de complicaciones y muerte como resultado de embarazo en contraste con las mujeres mayores³⁵.

En África, una revisión sistemática al evaluar 152 estudios entre 1995 y 2017, determinó que la prevalencia más alta de Enfermedad Renal Crónica fue de 16.5%³⁶. En Asia, Suriyong, Ruengorn, Shayakul, Anantachoti y Kanjanarat (2022), encontraron una prevalencia en estadios 3 a 5 del 11.2 % en los países de ingresos bajos y medianos de este continente³⁷.

Por otro lado, en Reino Unido, un estudio retrospectivo sobre el embarazo en mujeres con Esta enfermedad en etapas 3-5 después de las 20 semanas de gestación (SG) en 6 hospitales del Reino Unido entre 2003 y 2017, concluyeron que la necesidad de diálisis o trasplante en 2,5 años aumenta en este grupo vulnerable³⁸.

En la India, un estudio evidenció que, de un total de 465 las pacientes evaluadas, 172 desconocían su enfermedad renal al inicio de su embarazo; mientras que 208 mujeres se encontraban bajo vigilancia y control obstétrico y nefrológico durante su embarazo. El 44,1% de estas pacientes en ambos grupos presentaron Tasa de Filtrado Glomerular < 60 ml/min³⁹.

En Colombia, aproximadamente 3.487 pacientes fueron admitidos para vigilancia en el segundo nivel de atención por presentar Tasa de filtrado glomerular estimada <60 ml/min; en tanto más del 87% de los pacientes ingresados con Enfermedad Renal Crónica, atravesaban la etapa 3, con mediana de Tasa de Filtración Glomerular de 46,21 ml/min⁴⁰.

En el Ecuador, según datos del Ministerio de Salud Pública en un período comprendido entre 2015 y 2017 la atención a pacientes con implementación de diálisis alcanzó una cobertura total de 5.203, equivalente a un 39.7%. De estos, 3.102 pacientes recibieron tratamiento con Hemodiálisis (24.8%); 2.101 pacientes se trataron con diálisis peritoneal (14.8%; y, alrededor de 520 pacientes fueron sometidos a un trasplante renal (10%)⁸.

El INEC (2021) registró 358 defunciones hospitalarias por Enfermedad Renal Crónica, en la población en general⁴¹. En Ecuador, según la Revista de Estadística y Metodología elaborada por el INEC (2019), se observó que de las principales 20 causas de muerte en el Ecuador, la proporción de muertes (%) por Enfermedad Renal Crónica fue relativamente mayor en los hombres con 1.3% ocupando el ranking N.º 13, mientras que en mujeres fue de 1.2%, situándose en el ranking N.º 17. Además, indica que las muertes como consecuencia de complicaciones por una patología renal o cardíaca se consideran Muerte Materna indirectas⁴². En ese sentido, el Ministerio Salud Pública (2020) informó que, de las 31 Muertes Maternas, el 32.26% (10) corresponde al grupo de muertes maternas por causas indirectas, mientras que por causas directas se reportaron 67.74% (21 MM)⁴³.

2.2.1.5 Prevención

Organismos internacionales como la Organización mundial de la salud y Organización Panamericana de la Salud afirman que, aunque la Enfermedad Renal Crónica puede prevenirse, ésta no tiene cura, generalmente tiende a ser silenciosa, en y en la mayoría de los casos, asintomática hasta fases avanzadas, para lo cual las sesiones de diálisis y el trasplante de riñón son opciones de tratamiento invasivos y altamente costosos⁴.

Olvera, Sánchez, Muñoz, Becerra y Reynoso (2021) alegan que las intervenciones tienen como objetivo principal la prevención secundaria, que permitan modificar la evolución de la patología mediante la implementación de estrategias y limiten particularmente la falla renal (Tabla N.º 1)²⁸.

Visto de esta forma, el manejo minucioso de la Hipertensión arterial y la proteinuria cuando sea posible y el inicio de estrategias de prevención de la preeclampsia, incluida la aspirina, son estrategias fundamentales para mejorar los resultados del embarazo³¹.

2.2.1.6 Diagnóstico y Clasificación

Como ya se mencionó inicialmente, la Enfermedad renal crónica se caracteriza por daño renal con alteración en la morfología, imagenología o función del riñón y/o una Tasa de filtrado glomerular de <60 ml/min/1,73 m² por un periodo mayor a 3 meses⁴⁴.

Una vez la paciente es diagnosticada con Enfermedad Renal crónica, es fundamental clasificar la gravedad de esta patología. Son cinco los estadios que se establecen con base en los resultados de la Tasa de Filtrado Glomerular y la existencia de marcadores de daño renal (Tabla N.º 2)⁴⁵.

2.2.1.7 Manejo adecuado

Generalmente desde el punto de vista clínico, la paciente no presenta síntomas sino hasta que la insuficiencia renal es avanzada. Así pues, se considera al embarazo como un punto de control para la detección de enfermedades renales y de esta manera pueda ser manejada oportunamente para lograr óptimos resultados tanto para la madre como el feto³⁹.

Luego de determinar el diagnóstico e identificar a los principales factores de riesgo cardiovascular y de progresión de falla renal, y posterior a clasificar, es de vital importancia planificar acciones encaminadas de acuerdo a las necesidades de cada paciente y el estadio de la patología⁴⁵. Una vez que la función renal cae por debajo del 10 al 15 % de lo normal, se necesitan tratamientos de diálisis o un trasplante de riñón. Existen dos tipos de diálisis: Hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Por lo regular, la Hemodiálisis, continúa siendo el tratamiento más utilizado para pacientes con esta enfermedad en etapa terminal. Se trata de una forma de terapia de reemplazo renal, donde el papel del riñón en la filtración de la sangre se complementa con un equipo artificial que elimina el exceso de agua, solutos y toxinas. Además, asegura el mantenimiento de la homeostasis (un ambiente interno estable) en personas que experimentan una pérdida rápida de la función renal⁴⁶.

Entre las acciones a efectuar, en cualquier caso, incluye: medidas farmacológicas (autocuidado y modificación de hábitos de riesgo) y medidas farmacológicas (medicamentos nefroprotectores y cardioprotectores)⁴⁵. De este modo, es importante evitar los medicamentos nefrotóxicos y teratogénicos, y conocer la dosificación renal de los medicamentos de uso frecuente³¹.

Romagnani et al (2017), con respecto al manejo de pacientes, señala la importancia de la detección temprana, prevención, tratamiento de la causa subyacente (si es posible) para frenar que la patología continúe avanzando, así como atender a los procesos secundarios que ayudan a la pérdida de nefronas continuamente. En efecto, los pilares de la terapia son: el control de la presión arterial y la inhibición del sistema renina-angiotensina¹⁹.

2.2.1.8 Complicaciones

Entre las complicaciones de la enfermedad se incluyen: la anemia, la acidosis metabólica y el hiperparatiroidismo secundario afectan la salud cardiovascular y la calidad de vida, y requieren diagnóstico y tratamiento temprano¹⁹; incluso cuando es leve, existe un

riesgo de preeclampsia, parto prematuro y recién nacidos (RN) pequeños para la edad gestacional³¹.

2.2.2 DOROTHEA OREM: TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

En términos generales, el conocimiento de las teorías de enfermería existentes contribuye no sólo a la enfermería como doctrina, sino que además permite seleccionar la teoría que mejor se adapte a una situación personal como resultado de la atención individualizada brindada a cada paciente⁴⁷.

En este contexto, se seleccionó la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas en la historia de enfermería. Para Raile (2015) en su libro titulado “Modelos y Teorías en enfermería” dicha teoría está conformada por cuatro teorías relacionadas⁴⁸:

- a) **Teoría del cuidado dependiente:** es el cuidado realizado por otro, como un miembro de la familia o un amigo y debe ser aprendido y realizado deliberadamente para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar.
- b) **Teoría de sistemas enfermeros:** puntualiza las relaciones que se deben mantener para que se suscite el cuidado de enfermería.
- c) **Teoría de autocuidado:** explica el por qué y de qué manera los individuos cuidan de sí mismos. Fundamenta el autocuidado como una necesidad humana vital, y la enfermería como un apoyo indispensable en situaciones de déficit de autocuidado.

El **autocuidado** se trata de acciones conscientes aprendidas mediante la comunicación y las interacciones con los demás para satisfacer una necesidad específica. Tanto las enfermeras como los pacientes son vistos como personas conscientes, racionales y orientadas a la acción que tienen la capacidad de actuar con determinación y por intereses propios.

Requisitos Universales de Autocuidado

Los requisitos universales de autocuidado se relacionan con las etapas del ciclo vital y al mantenimiento de la integridad de la estructura y el funcionamiento humano.

- a) El mantenimiento de una entrada suficiente de aire.
- b) El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- c) El mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
- d) La prestación de cuidados relacionado con el proceso de eliminación.

- e) El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- f) El mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- g) La prevención de peligros para la vida humana, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
- h) La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

La **normalidad** se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y en concordancia con las características genéticas, constitucionales y talentos de los individuos.

- d) **Teoría del déficit de autocuidado:** determina cuándo se necesita enfermería. Es decir, se requiere del personal de enfermería cuando una persona es incapaz o está limitado para brindar un cuidado personal continuo y efectivo.

Vinculado al concepto, en esta teoría se describe la labor esencial del personal de enfermería, entre los métodos de ayuda se incluyen⁴⁹:

- a) Actuar y hacer por los demás.
- b) Guiar
- c) Dar apoyo
- d) Crear un ambiente que promueva el desarrollo personal para satisfacer las necesidades futuras.
- e) Educar a otro

Rosman et al (2022), en su estudio controlado aleatorio, precisan que, en el supuesto ontológico de la teoría de Orem, los enfermeros/as pueden facilitar la acción del autocuidado aclarando en primera instancia, los requisitos universales de autocuidado del paciente y ayudarlo para que los manifieste de manera verbal y escrita. Un punto clave para inspirar al paciente a reflexionar sobre la importancia del autocuidado de manera estructurada y organizada es utilizando preguntas predeterminadas; el profesional de enfermería con la participación del paciente puede determinar qué intervenciones de atención pueden aumentar el nivel de conocimientos, la capacidad para realizar acciones de autocuidado y la capacidad para tomar decisiones ⁵⁰.

En el estudio de Hellqvist (2021) al indagar sobre factores importantes para el autocuidado, encontraron que, la atención de enfermería es un aspecto único de cuidado para personas afectadas por enfermedades a largo plazo⁵¹

Los resultados obtenidos por Rezaeean et al (2020), indican que al evaluar a un total de 176 embarazadas entre 24 a 26 Semanas de Gestación con riesgo de parto prematuro, recomiendan que estas mujeres sean capacitadas para el autocuidado prenatal con el objetivo de reducir su incidencia mediante intervenciones educativas abordadas por Orem⁵².

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA:

3.1.1 Área de estudio

El Hospital Teófilo Dávila, de la Provincia de El Oro beneficia a una población de 732.522 habitantes y dispone de una cartera de servicios que incluyen las especialidades médicas de Urología, Neumología, Cirugía Vascular, Nefrología, Neurocirugía, Geriatria, Medicina General, Oftalmología, Cardiología, Salud Mental, Pediatría, Traumatología, entre otros. Además, las áreas que registraron una gran demanda de pacientes fueron: Hemodiálisis, ginecología, farmacia, imagenología y laboratorio. Este hospital en el año de 2022 atendió a más de 95 mil pacientes en total⁵³.

3.1.2 Unidad de análisis

Paciente de 27 años de edad con diagnóstico de Embarazo 30 Semanas de gestación + Enfermedad Renal crónica +Hipertensión arterial+ Preeclampsia severa.

3.1.3 Tipo de investigación

En esta investigación se utilizó el método estudio de caso, con enfoque cualitativo, que busca comprender un fenómeno o caso desde múltiples perspectivas dentro de un contexto dado del mundo real⁵⁴.

3.1.4 Aspectos éticos-legales:

Los cinco principios fundamentales de la ética son: autonomía, beneficencia, justicia, no maleficencia y confidencialidad⁵⁵.

Autonomía: Este principio establece que el paciente tiene derecho a elegir por sí mismo a aceptar o rechazar la atención, el procedimiento o tratamiento. Por lo tanto, se debe respetar el derecho del paciente mediante un consentimiento informado por escrito. El paciente debe recibir la información correcta acerca de qué esperar, los riesgos involucrados y las opciones alternativas disponibles.

Beneficencia: Este principio requiere que el profesional de la salud actúe en el mejor interés del paciente. Es importante que se evalúe los riesgos frente a los beneficios del procedimiento y maximice los beneficios y minimice los daños. Los profesionales deben medir la motivación del paciente para someterse al procedimiento y cómo afectará su calidad de vida.

Justicia: Este principio busca el trato justo. Debe evitarse la explotación del paciente con el único propósito de reclutarlo para el estudio y completar la investigación. El profesional debe ser respetuoso con los deseos del paciente, comprender la profundidad del problema y educar sobre las expectativas del procedimiento.

No maleficencia: Este principio se basa en no hacer daño al paciente. El profesional debe analizar los posibles efectos secundarios y las complicaciones del procedimiento del ensayo antes de incluir a una persona en la investigación. En este aspecto, el médico puede sugerir procedimientos y tratamientos alternativos que pueden ser más beneficiosos para el paciente.

Confidencialidad: Es importante mantener el anonimato sobre los datos personales de pacientes participantes en el estudio, las fotografías, las muestras biológicas, etc.

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

El proceso a seguir para la recopilación de la información en este estudio fue el siguiente:

- a) Inicialmente, el primer paso para acceder a la historia clínica de la paciente fue enviar una solicitud por escrito a la Licenciada en Enfermería, Sara Margarita Saraguro Salinas Coordinadora (E) de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Técnica de Machala (Figura N.º 3).
- b) Posteriormente, tras la recepción de dicha solicitud se envió la solicitud desde la Coordinación de la Carrera de Enfermería hasta el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Teófilo Dávila (Figura N.º 4).
- c) Luego del análisis por el Departamento de Docencia e Investigación de Hospital Teófilo Dávila, se autoriza por escrito al Ing. Alex Arturo Borbor Morales, responsable del Área de Admisión para dar apertura, brindar información y permitir la recolección de los datos de la paciente, con el compromiso absoluto por parte de las estudiantes de enfermería a resguardar en todo momento la confidencialidad de la información proporcionada (Figura N.º 5).

- d) Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos: Pub Med, Cochrane, Scielo y Science Direct, con las palabras claves: Proceso de Enfermería, Autocuidado, Enfermedad Crónica Renal y Diálisis Renal [Fuente: DeCS] (56) en los idiomas: español e inglés.

3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS

Historia Clínica: Para la obtención de los datos se solicitó autorización por escrito al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Teófilo Dávila, la cual fue aceptada para fines académicos.

Anamnesis: La anamnesis y el examen clínico son funciones claves de los médicos para identificar los problemas de salud de sus pacientes.

Antecedentes patológicos personales (APP): Se refiere a las enfermedades de base que padece la paciente. En este caso se pudo evidenciar: HTA en tratamiento desde hace 8 años + ERC en tratamiento de HD desde hace 8 años.

Antecedentes patológicos familiares (APF): Conocer los APP brinda información importante sobre su riesgo de padecer otras enfermedades. En este caso, la paciente refirió como antecedentes de su historial familiar: Diabetes mellitus: Padre), Hipertensión arterial: abuela materna.

Antecedentes gineco-obstétricos: En este aspecto, los médicos preguntan a la paciente sobre el problema que motivó la visita, períodos menstruales pasados y presentes, embarazos anteriores actividades sexuales y síntomas, trastornos y tratamientos ginecológicos que la mujer haya tenido en el pasado. En este caso la paciente refirió: gestaciones (2), partos (1) y cesáreas (1), hijos vivos (2), fecha de la última menstruación: no recuerda, y ciclo menstrual irregular.

Signos vitales: Son mediciones que consisten en: Tensión Arterial, temperatura (T^o), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno (SpO₂) y constituyen un componente fundamental para monitorear el progreso del paciente durante la hospitalización.

Examen físico: Es el proceso de evaluación de los hallazgos anatómicos objetivos mediante el uso de la observación, la palpación, la percusión y la auscultación. La información obtenida debe integrarse cuidadosamente con la historia y la fisiopatología del paciente. Además, es una situación única en la que tanto el paciente como el médico entienden que la interacción pretende ser diagnóstica y terapéutica.

Exámenes complementarios: Son el conjunto de exámenes adicionales que el médico requiere para establecer o descartar un diagnóstico médico. En este caso se cuenta con exámenes de laboratorio (Tabla N.º 3) y ecografía abdominal (Tabla N.º 4 y Tabla N.º 5).

Evaluación Médica y Plan de tratamiento: La evaluación preoperatoria de la paciente embarazada debe incluir todos los elementos que se realizarían si la paciente no estuviera embarazada más una evaluación prenatal del feto y el embarazo para evaluar el efecto de la condición que requiere la cirugía en el resultado del embarazo. De esta manera, la valoración de laboratorio, estudios de imagen, y las evaluaciones preoperatorias deben tener en cuenta las adaptaciones maternas del embarazo y la edad gestacional.

Nota: El resumen del tratamiento médico durante la estancia hospitalaria de la paciente se encuentra en la Tabla N.º 6.

Reportes de Enfermería: Son las novedades sobre el estado de salud de la paciente, que se entrega en cada turno por parte del personal de enfermería. Además, de ser utilizados con fines legales.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS RESULTADOS

4.1.1 Anamnesis

Datos de afiliación

- Edad: 27 años de edad
- Sexo: femenino
- Domicilio: Machala, Barrio los Sauces 1
- Estado civil: unión libre
- Ocupación: ama de casa
- Fecha de ingreso: 8 de Julio del 2022
- Antecedentes personales, familiares y ginecológicos
- Antecedentes Personales P: HTA + ERC en tratamiento de Hemodiálisis desde hace 8 años.
- Antecedentes Personales Familiares: Diabetes Mellitus (Padre), Hipertensión arterial (abuela materna).
- Antecedentes gineco-obstétricos:
 - Gestaciones: 2
 - Partos:1
 - Cesárea: 1
 - Hijos vivos: 2
 - Ciclos Menstruales: Irregulares
 - FUM (fecha última de menstruación): No recuerda

Motivo de ingreso

08/07/2022 (17:45) Paciente femenina de 27 años de edad de \pm 24 SG con diagnóstico: HTA + Preeclampsia severa + ERC que acude con documento de referencia desde Centro de Hemodiálisis , acompañada del personal y familiar, por presentar hace más o menos 6 horas de elevación de Tensión arterial: 165/105 mmHg y cefalea que no mejora con analgesia pre y post sesión hemodialítica por el cual acude al Hospital Teófilo Dávila con signos vitales: Tensión arterial: 170/110 mmHg, Saturación de oxígeno: 99%, T °: 36.5°C, Frecuencia Cardíaca: 65 latidos por minuto (lpm), Frecuencia Respiratoria:20 respiraciones por minuto (rpm). Al examen físico se observa presencia de fístula

arteriovenosa (FAV) en miembro superior derecho e izquierdo (funcional), donde es atendida y se decide su ingreso.

Medidas antropométricas

- Peso: 65 Kg
- Talla: 155 cm.
- Perímetro de cintura: 87 cm

Sistema circulatorio: HTA: Si

Otros sistemas:

- Insuficiencia Hepática o renal: Si
- Desequilibrio electrolítico: Si
- Toxemias: Si

4.1.2 Reportes de Enfermería

09/08/2022 (14:50). Paciente gestante de 27 años con múltiples comorbilidades: Anemia leve + Preeclampsia severa + Hipertensión arterial + Enfermedad Renal Crónica terminal en programa de Hemodiálisis diario, se programa para cesárea el día de mañana. Se indica diálisis el día de mañana “sin heparina” y posteriores exámenes de control postdiálisis (urea, creatinina, Tiempo de Protrombina, Tiempo Parcial de troboplastina, Ionograma) solicitando a nefrólogo dializar en el primer turno para ser intervenida quirúrgicamente 2 horas después de terapia dialítica salvo criterio de ginecología.

10/08/2022 (18:00). Se coordina reunión en la Subdirección del Hospital Teófilo Dávila, con médicos especialistas y autoridades competentes para discutir en el caso clínico de la paciente, en la cual se indicó a paciente y familiares sobre la severidad y los riesgos de la muerte Materna – Neonatal. De esta manera, el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), indica que no hay criterio para interrupción de embarazo de 28.6 Semanas de Gestacion, ya que únicamente con el control de Tensión Arterial y mejorando dosis de los 3 antihipertensivos mejorará la condición del cuadro clínico de la paciente.

Por otra parte, el área de Neonatología, expone que al momento no cuenta con espacio físico para recibir al Recién Nacido, además que es favorable que en una casa de referencia sea intrauterina por las posibles complicaciones que pueden presentarse si se refiere en termocuna.

El área de Ginecología, indica la necesidad de interrupción del embarazo por gravedad del caso y su diagnóstico, por lo mismo se inicia trámite de referencia y al no encontrar espacio físico en ninguna casa de salud se coordinó para la realización de diálisis a primera hora y de esta manera agilizar el procedimiento quirúrgico, el mismo que la paciente y familiares acceden conscientes a la severidad y comorbilidades de la paciente.

Luego de este consenso y discutir el caso clínico, se queda en común acuerdo que se continuará con el embarazo pese a los riesgos que esto implica tanto para el Recien Nacido como para la madre, tomando en consideración que se realizará exámenes clínicos diarios y ante la inestabilidad del mismo se interrumpirá en cualquier momento.

20/08/2022 (14H50): Paciente gestante con múltiples comorbilidades, que se programa para cesárea el día de mañana. Se indica diálisis el día de mañana "sin heparina" y posteriores exámenes de control postdiálisis (urea, creatinina, Tiempo de protombina, Tiempo Parcial de tromboplastina, Ionograma) solicitando a nefrólogo dializar en el primer turno para ser intervenida quirúrgicamente 2 horas después de terapia dialítica salvo criterio de ginecología.

21/08/2022. INGRESO A CENTRO OBSTÉTRICO.

Intervenciones quirúrgicas: Servicio: Gineco-Obstetricia

Diagnóstico preoperatorio: Embarazo 31 SG + IRC + HTA + Preeclampsia severa

Operación Propuesta: Cesárea + SPB (Salpingectomía Bilateral)

Exposición: Manual e instrumental

Sangrado: 400 ml

Preoperatorio (15H45). Paciente que viene del área de ginecología, al ingreso consciente, orientada, respiraciones espontáneas, abdomen globuloso ocupado por producto único, con monitoreo fetal de 125-120 lpm, con vía IV permeable, trae consentimiento informado firmado, exámenes de laboratorio actualizados, parte operatorio y cumple horas de ayuno.

Transoperatorio (16H25). Paciente en sala de quirófano, se brinda apoyo emocional, se circula para anestesia peridural a las 16:29 se circula para asepsia y antisepsia de zona a intervenir se colocan campos estériles, iniciando a las 16:47 se le realiza Histerectomía por planos hasta obtener a las 16:50 producto único vivo de sexo masculino, peso 1320 gramos, talla 40 cm, líquido amniótico teñido (+) llanto oportuno,

presentación cefálica, se aspira secreciones orofaringe con pera de succión, se clampea y corta cordón umbilical, se procede a extracción de placenta completa, se revisa y limpia cavidad uterina para histerorrafia por planos, realizan SPB, se revisa y limpia cavidad abdominal para suturar por planos hasta llegar a piel, sangrado aproximadamente 400 ml, se coloca apósito en herida quirúrgica.

Signos vitales: TA: 139/100 mmHg, Frecuencia cardíaca 61-85 lpm, SpO2 entre 97-99 %, Frecuencia respiratoria: 15-20 rpm, Temperatura: 36,8°C.

Posoperatorio

17H20: Paciente con diagnóstico de Postcesárea + SPB inmediata ingresa a sala de recuperación consciente, orientada, respiraciones espontáneas, abdomen suave depresible doloroso, herida quirúrgica cubierta con apósito limpios y secos, útero tónico infraumbilical, loquios hemáticos en moderada cantidad, vía Intravenosa permeable se administra tratamiento indicado, se brinda cuidados de enfermería. Recién Nacido pasa al área de Neonatología.

18H45: Paciente es valorada por médico especialista de la Unidad de cuidados intensivos quien indica pase a su servicio, con coordinación de enfermería.

21/08/2022 INGRESO A UCI

Neurológico: Al momento paciente vigil, refiere dolor de moderada a gran intensidad a nivel herida quirúrgica con Escala de Glasgow 15/15, con analgesia a base de morfina por razones necesarias (PRN).

Respiratorio: Tolerando oxígeno al ambiente con buena mecánica ventilatoria, con frecuencia respiratoria 15-20 rpm, manteniendo SpO2 entre 97-99%, a la auscultación murmullo vesicular conservado.

Cardiovascular: Hemodinámicamente inestable con tendencia a la HTA tratada con antihipertensivos pautados por horario, TA: 147/79 mmHg TAM: 80-110 mmHg, FC: 61-85 lpm, Microdinamia Hg: 10.1 (11.6 g/dL) Hematocrito: 29.6%.

Coagulación: Plaquetas 165.000 x10³/UL, sin presencia de sangrado activo, loquios hemáticos en poca cantidad.

Renal: Anúrica, Función renal alterada en terapia dialítica diaria, azoados con Urea: 41.7 mg/dL (Previa 60.3 mg/dL), Creatinina: 4.12 mg/dL (Previa 5.84 mg/dL).

Ayer 22/08/2022 se realizó terapia de HD con ultrafiltrado de 2 litros, tiempo de 3 horas, índice de KT/V de 1.3.

EMO: Proteínas +++

Genital: Presencia de loquios escasos, útero contraído a nivel infraumbilical.

Hepático: TGO: 81.5 (Previo 40.9), TGP: 24.4 (Previo 12.4), LDH: No reportado. Bilirrubina Total: 0.68 mg/dL, Bilirrubina Directa: 0.27 mg/dL, Bilirrubina Indirecta: 0.41 mg/dL.

Metabólico: Recibiendo dieta enteral con buena tolerancia. Normoglicemia: 98 mg/dl. Electrolitos: Sodio 134 mEq/L, Potasio 3.7 mEq/L, Cloro 103 mEq/L. Albúmina 3.35 g/dL.

Infeccioso: Paciente con SIRS Modulado, afebril, Leucocitos de 20.420 a 17.350 x10³/UL, Neutrófilos 86.6%, sin requerimiento de antibioticoterapia. PCR: 9.35 mg/dL.

21/08/2022 (21H00). Paciente que a pesar de tratamiento antihipertensivo se mantiene con cifras elevadas de TA, por lo que se mantiene en monitoreo estricto con varias comorbilidades y riesgo de complicaciones a corto y mediano plazo, se mantiene anúrica, con FAV en brazo izquierdo. SCORE MAMA: 4. Pendiente: Seguimiento por UCI, Ginecología y Nefrología. Nota: poco colaboradora, se niega a que le realicen masajes uterinos, tampoco colabora en su tratamiento terapéutico, por lo que recibe tratamiento médico incompleto, se deja constancia.

23/08/2022: ALTA POR UCI

23/08/2022 (16H38). INGRESO A GINECOLOGÍA

Paciente cursando ± 48 horas de Pos cesárea segmentaria + Salpingectimia bilateral, ingresa desde UCI al área de Ginecología, con Escala de Glasgow 15/15, al momento tranquila, refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, mamas blandas no dolorosas con escasa secreción láctea, Altura de Fondo uterino (AFU) ± 2cm supraumbilical, herida quirúrgica cubierta con apósito manchado de secreción hemática, al descubrir se evidencia poco sangrado en puntos de sutura, a nivel de genitales se observa eliminación de loquios rojo rutilante en moderada cantidad, extremidades con tono y fuerza muscular conservado, no edema.

26/08/2022 (17H00). INGRESO A CENTRO OBSTÉTRICO.

Paciente ingresa para procedimiento quirúrgico: Drenaje de Hematoma (Tabla N.º 5). Bajo normales de asepsia y antisepsia, se circula para colocación de anestesia peridural a las 17h15, a las 17h30 se circula para colocación de campo operatorio estéril, iniciando

a las 17h34 la cirugía programada, se procede a retirar puntos de herida quirúrgica, se succiona y se evidencia líquido hemático y coágulos de sangre en gran cantidad, se limpia herida quirúrgica con Cloruro de Sodio 0.9%, se debrida tejido a las 18h04, se coloca dren y se procede a realizar cierre de tejido celular subcutáneo, sangrado de 200 ml aproximadamente y se sutura piel.

31/08/2022. ALTA POR NEFROLOGÍA

02/09/2022 (07H00). ALTA MÉDICA DEFINITIVA

Paciente de 12 días de por Cesárea segmentaria + SPB y \pm 6 días de Postdrenaje de hematoma, al momento paciente tranquila, refiere haber contraído el sueño durante la noche, signos vitales estables: TA 135/90 mmHg, FC 90 lpm, FR 20 rpm, T° 36°C, Saturación de oxígeno 98%, campos pulmonares ventilados, mamas blandas no dolorosas con buena producción de leche materna, abdomen blando depresible a la palpación con herida quirúrgica descubierta en proceso de cicatrización, se entrega hoja de plan de alta, certificado médico, se educa sobre signos de alarma, se retira vía IV, egresa en compañía de familiar de esta institución.

4.2 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem aplicada a pacientes con Enfermedad Renal Crónica

En este estudio de caso sobre la paciente con Enfermedad Renal Crónica, los temas abordados en el autocuidado incluyen el cumplimiento de las medidas preventivas de nefroprotección (actividad física, alimentación adecuada, abandono del tabaco y alcohol, entre otros)(57).

Pessoa et al (2020) en su revisión integradora, identificaron cuidados indispensables para el mantenimiento de la funcionalidad de la Fistula arteriovenoso, los mismos que fueron clasificados en tres situaciones:

- a) acciones que deben evitarse en la preservación de la Fistula arteriovenoso: controlar la presión arterial en el brazo donde se encuentra el acceso, realizar punciones, dormir sobre el brazo, aumentar de peso y beber líquidos en abundante cantidad;
- b) actitudes para la prevención y seguimiento de las complicaciones de la Fistula, donde los cuidados estaban enfocados en la vigilancia del síndrome de hipoperfusión distal, y la observación de hemorragias, trombosis e infecciones;
- c) finalmente, se discutieron medidas para la prevención y control de infecciones y el tratamiento de hematomas(58).

Sin embargo, con el pasar del tiempo, estos cambios suelen ser más difíciles de mantener, particularmente si la paciente no reflexiona sobre la relevancia que tienen en su vida cotidiana, y tampoco dispone de las herramientas adecuadas para ejecutar las acciones de cuidado(57).

Contextualizando la problemática de esta patología en pacientes obstétricas, en el 2021 un estudio que tuvo como muestra 100 puérperas atendidas en dos hospitales de Egipto: “Menoufia University Hospital and Shebin El-kom Teaching Hospital at Shebin El-kom”, concluyó que el cuidado de enfermería brindado con base en la teoría de autocuidado de Orem, pudo recuperar y prevenir los problemas durante el período posparto(59).

4.3 El proceso de atención de enfermería relacionado con la Teoría de Dorothea Orem

De acuerdo con la teoría del déficit de autocuidado de Orem, utilizando el plan de cuidados basado en los objetivos individuales de la paciente con Enfermedad Renal Crónica (Tabla N.º 7 - 10), los profesionales de enfermería pueden identificar y aclarar formas para ayudarle a superar los déficits de autocuidado. Esta colaboración también puede aumentar el uso de recursos que ya existen en el entorno de atención hospitalaria, como nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos. Como resultado, la paciente con ERC puede volverse más autosuficiente en cuanto al autocuidado.

Se aplicó el Proceso de atención de enfermería como método científico para determinar los déficits de autocuidado y con ello atender las demandas de autocuidado de la paciente con ERC(49), el cual consta de cinco pasos secuenciales:

Paso 1. Valoración de enfermería

En esta primera fase, se recopilaron datos para determinar el problema o preocupaciones, lo cual se abordó en seis áreas:

- a) El estado de salud de la paciente.
- b) El punto de vista médico sobre el estado de salud de la paciente.
- c) La opinión de la paciente sobre su estado de salud.
- d) Los objetivos de salud dentro del contexto de la historia de vida, el estilo de vida y el estado de salud.
- e) Los requisitos de la persona para el autocuidado.
- f) La capacidad de la persona para realizar acciones de autocuidado.

Paso 2. Diagnósticos de enfermería

En esta segunda fase, se explica el por qué se necesita de la intervención de los profesionales de enfermería, y se analiza e interpreta emitiendo un juicio acerca del cuidado en la paciente con la enfermedad. Posteriormente, se diseña un sistema total o parcialmente compensatorio o educativo-apoyo.

Paso 3. Planificación de enfermería

En esta tercera fase, se proponen dos acciones fundamentales, las cuales consisten en: a) estimular una buena organización de los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico; y, b) la selección de una combinación de métodos de ayuda será eficaz y eficiente para compensar/superar los déficits de autocuidado de la paciente con enfermedad.

Paso 4. Implementación de enfermería

El enfermero/a pone en marcha el plan de cuidados de salud para cumplir con las metas establecidas por la paciente con Enfermedad Renal Crónica y su equipo de salud.

Paso 5. Evaluación

Al terminar, evalúa los cuidados de enfermería aplicados en la paciente con Enfermedad renal crónica, interpretando los resultados de la implementación del plan.

Como ya se mencionó en la introducción, el embarazo de pacientes con Enfermedad renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis rara vez se presenta en el mundo. En virtud de ello, el presente estudio se propuso con el objetivo de analizar el caso de una paciente obstétrica a través de la revisión de la historia clínica y bibliográfica. Especialmente, se examinaron cuáles fueron las complicaciones derivadas de la Enfermedad Renal Crónica en el embarazo y de esta manera planificar las intervenciones de enfermería necesarias para mejorar los resultados de las pacientes, tomando en cuenta la Teoría de Orem y el Proceso de atención de enfermería. A continuación, se estarán debatiendo los principales hallazgos encontrados en esta investigación de manera cronológica.

En primer lugar, una complicación frecuente secundaria a la Enfermedad Renal Crónica, es la anemia y su incidencia aumenta con la progresión. La deficiencia en la producción renal de eritropoyetina y la gravedad de la anemia no siempre tienden a correlacionarse con la gravedad de la disfunción renal. Shaikh et al (2022) estiman que alrededor del 90% de los pacientes que terminan en diálisis ocasionalmente desarrollarán anemia por esta enfermedad renal⁶¹.

En relación con este estudio, la paciente describió síntomas característicos de anemia como: dificultad para dormir, cansancio, debilidad, dificultad para concentrarse y las piernas inquietas. De acuerdo con los datos de laboratorio (Tabla N.º 3), presentó anemia leve con niveles de hemoglobina entre 10.1 y 11.8 g/dL (normal: 13.7 - 17.5 g/dL), y hematocrito con valores que variaban entre 29.6 y 34% (normal: 40.0 - 54.0%) con la administración de eritropoyetina con dosis que variaban entre 2000 a 5000 Unidades Internacionales subcutánea cada día y hierro sacarato vía intravenosa.

En segunda instancia, estos resultados han reforzado nuestro punto de vista sobre los factores de riesgo importantes en el desarrollo de la ERC, pues durante la anamnesis se evidencia que la paciente de 27 años de edad manifestó como APP y APF: la HTA, en tratamiento antihipertensivo habitual a base de Nifedipino, Doxazocina, Atenolol y Losartán; y como APF: la DM. Según la OMS informó que los principales factores que pueden incrementar el riesgo de ERC son la DM, la HTA, enfermedades del corazón, el tabaquismo y la obesidad¹.

Además, resulta importante conocer los cambios fisiológicos esperados en el embarazo para ayudar con la interpretación adecuada y la identificación del empeoramiento de la disfunción renal y/o la preeclampsia superpuesta⁶⁰. Esto es consistente con este estudio, dado que la paciente ingresó al hospital el 8 de julio del 2022 con diagnóstico de Embarazo de \pm 24 SG + ERC estadio 5 + HTA + Preeclampsia severa.

En ese sentido, la ERC materna en el embarazo presenta una serie de desafíos para las mujeres y el personal de salud que brinda atención médica y de enfermería, incluso en las primeras etapas de la enfermedad, con riesgos obstétricos y perinatales crecientes según la etapa de la enfermedad y la comorbilidad⁶⁹. En este contexto, los RN prematuros dados de alta de la UCI neonatales pueden presentar diversas complicaciones a corto o largo plazo, tales como: problemas neurológicos, respiratorios, dificultades de crecimiento, problemas de alimentación y nutrición como reflujo gastroesofágico⁷⁰. Una de las limitaciones encontradas en este estudio fue que no contamos con la información de la historia clínica del RN prematuro, dado que la unidad de análisis fue la paciente obstétrica con ERC.

Por su parte, Villacres et al (2003) conformo la clasificación de los recién nacidos según el peso al nacer se clasifican a: macrosómicos: mayor a 4000 gramos b: normales entre 2.501 gramos a 3.999 gramos c: bajo peso con menos de 1.5000 y extremadamente bajo peso de nacimiento 1.000 ⁶²

Continuando con la descripción del caso, cabe mencionar que después de 1 mes de haber sido hospitalizada la paciente, se coordinó el día 10 de agosto del 2022 una reunión entre médicos especialistas de la UCI, Ginecología, Neonatología, Nefrología y autoridades para discutir el caso clínico, la cual concluyó en que se continuaría con el embarazo pese a los riesgos que ello implica tanto para el RN como para la madre, tomando en consideración que se realizaría exámenes clínicos diarios y ante la inestabilidad del mismo se interrumpiría en cualquier momento.

Después de 11 días de esta reunión, el 21 de agosto del 2022 el embarazo de la paciente con antecedentes gineco-obstétricos de dos gestaciones (1 parto y 1 cesárea), fue interrumpido, al cumplir las 31 SG. De este modo, conforme la clasificación actual del RN de acuerdo a la edad gestacional al nacer, establecido por el MSP del Ecuador⁶⁷, en este caso, se trata de un RN masculino muy prematuro (28 a 31 semanas 6 días) obtenido mediante una cesárea de emergencia, con 1.320 gramos (MBPN) y talla 40 cm, el cual fue trasladado al área de Neonatología para observación. Por lo tanto, se puede deducir de este estudio que se encontró una fuerte evidencia de que los riesgos de parto prematuro y BPN del RN son mayores en pacientes con ERC, tal y como lo revela Dvořák et al ⁶⁸ en su artículo.

Luego de haber cumplido las horas en el área de recuperación fue trasladada al área de UCI para monitorización continua, donde al inicio se negó a que le realicen masajes uterinos, pero después de la información de enfermería sobre la importancia de la adherencia al tratamiento se mantuvo colaboradora. Ahí estuvo hospitalizada por 2 días.

El 23 de agosto del 2022 desde UCI es ingresada en el área de Ginecología; y, tres días después, es trasladada al área de Centro Obstétrico debido a un drenaje de hematoma de pared evidenciado en la ecografía abdominal (Tabla N.º 5), en esta área estéril, bajo normales de asepsia y antisepsia, cirujano de turno procede a retirar puntos de herida quirúrgica y al succionar se evidencia líquido hemático y coágulos de sangre en gran cantidad (200 ml de sangrado aproximadamente) y coloca dren.

En Japón, Matsuo et al ⁶⁴ en 2019 reportaron el caso de una paciente de edad avanzada, quien fue diagnosticada de nefropatía IgA por biopsia renal a los 20 años de edad. A los 26 y 29 años, tuvo RN nacidos a término con peso normal al nacer, sin complicaciones. Después de eso, dejó de acudir al Hospital Universitario de Kumamoto con frecuencia, por lo que su función renal se vio afectada con el tiempo, iniciándose HD cuatro años más tarde con 20 horas semanal de terapia dialítica. A los 38 años, inicia su tercer

embarazo, y tras cumplir las 37 SG se le realizó cesárea de emergencia, obteniéndose a una RN sana de 2.372 gramos (peso adecuado para la edad gestacional). Después del parto, la paciente volvió a HD regular a 3 veces por semana, sin complicaciones y fue dada de alta con su RN 10 días después del parto. No obstante, se conoce que la paciente murió de cáncer de pulmón desde en noviembre del 2015.

Otro hallazgo poco común se presentó en 2019, cuando Alix et al, presentaron el caso de una mujer de 36 años con embarazo gemelar en HD crónica y tres gestaciones previas. A las 25 SG le realizaron una cesárea y dio a luz los RN con PEBN entre 790 y 870 gramos respectivamente⁶⁵. En 2022, en África se reportó otro caso de embarazo gemelar, a las 29 SG la mujer tuvo un parto pretérmino vaginal espontáneo de dos RN a pesar de la tocólisis, los cuales pesaron 1.350 gramos y 1.000 gramos con Apgar 8 y 7, respectivamente, sin embargo, los RN tuvieron un desenlace letal. El RN 1 (femenina) murió cinco horas después del parto debido a dificultad respiratoria grave posiblemente por aspiración de meconio, sin mejoría del estado respiratorio pese a la aspiración de las vías respiratorias, la oxigenación y la corticoterapia. Mientras que, el RN 2 (masculino) murió al quinto día por infección neonatal temprana debido a la inasequibilidad de la administración de antibióticos⁶⁶.

Por consiguiente, en este documento se aborda una revisión del estudio de Arai et al⁶³, acerca del caso de una primigesta de 39 años de edad con enfermedad renal crónica estadio 5, con antecedentes de múltiples enfermedades ginecológicas. Posterior a confirmarse el embarazo, se utilizó un programa de Hemodiálisis desde el primer trimestre con una duración semanal de 36 horas para evitar la sobrecarga de volumen y la acumulación de sustancias hiperosmóticas. Finalmente, la paciente tuvo parto vaginal espontáneo exitoso a término. Por tal motivo, estos expertos sugieren la Hemodiálisis intensificada ya que puede contribuir a una mayor tasa de nacidos vivos, aun cuando se trate de mujeres en edad avanzada.

Sousa et al, en su estudio, tras la aplicación de una intervención estructurada sobre el autocuidado con Fistula, aseveran que los pacientes del grupo de intervención mostraron mejores comportamientos globales de autocuidado con la Fistula arteriovenoso que los pacientes del grupo de control (79,2% y 91,4% respectivamente) así como un mejor autocuidado tanto en el manejo de signos y síntomas (90,1% y 94,4% respectivamente) y de prevención de complicaciones (72,7% y 89,5% respectivamente)⁷⁴. En síntesis, el cuidado no solo es responsabilidad única de los profesionales de enfermería sino también de la paciente con Enfermedad renal crónica, para ayudar a evitar

complicaciones asociadas con la diálisis, como: mal funcionamiento del acceso vascular, trombosis, estenosis, infección, etc.

La Teoría de Dorothea Orem al ser llevada al entorno hospitalario, permite explorar las necesidades individuales de las pacientes y a su vez ofrecer cuidados de calidad y humanizados⁷⁵. En Irán, un estudio realizado por Rezaeean et al (2020), en concordancia con el postulado de Orem, afirman que los seres humanos tienen la capacidad de pensar, razonar y asumir responsabilidades, y pueden cuidar de sí mismos y tener un desempeño aceptable. Como resultado, las madres con riesgo de parto prematuro se consideran agentes de autocuidado y agentes de cuidado dependiente de su feto para promover conductas de autocuidado⁵².

Avelyn⁷⁶ investigó la relación entre las prácticas de autocuidado prenatal durante el embarazo y los resultados del parto entre 80 madres jóvenes de 16 a 24 años en el Hospital de Maternidad de Gweru en Zimbabue y encontró que el autocuidado durante el embarazo basado en la Teoría de Orem aumenta la duración del embarazo y reduce el trabajo de parto prematuro.

5. CONCLUSIONES

- Este estudio analizó el caso clínico de una paciente obstétrica con Enfermedad Renal Crónica, previa aceptación por parte del Departamento de Docencia e Investigación de Hospital Teófilo Dávila. Motivadas por mejorar la atención de enfermería como un recurso indispensable para mejorar la satisfacción con la vida de las pacientes en Hemodiálisis.
- La enfermedad independientemente del estadio se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos y fetales adversos, tales como: el empeoramiento de la función renal materna, de la proteinuria y de la Hipertensión arterial, preeclampsia, así como el parto prematuro, la restricción del crecimiento fetal, entre otras complicaciones materno-fetales.
- La Teoría de Dorothea Orem presentada en este estudio de caso, permitió promover conductas de autocuidado en la paciente con Enfermedad Renal Crónica, la cual además orienta las intervenciones de enfermería y sirve como apoyo a la gestión de enfermería en el entorno hospitalario.
- Para concluir, en el Proceso de atención de enfermería, los profesionales de enfermería que atienden a pacientes gestantes con Enfermedad renal crónica, se proyectan principalmente en: prevenir o retrasar la progresión de la patología; promover el bienestar físico y psicosocial; así como también controlar las complicaciones del tratamiento y finalmente; identificar las necesidades de las pacientes para elaborar planes de alta apropiados que pueden incluir actividades educativas.

6. RECOMENDACIONES

- Se debe informar a las pacientes con Enfermedad renal crónica que su estado de embarazo puede empeorar la evolución de su enfermedad y cómo la función renal reducida puede afectar negativamente su cuadro clínico.
- A través de un equipo multidisciplinario, aprovechando los recursos del hospital se puede educar a las pacientes con Enfermedad renal crónica sobre la dieta baja en sal y alimentos que contengan potasio y proteínas para retrasar la progresión de la enfermedad.
- Los resultados han demostrado que promover el autocuidado basado en la teoría de Orem puede mejorar la calidad de vida de las pacientes gestantes con Enfermedad renal crónica. Por lo tanto, se recomienda a los estudiantes de enfermería de pregrado y profesionales de enfermería, aplicar esta teoría en los diferentes niveles de atención de salud.
- Fomentar la integridad de la familiar, teniendo en cuenta que la enseñanza a los padres del RN prematuro es vital para la transición exitosa del hospital al hogar. Por lo tanto, cuando los enfermeros/as al alta hospitalaria son conscientes de las dificultades que los padres y el neonato pueden enfrentar en el hogar, su enseñanza se puede adaptar para satisfacer las necesidades específicas de estos Recién Nacido vulnerables y complicados.
- Por último, se recomienda que investigaciones futuras aborden las complicaciones en los Recién Nacido de pacientes con Enfermedad renal crónica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad crónica del riñón. [Online].; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. ASUNTO: SITUACIÓN ACTUAL DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN EL ECUADOR. Informe Técnico: DNCE-0070-2022. Quito., Dirección Nacional de Centros Especializados; 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/06/INFORME-DNCE-070-TRR-INFORMACION-PARA-EL-CDC-signed-signed-signed.pdf>
3. Ammirati A. Chronic Kidney Disease. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992). 2020; 66((Suppl 1)): p. s03–s09. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31939529/>
4. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. [Online].; 2015 [cited 2022 Noviembre 9. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.
5. Kovesdy C. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney international supplements. 2022; 12(1): p. 7–11. Disponible en: [https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716\(21\)00066-6/fulltext](https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716(21)00066-6/fulltext)
6. Foreman K, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40

- for 195 countries and territories. Lancet (London, England). 2018 Nov 10; 392((10159)): p. 2052–2090. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6227505/>
7. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. The Lancet. 2020 February 13; 395(ISSUE 10225): p. 662-664. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32977-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32977-0/fulltext)
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Programa Nacional de Salud Renal. Informe Técnico. Quito: Viceministerio de Atención Integral en Salud, Dirección Nacional de Centros Especializados; 2015. Disponible en https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf
9. Ministerio de Salud Pública. Principales causas de morbilidad 2016. [Online].; 2016 [cited 2022 Noviembre 10. Disponible en: https://public.tableau.com/app/profile/darwin5248/viz/egresosycamas_2016/Historia1?publish=yes.
10. Ministerio de Salud Pública. Perfil de Mortalidad por sexo 2016. [Online].; 2016 [cited 2022 Noviembre 10. Disponible en: <https://public.tableau.com/app/profile/darwin5248/viz/defunciones2016/Historia1?publish=yes>.
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2021. Informe Técnico. Quito, Ecuador;; 2022. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Poblacion_y_Demografia/

Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf

12. Maule S, Ashworth D, Blakey H, Osafo C, Moturi M, Chappell L, et al. CKD and Pregnancy Outcomes in Africa: A Narrative Review. *Kidney International Reports*. 2020 August; 5(8): p. 1342-1349. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Online].; 2019 [cited 2022 Noviembre 10. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
14. Piccoli G, Zakharova E, Attini R, Ibarra-Hernandez M, Orozco-Guillien A,AM, Liu Z, et al. Pregnancy in Chronic Kidney Disease: Need for Higher Awareness. A Pragmatic Review Focused on What Could Be Improved in the Different CKD Stages and Phases. *Journal of Clinical Medicine*. 2018 Nov 5; 7(11): p. 415. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468024920312778>
15. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estadísticas de Defunciones Generales en el Ecuador. Informe Técnico. Quito, Ecuador.; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2019/Presentacion_EDG%20_2019.pdf
16. Paez-Suárez M, Escalona-González S, Ricardo-Paez B. Asociación entre enfermedad renal crónica y embarazo. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2021; 50(1). Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1516/1022#:~:text=Dura>
n

te%20la%20gestaci%C3%B3n%20ocurren%20cambios,la%20vida%20materna%20y%20fetal

17. Rodríguez-Martínez R. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. *Revista Cubana de Enfermería*. 2012; 28(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/121/29>
18. Shojaee-Shad F, Rahnama M, Abdollahimohammad A, Ahmadi-Dareh S. An Investigation Into the Impact of Orem's Self-Care Program on Life Satisfaction in Hemodialysis Patients: A Clinical Trial Study. *Medical - Surgical Nursing Journal*. 2019 February 19; 7(4). Disponible en: <https://brieflands.com/articles/msnj-88795.html>
19. Romagnani P, Remuzzi G, Glassock R, Levin A, Jager K, Tonelli M, et al. Chronic kidney disease. *Nature reviews. Disease primers*. 2017; 3(17088). Disponible en: <https://brieflands.com/articles/msnj-88795.html>
20. Vaidya S, Aeddula N. Chronic Renal Failure. In [Internet] S...: Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>
21. Wiles K, Chappell L, Clark K, Elman L, Hall M, Lightstone L, et al. Clinical practice guideline on pregnancy and renal disease. *BMC Nephrology*. 2019; 20(401). Disponible en: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-019-1560-2>
22. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden

of Disease Study 2017. Lancet (London, England). 2020 Feb 29; 395((10225)): p. 709–733. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061315/>

23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de práctica clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2018. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevension_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf
24. Torres I, Sippy R, Bardosh K, Bhargava R, Lotto-Batista M, Bideaux A, et al. Chronic kidney disease in Ecuador: An epidemiological and health system analysis of an emerging public health crisis. PLoS ONE. 2022; 17(1). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265395>
25. Al Khalaf S, O'Reilly É, McCarthy F, Kublickas M, Kublickiene K, Khashan A. Pregnancy outcomes in women with chronic kidney disease and chronic hypertension: a National cohort study. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2021 April 02; 225(3): p. e1-20. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)00225-8/fulltext#articleInformation](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)00225-8/fulltext#articleInformation)
26. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Segunda Edición ed. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE2.pdf>
27. Laville M, Rognant N. [Natural course of chronic kidney disease]. La Revue du praticien. 2012; 62(1): p. 30-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22335063/#:~:text=The%20natural%20history%20of%20chronic,of%20the%20primary%20renal%20disease>

28. Olvera-Navas V, Sánchez-Beltrán M, Muñoz-Arellano D, Becerra-Gálvez A, Reynoso-Erazo L. Reducción de estrés en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Primera Edición ed. México: Qartuppi; 2021. Disponible en: <http://qartuppi.com/2021/RENAL.pdf>
29. Chen T, Knicely D, Grams M. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. JAMA. 2019 Oct 1; 322(13): p. 1294–1304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31573641/>
30. Orozco R. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). Revista Médica Clínica Las Condes. 2010; 21(5): p. 779-789. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-tratamiento-enfermedad-renal-cronica-S0716864010706003>
31. Hui D, Hladunewich M. Chronic Kidney Disease and Pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2019; 133(6): p. 1182–1194. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31135733/>
32. Pillajo-Sánchez B, Guacho-Guacho J, Moya-Guerrero I. La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. Revista Colombiana de Nefrología. 2021; 8(3). Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/396/935>
33. Boletín BIREME/OPS/OMS. Boletín BIREME N° 66. Día Mundial del Riñón 2022: HEARTS en las Américas y Salud Renal para Todos. [Online].; 2022 [cited 2022 Noviembre 12]. Disponible en: <https://boletin.bireme.org/2022/03/24/dia-mundial-del-rinon-2022-hearts-en-las-americas-y-salud-renal-para-todos/>.

34. Webster P, Lightstone L, McKay D, Josephson M. Pregnancy in chronic kidney disease and kidney transplantation. *Kidney international*. 2017 May; 91(5): p. 1047–1056. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28209334/>
35. World Health Organization. Maternal mortality. WHO/RHR/19.20, Department of Reproductive Health and Research; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf>
36. Abd-ElHafeez S, Bolignano D, D'Arrigo G, Dounousi E, Tripepi G, Zoccali C. Prevalence and burden of chronic kidney disease among the general population and high-risk groups in Africa: a systematic review. *BMJ Open*. 2018; 8(e015069): p. 1-32. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/1/e015069.full.pdf>
37. Suriyong P, Ruengorn C, Shayakul C, Anantachoti P, Kanjanarat P. Prevalence of chronic kidney disease stages 3-5 in low- and middle-income countries in Asia: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2022; 17(2): p. e0264393. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8880400/>
38. Wiles K, Webster P, Seed P, Bennett-Richards K, Bramham K, Brunskill N, et al. The impact of chronic kidney disease Stages 3–5 on pregnancy outcomes. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2021 Nov; 36(11): p. 2008–2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8577624/>
39. Kaul A, Bhaduarua D, Pradhan M, Sharma R, Prasad N, Gupta A. Pregnancy Check Point for Diagnosis of CKD in Developing Countries. *Journal of obstetrics and gynaecology of India*. 2018; 68(6): p. 440-446. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207537/>

40. Rico-Landazábal A, Perea D, Garizabalo O, Sanabria M, Vesga J, Vesga I, et al. Programa de prevención de la enfermedad renal crónica basado en redes integradas de servicios en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2017; 19(2): p. 171-176. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n2/0124-0064-rsap-19-02-00171.pdf>
41. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Boletín Técnico Camas y Egresos Hospitalarios. Quito, Ecuador;; 2021. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2020/Bolet%C3%ADn%20t%C3%A9cnico%20ECEH_2020.pdf
42. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Revista de Estadística y Metodologías. Quito, Ecuador;; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Revista_Estadistica/Revista_Estadistica_Metodologia-Vol-5.pdf
43. Ministerio de Salud Pública (MSP). Gaceta de Muerte Materna SE 14. Quito, Ecuador;; 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf
44. Fitzpatrick A, Mohammadi F, Jesudason S. Managing pregnancy in chronic kidney disease: improving outcomes for mother and baby. *International Journal of Women's Health*. 2016 July; 2016(8): p. 273-285. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=31369>
45. Cueto-Manzano A, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez H, Márquez-Herrera R. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017 Marzo; 55(2):

p. 134-142. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457755436005/html/>

46. Murdeshwar H, F A. Hemodialysis Publishing S, editor. Treasure Island (FL); 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563296/>
47. Gligor L, Domnariu C. Patient Care Approach Using Nursing Theories - Comparative Analysis of Orem's Self-Care Deficit Theory and Henderson's Model. ACTA MEDICA TRANSILVANICA. 2020 Aug; 25(2): p. 11-14. Disponible en: <https://sciendo.com/article/10.2478/amtsb-2020-0019>
48. Raile-Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería. In Berbiglia V, Banfield B. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Octava Edición ed.: Elsevier; 2015. p. 232-248. Disponible en:
49. Nurseslab. Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory. [Online].; 2021 [cited 2022 Noviembre 15. Disponible en: <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>.
50. Rosman J, Eriksson J, Martinell M, Lindholm-Olinder LJ. Individual goal-based plan based on nursing theory for adults with type 2 diabetes and self-care deficits: a study protocol of a randomised controlled trial. BMJ Open. 2022; 12(e053955). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/3/e053955.full.pdf>
51. Hellqvist C. Promoting Self-Care in Nursing Encounters with Persons Affected by Long-Term Conditions—A Proposed Model to Guide Clinical Care. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 February; 18(5). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2223/htm>

52. Rezaeean S, Abedian Z, Latifnejad-Roudsari R, Mazloun S, Abbasi Z. The Effect of Prenatal Self-Care Based on Orem's Theory on Preterm Birth Occurrence in Women at Risk for Preterm Birth. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020 May-Jun; 25(3): p. 242-248. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7299423/#ref31>
53. Ministerio de Salud Pública. Hospital Teófilo Dávila atendió a más de 95 mil pacientes en lo que va de 2022. [Online].; 2022 [cited 2023 Enero 20. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/hospital-teofilo-davila-atendio-a-mas-de-95-mil-pacientes-en-lo-que-va-de-2022/>.
54. Cope D. Case Study Research Methodology in Nursing Research. Oncology nursing forum. 2015; 42(6): p. 681 - 682. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26488836/>
55. Das N, Sil A. Evolution of Ethics in Clinical Research and Ethics Committee. Indian Journal of Dermatology. 2017; 62(4): p. 373 - 379. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5527717/>
56. OMS, OPS y BIREME. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). [Online].; 2023. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.
57. Huaman-Carhuas L, Gutiérrez-Crespo H. Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Enfermería Nefrológica. 2021 Abril 26; 24(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000100007

58. Pessoa N, Lima L, Santos G, Frazão C, Sousa C, Ramos V. Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*. 2020 July 10; 7(3): p. 369-377. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220300880#bib5>
59. Aty-Farag-Taalab A, Aly-Kassem I, Mohamed-Gamal A, Soliman-Ashour E. Dependent Care: Applying Orem Self-Care Theory. *Menoufia Nursing Journal*. 2021 Nov; 6(2): p. 155 -170. Disponible en: https://menj.journals.ekb.eg/article_225860_a4336a61e7e0413bcea443a227a8435c.pdf
60. Hladunewich M, Melamed N, Bramham K. Pregnancy across the spectrum of chronic kidney disease. *Kidney International*. 2016 May; 89(5): p. 995 - 1007. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253816002994>
61. Shaikh H, Hashmi M, Aeddula N. Anemia Of Chronic Renal Disease [Internet] S, editor. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539871/#:~:text=Anemia%20of%20chronic%20renal%20disease%2C%20also%20known%20as%20anemia%20of,confers%20an%20increased%20mortality%20risk.>
62. Villacrés-Herrera A, Villacrés-Herrera L, Saltos-Gutiérrez L, Cherres-Pacheco J. Preeclampsia y bajo peso al nacer. *RECIAMUC*. 2023. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/1006/1480/>
63. Arai H, Mori K, Yokoi H, Mizuta K, Ogura , Suginami KET, et al. Intensified hemodialysis for complicated pregnancy in a primigravida with advanced maternal age: a case report with literature review focusing on appropriate hemodialysis management during pregnancy. *Renal Replacement Therapy*. 2020; 6(47).

Disponible en: <https://rrtjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41100-020-00296-7#citeas>

64. Matsuo N, Nakayama Y, Inoue H, Izumi Y, Mukoyama M. Successful full-term delivery in a patient with maintenance hemodialysis using natriuretic peptides as volume markers without X-ray examination: a case report and literature review. *Renal Replacement Therapy*. 2019 August 13; 5(32). Disponible en: <https://rrtjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41100-019-0227-6#citeas>
65. Alix P, Brunner F, Jolivot A, Doret M, Juillard L. Twin pregnancy in a patient on chronic haemodialysis who already had three pregnancies. *Journal of Nephrology*. 2019 June; 32(3): p. 487–490. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30478508/>
66. Maimouna M, Fouda H, FV N, Nono A, Mekone I, Mbala P, et al. Spontaneous Twin Pregnancy: A Challenging and Exceptional Scenario in a Patient on Maintenance Hemodialysis in Sub-Saharan Africa. *Case Reports in Nephrology and Dialysis*. 2022 June; 12(2): p. 90–95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9247437/>
67. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica. [Online].; 2015 [cited 2023 Marzo. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>.
68. Dvořák J, Koucký M, Jančová E, Mysliveček M, Tesař V, Pařízek A. Chronic kidney disease and pregnancy outcomes. *Scientific Reports*. 2021;(11). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-00670-3#citeas>

69. Fitzpatrick A, Mohammadi F, Jesudason S. Managing pregnancy in chronic kidney disease: improving outcomes for mother and baby. *International Journal of Women's Health*. 2016 Jul 14; 8: p. 273-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948734/>
70. Goldstein R, Malcolm W. Care of the Neonatal Intensive Care Unit Graduate after Discharge. *Pediatric clinics of North America*. 2019; 66(2): p. 489–508. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819350/>
71. Rivera-Caravaca J, Carrión-Martínez A. MORBIMORTALIDAD EN HEMODIÁLISIS EN FUNCIÓN DEL ACCESO VASCULAR. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *Revista Científica de Enfermería*. 2015 Mayo; 10: p. 1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5545360.pdf>
72. Muñoz-Medina C, Mendoza-Rondón K, Orozco-Rodríguez I. Características clínicas y epidemiológicas de fistulas arteriovenosas, de pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5, ciudad Bolívar-Venezuela. *Revista SCientífica*. 2017; 15(2). Disponible en: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542017000200003&lng=es&nrm=iso
73. Ghadam M, Poorgholami F, Badiyepymaie-Jahromi Z, Parandavar N, Kalani N, Rahmanian E. Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire). *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954909/>
74. Sousa C, Paquete A, P T, Pinto C, Dias V, Ribeiro O, et al. Investigating the Effect of a Structured Intervention on the Development of Self-Care Behaviors With

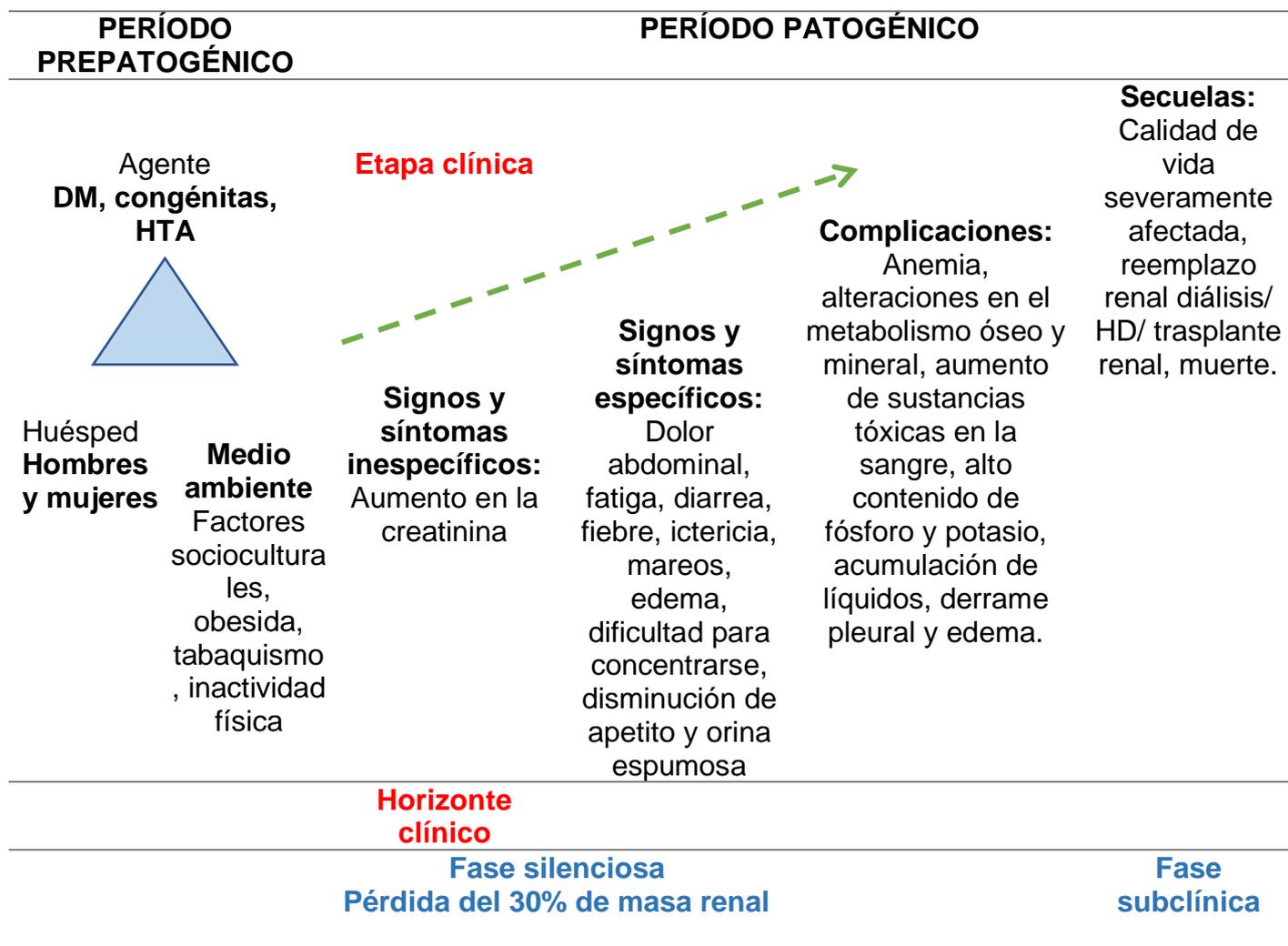
Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. *Clinical Nursing Research*. 2021; 30(6): p. 866-874. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1054773820974834>

75. Andrade-Santana M, Guerreiro-Vieira da Silva D, Echevarría-Guanilo M, Rozza-Lopes S, Juceli-Romanoski P, Willrich-Böell J. Autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020; 41(e20190220). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/QhQmcQNhLs7VNQ3X9fFrRWS/?format=pdf&lang=es>

76. Averlyn G. The Relationship Between Prenatal Self-care Practices During Pregnancy and Birth Outcomes Among Young Mothers Aged 16 to 24 Years Delivering at Gweru Maternity Hospital. Zimbabwe, África:, Dissertation. University of Zimbabwe; 2014. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/THE-RELATIONSHIP-BETWEEN-PRENATAL-SELF-CARE-DURING-Avelyn/c236725210e92e49ab155c5b19c582c0bfc6efa4?sort=relevance&pdf=true>

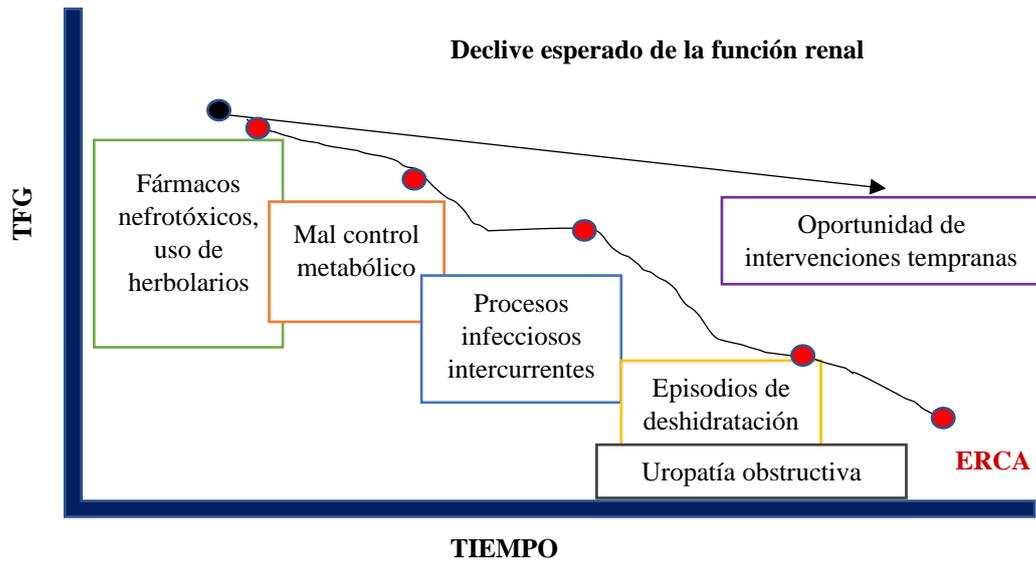
8. ANEXO FIGURAS

FIGURA N.º 1 HISTORIA NATURAL DE LA ERC ²⁸



Evolución de la ERC considerando el periodo prepatogénico y patogénico

FIGURA N.º 2 FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA ERC ²³



El eje vertical señala la TFG y el eje horizontal el tiempo asociado a la edad del paciente diagnosticado con ERC. TFG: tasa de filtrado glomerular. ERCA: Enfermedad Renal Crónica Avanzada.

**FIGURA N.º 3 SOLICITUD PARA ESTUDIO DE CASO POR ESTUDIANTES DE
PREGRADO A COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**

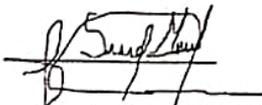
Machala 27 /10/2022

Señora Licenciada
Sara Margarita Saraguro Salinas
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
Presente.

De mis consideraciones.

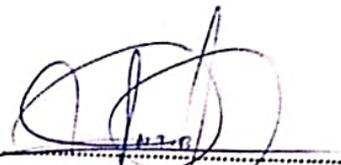
Yo, **Sady Lizeth Medina Suárez** con C.I. 0705994754 y **Nathaly Alexandra Toalongo Bueno** con C.I. 0707052882 alumnos del octavo semestre paralelo "C" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, mediante el presente nos dirigimos a Ud., y por su intermedio a quien corresponda, se nos autorice la obtención de datos estadísticos e historia clínica, para la elaboración de un análisis de caso, como requisito para mi titulación con el tema "**Cuidado de gestante con Insuficiencia renal crónica: perspectiva desde la teoría de autocuidado**" para lo cual necesitamos recopilar información del paciente H.C: 222-623 con diagnóstico "Insuficiencia renal más Presión arterial, Sífilis y Anemia leve" atendida en el Hospital Teófilo Dávila. Por la atención que brinde a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente.



C.I: 0705994754

email: smedina2@utmachala.edu.ec



C.I: 0707052882

email: ntoalongo1@utmachala.edu.ec

FIGURA N.º 4 SOLICITUD PARA ESTUDIO DE CASO DESDE LA COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA A COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA (MACHALA)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

Calidad. Pertinencia y Calidez

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ARRERA:

CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio nro. UTMACH-FCQS-CCEE-2022-371-OF-TT

Machala, 31 octubre del 2022

Doctora
Genesis Salinas Vaca.
Doctora
María Del Cisne Quizhpe.
Coordinador de Docencia - Investigación Hospital Teófilo Dávila
Presente. -

De mi consideración:

Con atentos saludos, y deseándole muchos éxitos en sus funciones por medio del presente solicito a usted, muy comedidamente, se autorice a quien corresponda, el permiso respectivo a los estudiantes: Sady Medina Suarez y Nathaly Toalongo Bueno del 8vo semestre "C" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información a través de datos estadísticos e historias clínicas para la elaboración de un análisis de caso, requisito para el proceso de Titulación con el tema: "CUIDADO DE GESTANTE CON INSUFICIENCIA RENAL: PRESPECTIVA DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO" misma que se requiere recopilar la información de la HC: 222-623

Por la atención que le dé a la presente, le reitero mi agradecimiento

Atentamente

SARA
MARGARITA
SARAGURO
SALINAS

Firmado digitalmente por
SARA MARGARITA
SARAGURO SALINAS
Fecha: 2022.10.31
15:58:25 -05'00'

Lcda. Sara Margarita Saraguro Salinas, Mgs
Coordinadora -Carrera de Enfermería
SS/Sara S.

Suam Pablo
10/11/2022
15:11

FIGURA N.º 5 APROBACIÓN PARA ESTUDIO DE CASO POR EL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA (MACHALA)



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 7 – Salud
Hospital General Teófilo Dávila
Dirección Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-DAS-2022-2175-M

Machala, 28 de noviembre de 2022

PARA: Lcda Sara Margarita Saraguro Salinas

Sr. Ing. Alex Arturo Borbor Morales
Analista de Admisiones / Responsable de Admisiones

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE EL "CUIDADO DE GESTANTE CON INSUFICIENCIA RENAL: PERSPECTIVA DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO"

De mi consideración:

Saludo cordial, en atención al Oficio No.UTMACH-FCQS-CCEE-2022-371-OF-TT, suscrito por la coordinadora de la carrera de enfermería e ingresado por ventanilla única, con memorando No. MSP-CZ7-HTD-VU-2022-1398-E, en la que solicita autorización para la revisión de la historia clínica N° 222-623, a las estudiantes del octavo semestre, paralelo "C", de la carrera de enfermería, de la Universidad Técnica de Machala:

ESTUDIANTE	CEDULA	CELULAR
MEDINA SUAREZ SADY LIZETH	0705994754	0999401849
TOALONGO BUENO NATHALY ALEXANDRA	0707052882	0982843054

Luego del análisis por el Departamento de Docencia e Investigación, mencionadas estudiantes realizarán la elaboración del análisis de caso clínico sobre el "CUIDADO DE GESTANTE CON INSUFICIENCIA RENAL: PERSPECTIVA DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO"

Ante lo expuesto, se autoriza a las estudiantes de enfermería realizar dicho análisis, y solicito de la manera más comedida al responsable del área de Admisiones del Hospital General Teófilo Dávila, dar la apertura, brindar la información y permitir la recolección de datos de dicho expediente a las estudiantes que se comprometen en resguardar siempre la confidencialidad de los mismos, para la elaboración del análisis de caso clínico, como parte fundamental en el proceso de titulación para la obtención del grado de licenciada en enfermería.

Cabe mencionar que dicho estudio no involucra el manejo de muestras biológicas, y tampoco utiliza financiamiento de entidades públicas.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Dirección: Buenavista y Boyacá. Código Postal: 070205 / Machala - Ecuador
Teléfono: 593-7-3701-780 – Ext 7474 - www.htdeloro.gob.ec

firmado electrónicamente por Cupur



1/2

9. ANEXO TABLAS

TABLA N°1. NIVELES DE PREVENCIÓN DE LA IRC ²⁸

Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
<ul style="list-style-type: none"> • Control de la glucosa en sangre. • Control tensión arterial (TA). • Alimentación saludable. • Control de peso corporal. • Incremento de actividad física. • Evitar consumo de sustancias nocivas (alcohol, tabaco, drogas). • Medir el nivel de creatinina. • Control de DM e HTA. 	<p>Diagnóstico precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico • Exámenes de laboratorio: pruebas de función renal, electrolitos, ácido úrico, estudios de imagenología, química sanguínea. <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina. • Diuréticos. • Manejo de la HTA. • Manejo del nivel de proteinuria. • Manejo del sobrepeso y obesidad. • Manejo de la hiperglicemia. • Manejo de la hiperlipidemia. • Manejo de la hiperuricemia. • El potasio sérico y creatinina debe ser monitoreada una vez por semana. • Restricción de fosfato en la dieta. • Terapia de reemplazo de diálisis, HD, trasplante. 	<p>Limitaciones del daño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguir control de la HTA. • Dieta hipoproteica. • Cumplir el tratamiento farmacológico. • Diálisis / HD / trasplante renal. <p>Rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en estilo de vida • Ayuda psicológica.

TABLA N.º 2 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA ERC ⁴⁵

Estadio	Definiciones	TFG (mL/min/1.73m²)
1	Presencia de lesión renal con TFG normal o elevada	≥ 90
2	Presencia de lesión renal con reducción ligera de la TFG	60-89
3	Reducción moderada de la TFG	30-59
4	Reducción grave de la TFG	15-29
5	Enfermedad renal en fase terminal	< 15

TFG = Tasa de filtración glomerular

TABLA N.º 3 RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha						Rango de referencia
	08/07/2022	08/08/2022	21/08/2022	22/08/2022	23/08/2022	26/08/022	
TGO	112.8	22.6	24.6	40.9	81.5	29	10 - 40 U/L
TGP	174.1	28.3	16.1	12.4	24.4	32	10 - 41 U/L
Hemoglobina	10.6	10.9	11.6	11.6	10.1	11.8	13.7 - 17.5 g/dL
Hematocrito	31.2	32.2	33.9	33.7	29.6	34	40.0 – 54.0 %
Leucocitos	8.97	7.25	7.74	20.42	17.35	13.23	4.23 – 9.07 - x10 ³ /UL
Plaquetas	172.000	179.000	166.000	170.000	165.000	210.000	163-337 x10 ³ /UL
Glucosa	129	100	77	89	93	95	70-110 mg/dL
Urea	16.7	99.9	30	60.3	41.7	33	17-49 mg/dL
Creatinina	2.27	6.56	3.81	5.84	4.12	3.88	0.70-1.20 mg/dL
Albúmina	3.74	3.18	3.35	4.10	3.12	3.90	3.50-5.20 g/dL
Ácido úrico	1.60	6.80	3.60	4.30	3.56	2.60	2.4 -5.7 mg/dL
Proteína total	7.54	6.37	6.72	8.08	6.21	6.87	6.40-8.30 g/dL
Bilirrubina Total	0.77	0.83	0.68	0.75	0.84	0.76	0.00-1.20 mg/dL
Bilirrubina Directa	0.34	0.25	0.27	0.29	0.30	0.28	0.00-0.30 mg/dL
Bilirrubina Indirecta	0.40	0.43	0.41	0.55	0.49	0.52	0.00-0.70 mg/dL
VIH	VDRL	No reactivo					
Observación: Los parámetros alterados se encuentran resaltados con color amarillo.							

TABLA N.º 4 INFORME DE ULTRASONIDO OBSTÉTRICO

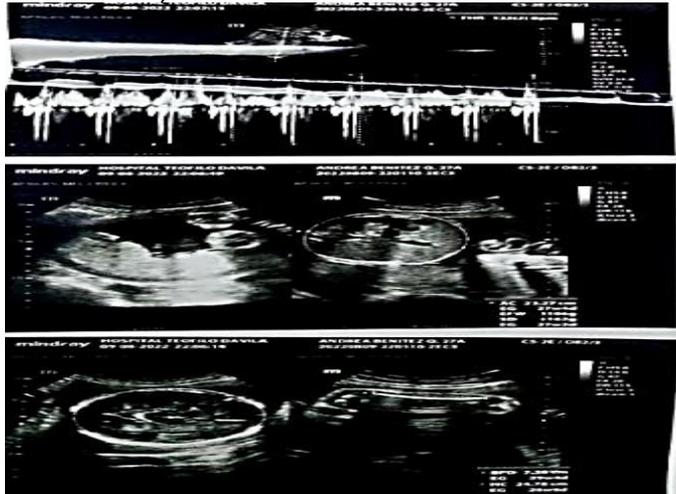
	14/07/2022	09/08/2022
ÚTERO	Gestante con movimientos positivos, feto 1, presentación cefálica, dorso a la izquierda.	Gestante con movimientos positivos, feto 1, presentación cefálica, dorso a la derecha.
BIOMETRÍA FETAL		
DPB	59.3 mm	73.6 mm
AC	192.0 mm	232.7 mm
FL	44.1 mm	51.6 mm
PESO APROXIMADO:	664 gramos	1106 gramos (± 162 gramos)
LATIDO CARDIACO	145 lpm	132 lpm
PLACENTA	Fúndica posterior, de buena implantación, grado 0 de maduración.	Fúndica posterior, de buena implantación, grado 0 de maduración, de 3 cm de grosor.
CORDÓN UMBILICAL	2 arterias y 1 vena	2 arterias y 1 vena
ILA	14.0 cm (Normal)	16.72 cm (Normal)
CERVIX	52 x 34 mm (Competente)	50 x 28 mm (Competente)
CONCLUSIÓN	Embarazo gestacional de 24 semanas 0 días (± 2 semanas)	Embarazo gestacional de 27 semanas 2 días (± 2 semanas)
		

TABLA N.º 5 INFORME DE ULTRASONIDO DE PARTES BLANDAS DE REGIÓN HIPOGASTRIO

Fecha: 24/08/2022	Región de Herida Quirúrgica
Piel	Normal
Tejido Celular subcutáneo	Presencia de imagen hipocogénica ovalada de bordes definidos que mide: 57 x 52 x 52 mm, al Doppler color sin vascularidad.
Capa muscular	Normal
Conclusión	Hematoma

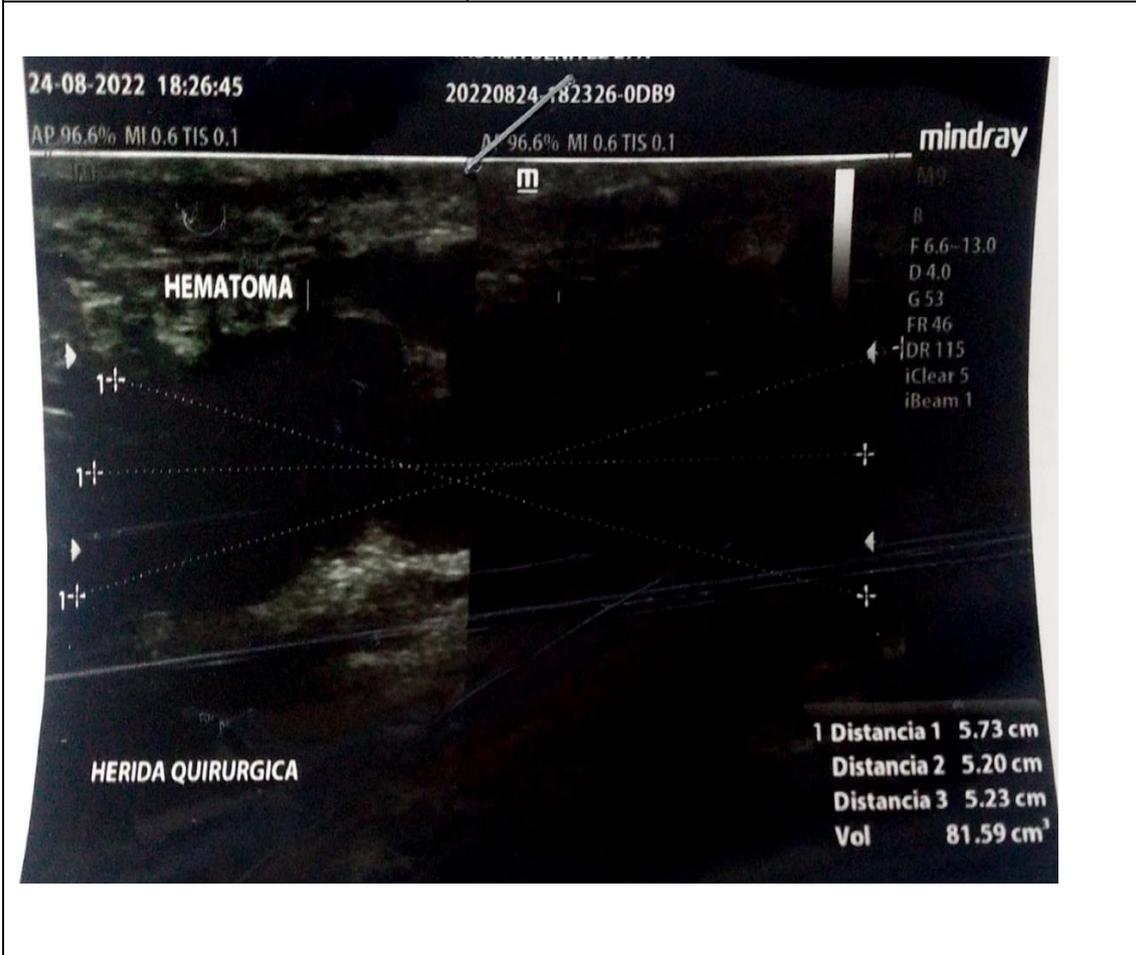


TABLA N.º 6 RESUMEN DEL TRATAMIENTO MÉDICO

NOTAS DE EVOLUCIÓN	PRESCRIPCIONES
INGRESO AL HOSPITAL	<p>08/07/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alfametildopa 250mg vía oral cada 12 horas. • Atenolol 50 mg vía oral cada día. • Nifedipino 30 mg vía oral cada 8 horas. • Ácido fólico 5 mg vía oral cada día. • Alopurinol 300 mg vía oral cada 48 horas. • Calcitriol 0.5 mg vía oral cada 48 horas. • Carbonato de calcio 500 mg vía oral cada 12 horas. • Complejo B 1 tableta vía oral cada día. • Eritropoyetina 2000 UI vía SC cada día. • Claricort 1 tableta vía oral cada 12 horas. • Repetir Biometría Hemática y perfil toxémico <p>10/07/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierro sacarato 200 mg diluido en Cloruro de Sodio 0.9% IV pasar en 2 horas (martes, jueves y viernes). <p>20/08/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidralazina 5mg IV STAT debido a cefalea de gran intensidad con TA= 160/100 mmHg.
PRE-QUIRÚRGICO	<p>21-08-2022 (16H00)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada por vía oral (NPO) • Control de signos vitales. • Control de AFU. • Preparar campo operatorio para Cesárea. • Parte operatorio y consentimiento informado firmado por paciente. • Cloruro de Sodio al 0.9% 250 ml IV a 30 ml/h. • 2 ampollas de Cefazolina IV STAT. • Comunicar a Nefrología. • Comunicar a Anestesiología. • Pase a Quirófano.
TRANSOPERATORIO	<p>21/08/2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml + Tramadol 200 mg + Metoclopramida 20 mg + Metamizol 2 gr IV a 16 ml/hora.
POST-QUIRURGICO INMEDIATO	<p>21/08/2022 (17H11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • NPO por 6 horas. • Controlar signos vitales cada 15 minutos por 2 horas. • Control de loquios – AFU cada 15 minutos por 2 horas. • Masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas. • Valorar Score mama. • Ducha vulvar cada 8 horas. • Cloruro de Sodio al 0.9% 100 ml + 20 UI de oxitocina IV a 10 gotas por minuto. • Metamizol 1 ampolla IV cada 8 horas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 1 gr IV cada 8 horas. • Cefazolina 1 gr IV cada 8 horas.
<p>POST-QUIRURGICO MEDIATO</p> <p>ALTA POR UCI</p>	<p>23/08/2022</p> <p>MONITOREO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo hemodinámico + oximetría continua. • Control de Glasgow y pupilas cada hora. • Balance hídrico diario y acumulado. • Glicemias cada 8 horas. • Diuresis horaria. • Control de Score Mama. <p>CUIDADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de vías y abordajes. • Cabecera elevada de 30-45 ° • Baño diario con clorhexidina 2% QD. • Medidas antiescaras /antitrombóticas. • Cambios de posición cada 2 horas estricto. • Control de loquios y altura de fondo uterino cada 4 horas. <p>INFUSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restricción hídrica • Morfina 20 mg + Cloruro de Sodio 0.9% administrar 3 ml IV PRN. <p>MEDICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nifedipino 30 mg vía oral cada 6 horas. • Doxazocina 8 mg vía oral cada 8 horas. • Losartán 100 mg vía oral cada día.
<p>GINECOLOGÍA</p>	<p>24/08/2022 (07H00)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eco de partes blandas para descartar hematoma de pared. • NPO hasta revisar Eco a partir de la 13H00. • Control de signos vitales cada 4 horas. • Control de AFU y loquios. • Cefazolina 1 gr IV cada 8 horas. • Nifedipino 30 mg vía oral cada 6 horas. • Losartán 100 mg vía oral cada día. • Doxazocina 8 mg vía oral cada 8 horas. • Ácido fólico 5 mg vía oral cada día. • Alopurinol 300 mg vía oral cada 48 horas. • Calcitriol 0.5 mg vía oral cada 48 horas. • Simvastatina 20 mg vía oral cada 48 horas. • Bicarbonato de Sodio 500 mg vía oral cada 12 horas. • Complejo B 1 tableta vía oral cada día. • Vitamina C 1 gr vía oral cada día. • Eritropoyetina 2000 UI (lunes, miércoles y viernes). • Atenolol 50 mg vía oral cada día. • Magaldrato + Simeticona 20 ml vía oral cada 8 horas.
<p>ALTA MÉDICA</p>	<p>02/09/2022</p>

TABLA N.º 7 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés		Clase 2. Respuestas de afrontamiento: Procesos de gestión del estrés del entorno.		
DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC	EVALUACIÓN ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO:
<p>Ansiedad (00146) R/C Preocupación por la evolución de su enfermedad y el estado de salud de su RN</p> <p>M/P Síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos</p>	<p>Escucha activa (4920)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación • Favorecer la expresión de sentimientos. <p>Disminución de la ansiedad (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 	<p>Nivel de ansiedad (1211)</p> <p>[121108] Irritabilidad [121106] Tensión muscular [121129] Trastorno del sueño</p> <p>Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <p>[140207] Utiliza técnicas de relajación para reducir 1a ansiedad. [140208] Refiere disminución de la duración de los episodios.</p>	<p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.</p>	<p>Mantener a: 9 Aumentar a: 14</p> <p>Mantener a: 5 Aumentar a: 9</p>

OBSERVACIONES: La paciente refirió sentirse preocupada por su condición de salud debido a la HTA y ERC diagnosticada desde hace 8 años. Posterior al parto, los síntomas de ansiedad se exacerbaron debido a la separación de su RN porque tuvieron que trasladarle al área de UCI para monitorización continua de signos vitales. Además, según los reportes de enfermería presentó irritabilidad al negarse que le realicen masajes uterinos. Después de recibir la valoración por Psicología refirió que se mantuvo colaboradora en el régimen terapéutico a seguir y que pudo dormir de forma adecuada.

TABLA N.º 8 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio 11: Seguridad / Protección	Clase 1. Infección: Respuestas del huésped tras una invasión patógena.			
DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC	EVALUACIÓN ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO:
<p>Riesgo de infección (00004)</p> <p>R/C procedimientos invasivos (FAV y cirugía: cesárea y drenaje de hematoma de pared)</p>	<p>Protección contra las infecciones (6550)</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica en búsqueda de signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Educar al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional de salud. <p>Control de infecciones (6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> Educar al paciente, familiar y personal sanitario acerca de técnica correcta del lavado de manos. Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de accesos vasculares. 	<p>Conocimiento: Control de la infección (1842)</p> <p>[184204] Signos y síntomas de infección</p> <p>[184207] Importancia de la higiene de manos.</p> <p>[184217] Importancia de la adherencia al tratamiento.</p> <p>[184226] Saber cuándo contactar a un profesional de salud.</p>	<p>1. Ningún conocimiento</p> <p>2. Conocimiento escaso</p> <p>3. Conocimiento moderado</p> <p>4. Conocimiento sustancial</p> <p>5. Conocimiento extenso</p>	<p>Mantener a: 13</p> <p>Aumentar a: 19</p>

OBSERVACIONES: Desde hace ± 8 años la paciente inició terapia dialítica por la ERC estadio 5. Las sesiones de HD se realizaban por **FAV en brazo izquierdo**. El 21 de agosto del 2022 le practicaron **Cesárea + SPB**. El 24 de agosto del 2022 le realizaron una ecografía abdominal la cual reportó **Hematoma de pared**. El 26 de agosto del 2022 le programaron la intervención quirúrgica, para drenar dicho hematoma, colocándole un dren tubular. Por los antecedentes antes descritos, se puso en práctica medidas preventivas universales para el control del riesgo de infección. De acuerdo con la normativa del MSP, en la hoja de verificación de cirugía segura, se registró la profilaxis antibiótica administrada (Cefazolina). Después de la revisión de la historia clínica de la paciente, no se evidenció que la paciente haya presentado infección del sitio quirúrgico o de la FAV.

TABLA N.º 9 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio 11: seguridad/protección		Clase 2: Lesión física: lesión o herida corporal.		
DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC	EVALUACIÓN ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO:
<p>(00046) Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>R/C Factores mecánicos: hematomas repetidos, zona de punción repetidas.</p> <p>M/P alteración de la superficie de la piel</p>	<p>(3590) Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de la zona de incisión. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). • Vigilar el color y la temperatura de la piel. <p>(3660) Cuidados de las heridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Enseñar al paciente a minimizar la tensión en la zona de la herida. 	<p>(1105) Integridad del acceso de diálisis</p> <p>[110501] Flujo de volumen de sangre a través del shunt / fístula.</p> <p>[110505] Soplo</p> <p>[110511] Coloración cutánea periférica distal.</p> <p>[110507] Hematoma local</p> <p>[110515] Hipersensibilidad local.</p>	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p> <p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>Mantener a: 10</p> <p>Aumentar a: 14</p> <p>Mantener a: 5</p> <p>Aumentar a: 10</p>
<p>OBSERVACIONES: La paciente fue sometida a un programa de HD diariamente con una duración semanal de 20 horas aproximadamente. Posterior a la cesárea, la terapia dialítica se modificó a 3 veces por semana (lunes, miércoles y viernes). Debido a la intensidad de las sesiones, la paciente refirió que su piel con el pasar del tiempo sus venas se veían abultadas y moradas. Los cuidados recomendados básicamente por el personal de enfermería eran: no permitir que le realicen extracciones de sangre o punciones; tampoco autorizar que le controlen la TA en el brazo izquierdo donde se encontraba la FAV; no utilizar prendas ajustadas, relojes o pulseras que hagan compresión; no levantar objetos muy pesados, y, por último, no dormir sobre el brazo de la FAV. Todo esto, le ha permitido mantener la integridad de la FAV durante los últimos 8 años.</p>				

TABLA N.º 10 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio Percepción Cognición	5: /	Clase 4. Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.		
DIAGNÓSTICO NANDA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC	EVALUACIÓN ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO:
<p>(00126) Conocimientos Deficientes</p> <p>R/C El proceso de la ERC durante la estancia hospitalaria para evitar complicaciones</p>	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Identificar las etiologías posibles. • Describir las posibles complicaciones crónicas. • Educar al paciente sobre las medidas para prevenir / minimizar los efectos secundarios de la enfermedad. 	<p>Autocontrol: enfermedad renal (3108)</p> <p>[310821] Sigue la dieta recomendada. [310832] Valora diariamente el soplo de la fístula.</p> <p>Conocimiento: manejo de la enfermedad renal (1857)</p> <p>[185716] Restricciones de líquidos [185719] Pruebas de laboratorio necesarias [185723] Medicación utilizada para la enfermedad renal</p> <p>Función renal (0504)</p> <p>[050427] Aumento de la creatinina [050423] Anemia [050419] Hipertensión</p>	<p>1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.</p> <p>1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</p> <p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>	<p>Mantener a: 6 Aumentar a: 10</p> <p>Mantener a: 8 Aumentar a: 13</p> <p>Mantener a: 5 Aumentar a: 12</p>

OBSERVACIONES: En un inicio, la paciente no aceptó su diagnóstico de enfermedad renal, pero, gracias al apoyo brindado por el personal de salud y su familia principalmente pudo comprender el proceso de su enfermedad y las complicaciones derivadas de su embarazo complicado. Las pruebas de laboratorio indicaron alteración de la función renal como elevación de urea y creatinina, hemoglobina baja y cifras de TA superiores a 170/100 mmHg.