



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-62**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**EN MUJER ADULTA MADURA CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**MENDEZ GONZALEZ BRYAN OMAR**

**ASESOR:**

**LIC. RICARDA ANGELICA SORCIA GUERRA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*El amor recibido y la paciencia con la que todos los días se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de este trabajo, ha sido simplemente único e inigualable.*

*Gracias a mis padres por ser los principales promotores de todos y cada uno de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, en mis metas, propósitos, anhelos a pesar de todas las cosas. Gracias a mi madre por siempre estar para mí, sin importar la hora, el día y el lugar. Te agradezco porque gracias a ti y a tu incomparable apoyo durante mi formación como profesional y en mi vida personal, esta meta se pudo cumplir. Gracias a mi padre por siempre desear y querer lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que hasta ahora han guiado mi vida.*

*Gracias a Dios por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida con la grandiosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que me aman, y a las que yo sé que amo más en mi vida, gracias a dios por permitirme tener el amor de mis padres.*

*Quiero darle las gracias a todos mis maestros que fueron participes durante el desarrollo de mi formación como un profesional, personas de gran sabiduría que en determinado momento se esforzaron por ayudarme a llegar a este punto. En especial quiero agradecer a la M.E.C. Ricarda Angélica Sorcia Guerra por compartir su conocimiento, su tiempo, sus enseñanzas, así como ser un ejemplo de excelente persona y más aún una grandiosa enfermera, gracias infinitas.*

*De igual manera quiero agradecer a todos y cada uno de mis compañeros y amigos por todo el apoyo que me demostraron y que me han demostrado hasta el día de hoy, para nunca dejar de esforzarme en mis proyectos.*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS .....	8
METODOLOGÍA.....	9
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	11
1.1 Enfermería como Profesión disciplinaria .....	11
1.2 El cuidado como objeto de estudio.....	13
1.3 Proceso de atención de enfermería .....	15
1.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE .....	18
1.5 Etapas del proceso de atención de enfermería.....	22
1.6 Insuficiencia renal crónica .....	26
1.7 Diagnóstico y tratamiento.....	29
CAPITULO II. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO .....	33
CAPITULO III. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA.....	35
3.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado .....	35
3.2Diagnósticos de enfermería. ....	39
3.3Planificación de intervenciones.....	40
3.4 Ejecución de intervenciones.....	42
3.5 Evaluación .....	46
Capitulo IV. Plan de alta .....	48
CONCLUSIÓN .....	51
REFERENCIAS.....	54
GLOSARIO .....	58
ANEXOS .....	63

## INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión que surge de la necesidad de cuidar al prójimo, es una disciplina autónoma dirigida hacia la salud, la cual tiene como objetivo el cuidado integral de la persona, familia y comunidad. El cuidado ha sido necesario desde el comienzo de la humanidad y con el tiempo ha evolucionado junto con el momento socio-histórico de la misma, dentro del cuidado se determinan puntos fundamentales como la higiene, alimentación, hábitos de sueño, actividad física, entre otros que resultan ser necesarios si se aspira a tener una larga vida y de calidad; por ello la disciplina de enfermería igualmente ha tenido que adaptarse a estas variaciones socio históricas, lo que conlleva que las necesidades de la sociedad han cambiado de igual manera, con usuarios cada vez más exigentes que requieren de cuidados especializados de acuerdo a sus diferentes situaciones de salud (Fernández, 2017, p. 3-7).

Las enfermeras de todos los sectores clínicos diariamente toman cientos de decisiones basadas en el cuidado, los pacientes son valorados cada minuto y otras veces por meses o años; en función de la práctica, las enfermeras son capaces de identificar la problemática que tiene en su momento el usuario mediante la valoración y la recogida de datos, que más adelante se transforman en intervenciones más complejas. Durante el ejercicio de la profesión se manifiestan una gran cantidad de problemas que dependen únicamente de la competencia enfermera, es por ello que para proporcionar una buena resolución a la problemática actual es necesario que el personal de enfermería desempeñe y ejecute su capacidad de juicio, lo que le permite calcular la competencia profesional, mediante el empleo de instrumentos de gestión de cuidados de enfermería, así como la utilización de la taxonomía diagnóstica de la NANDA, en la que se lleva a cabo una recogida, selección, análisis e interpretación de los datos, lo que le permite reforzar sus conocimientos científicos (Butragueño, 2005, p. 1-5)

En el año de 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el *proceso de atención de enfermería* (PAE) como un sistema de intervenciones únicas de enfermería respecto a la salud de los individuos, familias, comunidades, o ambas, dicho proceso aporta las bases para las habilidades hacia un pensamiento crítico, realizado a través de un razonamiento clínico necesario para desenvolverse en forma segura y efectiva, además de un juicio clínico (Navarrete Cortés & Santiago García, 2010, p. 37-42). Los planes de cuidado se originan en la aplicación de la metodología enfermera y del proceso enfermero, mediante éstos se tratan de tener los criterios de atención y tratar de tener al máximo la calidad de la atención.

La tendencia universal de enfermería es llevar a cabo mediante los *planes de cuidado*, aquellas intervenciones y criterios de atención de acuerdo a la valoración inicial, a partir de éstos se prevé que los cuidados otorguen un nivel de calidad, los tiempos de atención y los posibles costos que en ocasiones se recrean de los mismos. Durante la ejecución de los planes de cuidado se ha observado que hay cierta dificultad para generar cuidados individualizados, por consiguiente en la práctica diaria se manejan planes estandarizados; un plan de cuidados estandarizado es en el que se describen las respuestas de un individuo frente a una determinada situación, suele ser difícil individualizar pero al final debe ser realizado, es decir, se tiene que aplicar a cada persona en particular, por medio de la valoración que permite detectar y atender los problemas que presente el usuario con la finalidad de solucionarlos (Planes de cuidado de enfermería en atención especializada: Estandarización Extremadura, 2011, p. 9-12).

Bajo el anterior sustento el *proceso de atención de enfermería* (PAE) es y continuara siendo la base para la generación de objetivos e intervenciones que se desarrollan de una problemática del usuario; lo que determina que los futuros profesionales de enfermería deberán conocer ampliamente su uso por todos los adelantos que ofrece hacia la disciplina; el presente trabajo fue desarrollado en una paciente adulto joven cursando Insuficiencia Renal Crónica secundaria (estadio 5),

posterior a su valoración se elaborado un PAE con el objetivo de favorecer su salud y calidad de vida durante el curso de su enfermedad.

El trabajo fue estructurado por capítulos, en el Capítulo I se realiza un acercamiento general respecto a la enfermería como disciplina, la importancia del cuidado, las bases generales del proceso de atención de enfermería (PAE) y una descripción de la enfermedad. En el Capítulo II, se relata el caso clínico del paciente lo que ofrece la oportunidad de comprender la problemática de salud en la que se encuentra. El Capítulo III abarca las 5 fases del PAE, en la que se puede observar como el profesional de enfermería delimita los objetivos y las intervenciones para el logro de los mismos; y por último el Capítulo IV hace mención a las posibles soluciones y alternativas del cuidado, con la elaboración de un plan de alta.

## JUSTIFICACIÓN

La diabetes y la hipertensión, además del envejecimiento se convierten en los primeros factores de riesgo para desencadenar la insuficiencia renal crónica (IRC) que afecta a uno de cada diez adultos en el mundo. De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) los profesionales de salud deben implementar pruebas o marcadores de daño renal de manera pertinente en pacientes que sean de alto riesgo principalmente personas diabéticas e hipertensas o con antecedentes de estas, y hacer un llamado a las personas a mantener prácticas que fomenten un estilo de vida saludable.

La insuficiencia renal crónica, es el resultado de enfermedades crónicas degenerativas, es un fenómeno que sucede en todas partes del mundo y que, desafortunadamente lleva a un desenlace fatal si no es tratada como correspondiera. En México se ha convertido en una de las principales patologías atendidas en los servicios de hospitalización y urgencias, al presente se observa como una enfermedad desastrosa por el alto número de casos que va en aumento, los altos costos de inversión la sitúan como una enfermedad difícilmente tratable, los recursos de infraestructura y el personal limitado hacen que el diagnóstico sea tardado, lo que refleja altas tasas de morbimortalidad a nivel nacional. En 2017 se sacó una prevalencia de Insuficiencia renal crónica del 12.2 % y 51.4 de muertes por cada 100 mil habitantes de México. Se tiene un aproximado del gasto anual medio por persona para este padecimiento que ronda los 8,996 dólares estadounidenses en la secretaria de salud y por parte del Instituto Mexicano del seguro social los 9,091. Uno de los principales problemas de igual forma que en otras enfermedades crónicas no transmisibles, es su detección tardía porque no se presentan síntomas en etapas tempranas. (Méndez et al, 2010, p. 7-11)

Los pacientes necesitan terapias de reemplazo de las sustancias de desecho propias del organismo, entre uno de los tratamientos iniciales se encuentra la Diálisis



peritoneal (DP) pero existen condiciones por las cuales los pacientes necesitan ser sometidos a tratamientos más especializados destacando la Hemodiálisis (HD), ésta resulta ser el método más empleado para el tratamiento de la insuficiencia renal avanzada y permanente. Cuando los riñones comienzan a fallar los desechos malos se acumulan en el cuerpo, la presión arterial suele aumentarse, el cuerpo puede comenzar con una retención de líquido y no generar glóbulos rojos, una vez que esto sucede se necesita un tratamiento sustitutivo para realizar las funciones que los riñones dejaron de hacer. Desde que se comenzó a utilizar este método se ha aprendido mucho para que sea de una manera más eficaz y se minimicen sus efectos secundarios, pero inclusive en las mejores situaciones el paciente tiene que ajustarse a los efectos de la insuficiencia renal, estos ajustes pueden ir desde cambios en la actividad laboral, en su hogar, en la sociedad, lo que ocasionara que por consiguiente tenga que dejar unas actividades y responsabilidades.

Durante el curso de este tratamiento y esta patología se presentan afecciones que se relacionan con el fallo renal, los riñones hacen aún más que únicamente eliminar desechos y el exceso de líquidos también se encargan de la producción de hormonas y de mantener el equilibrio de sustancias químicas en el organismo. Una vez que estos dejan de trabajar se pueden presentar problemas de anorexia, huesos, nervios y piel; las complicaciones más comunes a causa de la insuficiencia renal son el cansancio extremo, problemas de los huesos, comezón y el “síndrome de las piernas inquietas”. (National Institutes of Health, sdc)

Esta problemática orienta a que el presente documento decida trabajar con la patología de IRC en la modalidad de *proceso de atención de enfermería* (PAE), con el objetivo de dar a conocer aspectos teóricos y metodológicos de la enfermedad. Mediante la elaboración de sus 5 etapas, se obtiene un plan de cuidados individualizado y estandarizado mediante el que se busca obtener resultados acordes para intervenir de manera inmediata, mediata y a cierto plazo, buscando que el usuario mejore su calidad de vida con respecto a su enfermedad.

## OBJETIVOS

### General

Efectuar un plan de cuidados de enfermería a través del cual se dé respuesta a las necesidades del paciente en estudio con la patología Insuficiencia Renal Crónica, apoyados mediante la taxonomía (NANDA, NIC, NOC), lo que determinara en la generación de los cuidados especializados e individualizados para mejorar la calidad de vida del paciente.

### Específicos

- Adquirir un conocimiento científico acerca de la enfermedad de Insuficiencia renal crónica.
- Identificar el rol que desempeña el profesional de enfermería con el paciente y el familiar cuidador.
- Establecer cuidados para brindar una atención de calidad en relación enfermero-paciente.
- Realizar una adecuada valoración, empleando el modelo de los patrones funciones descrito por Marjory Gordon.
- Tomar decisiones eficaces, utilizando un pensamiento crítico y analítico en beneficio del paciente.
- Elaborar planes de cuidados específicos que alivien o mejoren las necesidades que presenta el paciente.
- Aplicar de manera efectiva la taxonomía NOC para la determinar los objetivos de acuerdo a la valoración del paciente.
- Aplicar de manera efectiva las intervenciones establecidas de acuerdo con la taxonomía NIC.
- Hacer una correcta evaluación de las actividades que se llevaron a cabo para la mejora de salud del paciente.

## METODOLOGÍA

Se elaboró un *plan de cuidados de enfermería* estandarizado e individualizado con respecto a la patología de una paciente de 32 años de edad, sexo femenino la cual cursa con la enfermedad de Insuficiencia renal crónica secundaria desde hace 12 años, en tratamiento con hemodiálisis (tres veces por semana). Posteriormente de realizar una búsqueda extenuante de información y una vez analizada la problemática actual del padecimiento, se continúa con la identificación correcta del paciente, quien será objeto de estudio del presente plan de cuidados enfermero.

Previo consentimiento informado (con la firma del mismo) se procede a realizar la valoración de enfermería por medio del modelo teórico de Marjory Gordon (11 patrones funcionales); el cual arrojará datos objetivos y subjetivos para conocer la situación actual de salud, y la percepción que la paciente tiene de sí misma, posterior a este primer paso se procede a elegir y planear las intervenciones más idóneas para el mantenimiento de su salud. Como complemento de la valoración aparte de la anamnesis mediante el instrumento utilizado, se realizó una exploración física de la paciente para tener información más completa y puntual.

El modelo de Marjory Gordon permite identificar los patrones funcionales alterados, una vez identificados se realiza la elaboración de los diagnósticos enfermeros con ayuda de la Taxonomía II de la NANDA (clasificados por dominios y clases de acuerdo a su nomenclatura). Por otro lado, los resultados a alcanzar se definen a través de la clasificación estandarizada de los criterios de resultados Nursing Outcomes Classification (NOC), a través de sus indicadores le permiten al profesional de enfermería realizar un análisis con respecto a su posible evaluación.

Para la obtención de dichos resultados se establece la educación y realización de ciertas intervenciones enfermeras encontradas en Nursing Interventions Classification (NIC) con sus beneficios actividades destinadas al cuidado estandarizado e individualizado. Al final se realizó una evaluación de los resultados esperados a través de las intervenciones que se ejecutaron para confirmar aquellos resultados positivos o negativos, con la finalidad de beneficiar a la salud de la paciente en el mayor grado posible.

## CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Enfermería como Profesión disciplinaria

De acuerdo con la historia el cuidado de la salud en las personas se ve desde tiempos arcaicos, y es descrito en el libro más antiguo “La biblia” en donde se comienza a hacer énfasis en el cuidado de la salud a aquellas personas que padecían lepra o a las madres cuidando de sus hijos. Con el pasar del tiempo el cuidado ha ido evolucionando, de no solo ser una actividad doméstica, sino a ser considerado un arte, un oficio, una disciplina hasta poder considerarse como una profesión con sus propias bases científicas distintas a otras disciplinas. Anteriormente debido a que no contaba con fundamentos teóricos que la respaldarán y que los cuidados se realizaban de manera empírica de acuerdo a las necesidades que requería la persona en dicho momento. La enfermería fue tomada simplemente como un quehacer, al cual se le sumaban las habilidades, destrezas y el esmero en su realización de servir al prójimo lo que la llevó a ser vista como una disciplina (Martínez, 2013, p.95-97).

Más adelante con la aparición de Florence Nightingale y sus aportes fundamentales se consiguió un cambio en la percepción de la enfermería, con esto se hace necesario la realización de estudios superiores en universidades y a partir de esto ser tomada como una profesión igual al resto dentro de las ciencias de la salud (Guía-Yanes, 2019, p.33-41). Florence Nightingale hace que la enfermería tome rumbos para convertirse en ciencia a través del sustento en sus pensamientos y observaciones, en el análisis lógico, estadístico y validación de datos. Ella misma fue la que se encargó de llevar a cabo la formación de las enfermeras, con lo cual impulsó un programa de estudios con la finalidad de profesionalizarlas.

Hay que mencionar que sus aportes como docente fueron de gran relevancia, por sus innovaciones fundamentadas en la ciencia, con lo cual estaba convencida de que el

conocimiento de enfermería y no sólo su práctica, era básicamente diferente al de la ciencia médica. Al mismo tiempo definió la función propia y distinta de la enfermera la cual consiste en colocar al paciente en óptimas condiciones para que de esta forma la naturaleza pueda actuar sobre él, defendiendo de esta manera la teoría de que dicha profesión basa sus conocimientos en la relación persona-entorno. Con esto la ciencia de la enfermería crea teorías para educar a las enfermeras profesionales en el control de la práctica, como disciplina está dirigida a la enseñanza como su campo de estudio, aquí es cuando se ve la relación ciencia-disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la educación en el campo del saber de la enfermería (Vargas, 2017, p. 21-25).

Durante el surgimiento de la enfermería como disciplina profesional autónoma y valorada por la sociedad, compara las demandas que tiene como profesión y de la sociedad para que dicha profesión asuma la responsabilidad de sus decisiones, actos y consecuencias. Las disciplinas profesionales tienen como objetivo desarrollar los conocimientos que serán de ayuda para especificar y guiar la práctica. A su vez con el curso de los acontecimientos en este camino para definir a la enfermería como profesión indica las maneras de cómo las enfermeras ya expertas en el área, desarrollan el quehacer de enfermería en el alcance del status del campo científico. Durante este proceso en la reconstrucción de conocimiento, la investigación ocupa un lugar indispensable, debido a que permite elaborar los saberes para que la ciencia se sostenga. Dentro de la enfermería la investigación es la parte principal del proceso de revisión, proposición, evaluación de conceptos, teorías, modelos y procesos de cuidar, reafirmando el arte y cimentando la ciencia de atención (Ferreira, 2011, p. 664-666).

De ahí que hoy en día un enfermero profesional, se ha visto en la necesidad de una reinención en su comportamiento de acuerdo a la visión del mundo, de las necesidades requeridas en materia de salud, además de un enfoque complejo de cuidados más integrales a los pacientes, poniendo en práctica las acciones independientes e interdependientes, desde una visión integral fundamentada en criterios y teorías. Los métodos mediante los cuales la enfermería ha ido creciendo, han

permitido el aumento de más personal capacitado con nuevos conocimientos tanto científicos como prácticos, lo cual le ha permitido un desarrollo cada vez más con aportes teóricos, todo esto en beneficio del cuidado de calidad a la población (Guía-Yanes, 2019, p. 33-41).

## **1.2 El cuidado como objeto de estudio**

Para que la profesión de enfermería sea reconocida como una disciplina profesional supone que quienes la practican establezcan una relación entre el cuidado de enfermería, su desarrollo conceptual y el método elegido para brindar los cuidados, con esto el ejercicio práctico adquiere un soporte reflexivo e ideológico que lo va sustentando; debe ser bien entendido el concepto del cuidado, puesto que los conceptos sirven como base fundamental para el estudio y la investigación continua de la enfermería, teniendo en cuenta que actualmente dicho concepto se menciona con insistencia para apoyar la práctica de las enfermeras hoy en día (García et al, 2011, p. 74-80 ). Cabe mencionar que el cuidado de los pacientes se convirtió en la particularidad de la ciencia de la enfermería, el cuidado es la actividad que necesita de un valor personal y profesional, va dirigido hacia el mantenimiento, restablecimiento y el autocuidado de la vida misma teniendo sus bases en la relación enfermera-paciente.

No obstante, existen circunstancias que repercuten en la labor diaria del profesional de enfermería, dejando de lado por momentos que la esencia de dicha profesión es el respeto a la vida y el cuidado profesional que se le debe brindar al ser humano. De esta manera se ve en la necesidad de reflexionar sobre el impacto que tiene el cuidado en enfermería, dado que este resulta y hace parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados indispensables para lograr resultados esperados como son el alta, la satisfacción y el menor tiempo posible de una estancia hospitalaria del paciente, teniendo una mayor eficiencia y eficacia del profesional, brindando una buena calidad de atención.

El cuidado profesional es adjudicarse una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad por parte del profesional de enfermería hacia los usuarios. El cuidado de los pacientes representa una secuencia de actos de vida que poseen por finalidad y funcionalidad conservar a los seres humanos con vida y sanos, con el fin de procrearse y mantener la vida, de esta manera, se puede decir que el cuidado es preservar la vida llevando a cabo el cumplimiento y satisfacción de una serie de necesidades para la persona (individuo, grupo, familia y comunidad) que dentro de su entorno interactúa y vive experiencias de salud (Juárez & García, 2009, p. 1-3).

El cuidado profesional es realizado por profesionales capacitados con conocimientos científicos dentro del área de la salud, proporcionados de habilidades técnicas que en algún momento favorecen a individuos, familias y comunidades, para que se vea mejorada su salud y mantener la misma. Con el transcurrir del tiempo y con el avance de los conocimientos se han logrado mejorar técnicas, han existido innumerables avances en el campo científico y tecnológico, lo que ha repercutido en las actividades de los profesionales de enfermería.

Actualmente el personal de enfermería puede llevar a cabo acciones hacia un paciente únicamente por el sentido de responsabilidad u obligación, pero puede ser falso que realmente ha cuidado del paciente, si tomamos en cuenta que el cuidado va más allá de atender alguna necesidad, si no que implica un nivel más alto el cual está dado por la integridad de la persona y la calidad que se le brinda a la hora de la atención. Por este motivo el hecho de cuidar a todo ser humano requiere un compromiso tanto científico como filosófico y a su vez moral, orientado a la protección de su dignidad, así como conservación de su vida.



### **1.3 Proceso de atención de enfermería**

La disciplina de enfermería requiere utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que se brinda a los pacientes, el cual está caracterizado por proporcionar una respuesta a un conjunto de situaciones y circunstancias de salud que representan una problemática para la persona. Dicha forma de proceder, dirigida a corregir o disminuir los posibles problemas de la vida diaria en relación con la salud, no es más que una acción metódica y sistemática en todas las actividades que se realizan, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las situaciones que se presenten, sobre todo de los que requiera que se cumplan ciertas cuestiones de dificultad o complejidad (Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia, 2013, p. 41-48).

La ciencia de enfermería está basada en un extenso marco teórico, es una ciencia en la cual se requieren habilidades intelectuales, interpersonales y técnicas, las cuales se utilizan por medio de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que valida y respalda cada uno de sus mecanismos, fundamentado por investigaciones que sustentan la práctica profesional. La aplicación del método científico dentro de la práctica asistencial de enfermería, es el método que conocemos como Proceso de Atención de Enfermería (PAE); a través de esta metodología les permite a las enfermeras brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Virginia Henderson emplea por primera vez el proceso de enfermería para enfocarse en los aspectos de la relación enfermera-paciente; durante los años 70 y 80s el proceso de atención se centró en la resolución científica de problemas, un indicador que caracterizó esta primera generación del proceso de enfermería, esto se debió a que las necesidades de atención y procesos de solución de problemas los cuales estaban basados en ciertas condiciones médicas fisiopatológicas (Ramírez, 2018, p. 71-72)

Se considera que de entre todos los métodos de resolución de problemas existentes, el método científico compone el procedimiento más eficiente y eficaz. De tal manera que se ha definido como una manera ordenada de pensar o manejar datos, una investigación sistematizada de conocimientos y una forma de revelar el todo lógico, partiendo de sus partes constanding de los siguientes puntos: comprensión del problema, recolección de datos, formulación de hipótesis, evaluación de hipótesis, comprobación de la hipótesis y formulación de conclusiones. Dicho lo anterior, la ciencia de la enfermería está caracterizada por brindar cuidados que se basan en conocimientos y técnicas específicas, por medio de las cuales se permitió desarrollar un método de trabajo único, es decir, el proceso de atención de enfermería (PAE); el cual es una serie de procedimientos lógico, dinámico y sistemático para proporcionar cuidados fundamentados en evidencias científicas.

El profesional de enfermería dirige su trabajo en el cuidado humano basándose en el PAE, mediante este proceso diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa las acciones realizadas, tomando en cuenta la integralidad, totalidad y seguridad de los procesos; así mismo la demanda de atención requerida por el sujeto en distintos momentos y circunstancias que se presenten. Durante la atención se lleva a cabo un proceso en el que se ven inmersos el cuidador y el individuo cuidado, en el primero se desempeña un rol activo debido a que realiza actividades y comportamientos para cuidar; y en el segundo, es decir, el “ser cuidado” tiene un papel distinto mediante el cual puede aportar en su autocuidado en situaciones de educación para la salud (Miranda et al, 2019, p. 376-377).

Desde este marco, el PAE se ha ido definiendo como el método que guía el quehacer profesional, sistemático, científico y humanista, dentro de la experiencia de enfermería, orientado en evaluar de la misma forma los avances y constantes cambios en la mejoría del bienestar del individuo, familia y comunidad partiendo de los cuidados que proporciona el personal de enfermería. Además, asegura la atención de una alta

calidad para la persona que requiere de los cuidados de salud, los cuales le van a permitir llegar a la recuperación, conservación y mejora de su salud.

El Proceso de atención de enfermería tiene como principal objetivo fundar una estructura cuya función sea abarcar las necesidades del paciente, familia, grupo o comunidad, de igual manera se enfoca en identificar necesidades reales y potenciales, así mismo tiene la característica de individualizar los cuidados dependiendo de las circunstancias que se presenten; por otra parte, también puede estar dirigido a resolver y prevenir los problemas antes de la enfermedad. Durante la aplicación del PAE, el enfermero define su campo del ejercicio profesional, el cual tiene normas de calidad, mediante las cuales el paciente se ve beneficiado en su atención, a través de estas el proceso garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; con esto el personal enfermero adquiere un sentido de satisfacción y profesionalidad a la hora de la aplicación de dicho método.

Entre algunas de sus características es visto como un conjunto de pasos mentales a realizar por el enfermero, los cuales le darán la ventaja para organizar mejor su trabajo y de la misma forma solucionar problemas en relación con la salud de los pacientes, de esta forma se da pauta a la continuidad para proporcionar los cuidados, por esta razón, en ocasiones es comparado con las etapas del método de solución del orden lógico y llegar al logro de resultados. A su vez es humanista, pues ve al hombre como un ser holístico, que no es otra cosa que la integración de todas sus partes y que no puede dividirse, es decir, es un ser total e integrado. Así también es dinámico por estar sujeto a constantes cambios que se enfocan en la naturaleza propia del hombre; de igual manera es flexible debido a que se aplica en los diferentes contextos de la práctica de enfermería, lo que le permite su adaptación a cualquier teoría o modelo de enfermería.

En conclusión, el PAE es un método de organización del trabajo dentro de la disciplina de enfermería el cual va dirigido a la metodología de la ciencia, siendo el

recurso más eficaz y utilizado para llevar a cabo las intervenciones de enfermería, para de esta forma darle solución a las problemáticas que se presenten con un paciente desde un primer nivel hasta un tercer nivel de atención e incluso la comunidad.

#### **1.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE**

Es importante mencionar que con el tiempo la disciplina de enfermería ha intentado explicar y enfocarse en la realidad basándose en un modelo de cuidado, debido a que si dicha disciplina no lo hace de manera sistemática no será más que un simple ejercicio intelectual, por ello que no debe llevarse a cabo la aplicación del PAE sin un modelo teórico que lo sustente, debido a que solo será de ayuda para realizar actividades aisladas que solamente tendrán significado para quien las está aplicando. Es por ello que el PAE aplicado en cualquiera de los niveles de atención va incluir identificación, análisis del problema y estrategias de intervención (Estrada, 2014, p. 92-96).

Para enfermería las teorías y modelos no son algo nuevo, debido a que se han creado desde hace mucho tiempo, desde que Florence Nightingale en 1859 planteó por primera vez sus pensamientos sobre la enfermería, con su teoría del entorno en la que realiza un importante abordaje del cuidado basado en las circunstancias del medio. De la misma forma que Nightingale sustenta sus ideas de la enfermería, cualquier profesional de enfermería tiene su propia visión acerca de esta ciencia, de manera que va a influir en las decisiones y las acciones que realizamos (Colmenarez, 2012, p. 1-2).

Fawcett (1996) citado en Rodríguez realiza una organización de todas las ideas que se tenían de enfermería, a esto lo denominó como “Estructura de conocimiento” en donde menciona al metaparadigma, modelos conceptuales, filosofías, teorías e indicadores empíricos, juntándolos para formar una estructura descendente en donde vincula el mundo incierto con el mundo concreto. Cuando se analizan ciertas teorías de enfermería, se evidencia que el cuidado de un grupo de pacientes se puede ver mejorado

cuando se aplican ciertas teorías y modelos de la disciplina de enfermería; es por ello que la unión de modelos y teorías de enfermería con el quehacer de la práctica clínica se hace necesaria para su aplicación, para llevar a cabo del fortalecimiento de la profesión (Rodríguez, 2012, p. 474-484).

Marjory Gordon (1911-2015) teórica y profesora estadounidense de enfermería es la creadora de la teoría de valoración de enfermería conocido como Modelo de 11 Patrones Funcionales; la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso de atención de enfermería, se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. Los Patrones Funcionales de Marjory Gordon manejan una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

La primera etapa del proceso de atención de enfermería es la valoración, en donde el personal de enfermería junta toda la información para tener un panorama más claro y preciso acerca del estado de salud de la persona, creándose de esta manera la base del diagnóstico y de las intervenciones y mediante la cual se pueden ver comparados los resultados posteriores durante la aplicación del proceso mencionado (Fernández, 2012, p. 1415-1422). La valoración realizada mediante los 11 patrones funcionales hace que se obtenga una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales.

### Elementos fundamentales del modelo utilizado

Los patrones funcionales a los que hace referencia la teórica Marjory Gordon son los siguientes:

1. Patrón percepción-manejo de salud, el cual se enfoca principalmente en la manera que el individuo percibe la salud y el bienestar, la forma en cómo controla todo su entorno con respecto a su salud, el mantenimiento de la misma y su recuperación. De tal manera que se incluye en él todas las prácticas preventivas como son la vacunación, hábitos higiénicos, exámenes de autoexploración entre otros; el apego a los tratamientos médicos y evitar el consumo de productos nocivos para la salud como son el alcohol, tabaco, drogas.
2. Patrón nutricional-metabólico, en este se pretende valorar las costumbres de ingesta de alimentos y líquido, en relación con las necesidades metabólicas de cada individuo, y la posibilidad de disponer de ellos, así como los beneficios y consecuencias del consumo de cada uno de estos; de la misma forma va a determinar las características y el estado de la piel y mucosas.
3. Patrón eliminación, a través de este se hace referencia a la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todo aquello que se relaciona con ella, por ejemplo: actividades personales, el uso u apoyo de dispositivos o materiales para su control, producción y características de las excreciones.
4. Patrón actividad-ejercicio, donde se mencionan las habilidades para la movilidad independiente, la actividad y la realización de ejercicios, de igual manera describe los hábitos de ocio y recreo; también se enfoca en conocer el nivel de individualidad para las actividades de la vida diaria que necesiten de un cierto grado de esfuerzo o consumo de energía.
5. Patrón sueño-descanso, mediante el cual se describen los patrones de sueño, descanso y relajación que se presentan a lo largo del día, y las maneras que se emplean para poder conseguirlos; así como la percepción de cantidad/calidad del sueño y el nivel de energía que recupera del mismo.

6. Patrón cognitivo-perceptivo, en él se menciona el patrón sensorial-perceptual y cognitivo que tiene el individuo; se observa la conciliación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas, comprobando así la existencia de prótesis para su corrección si fuera el caso. Además, en este patrón se comprueba la existencia o no de dolor; de igual modo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.
7. Patrón autopercepción-auto concepto, este patrón se refiere a las percepciones y el auto concepto de uno mismo; contiene las actitudes de la persona sobre sí mismo, su imagen corporal, su identidad, y hacia su sentido general de valía. También se enfoca en el patrón de conversación y en las manifestaciones del lenguaje no verbal (postura corporal, contactos visuales, etc.)
8. Patrón rol-relaciones, donde se incluye el papel o rol social que desempeña un individuo dentro de un núcleo familiar o laboral, así como las responsabilidades y obligaciones que se tiene que cumplir debidas al mismo; dándole la importancia a las problemáticas que se presentan en las relaciones familiares y/o sociales, y la manera en que se les da una solución a estos.
9. Patrón sexualidad-reproducción, mediante este patrón se describen los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, también valora las posibles alteraciones que se presenten con respecto a su sexualidad, o en las relaciones sexuales a la hora de estar con su pareja, y la seguridad dentro de las mismas.
10. Patrón adaptación tolerancia al estrés, donde se menciona el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés, enfatiza la capacidad individual que se tiene para resistir las amenazas que se presentan en el día a día que atenten contra la propia integridad, también se enfoca en la capacidad de controlar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otro tipo, y la actitud para manejar diversas situaciones.
11. Patrón valores-creencias, este patrón describe los valores, creencias y objetivos que se tienen, mediante las cuales el individuo guía la toma de sus decisiones. Manifiesta lo percibido como importante para el ser humano y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que se relacionen con la salud.

## **1.5 Etapas del proceso de atención de enfermería**

### Valoración

El PAE comienza su primera etapa con la valoración, que se enfoca en la recolecta de datos importantes sobre el estado de salud de una persona, mediante un conjunto de estrategias comenzando con la observación que se da desde que se tiene contacto con la persona o paciente, apoyados en la entrevista se logra cierto contacto con la persona, de la misma manera el intercambio de experiencias y, de igual forma el examen cefalocaudal que tiene sus bases en la inspección, palpación, auscultación y percusión, a través del cual se va a conseguir información adicional sobre su estado de salud-enfermedad de la persona y se tendrá una perspectiva más amplia. Igualmente se tiene información de otras fuentes, por ejemplo: exámenes de laboratorio, historias clínicas y pruebas diagnósticas. Desde este punto se consigue una interacción entre el personal de enfermería y la persona, con esto se alcanzan datos más subjetivos, es decir, lo que la persona siente en ese momento y lo expresa, así como datos objetivos que es lo que la enfermera puede valorar con el análisis de datos (Reina, 2010, p. 18-23).

Los patrones funcionales de Marjory Gordon son el punto de donde se puede comenzar la valoración, debido a que uno a uno se va valorando, lo que permite ir organizando información por patrones funcionales en un formato específico, donde se reconoce la valoración para crear la historia de enfermería, desde la cual permite identificar qué patrones se encuentran alterados y poder enfocarse en ellos para posterior trabajarlos.

### Diagnóstico

En esta etapa la enfermera que atiende, da una solución a una circunstancia que se presenta dentro de su ámbito profesional, teniendo la necesidad de nombrar la situación, es decir, mencionarla utilizando un lenguaje que le permita tener una mejor comunicación con los demás profesionales con los que interactúa dentro del marco de la salud. El diagnóstico enfermero tiene que verse como un ejemplo de unificar el lenguaje



entre todos los profesionales de enfermería, de tal modo que los diagnósticos no son otra cosa que la manera de etiquetar o mencionar las situaciones que se tienen que cuidar, lo que facilita al personal de enfermería identificar y relacionar las problemáticas que se presentan; el diagnóstico puede definirse como el resultado de hacer una valoración desde el punto de partida para la planificación, en conjunto con los objetivos para la evaluación, por todo lo mencionado anteriormente es que se le da su importancia (Vele & Veletanga, 2015, p. 68-69).

Un diagnóstico es un juicio clínico acerca de la respuesta de una persona, familia, grupo o comunidad cuando se habla de procesos vitales o problemáticas de salud, por los cuales se va a brindar la base para escoger qué intervenciones son las más adecuadas a la hora de la atención, cuya finalidad será alcanzar los objetivos establecidos y de los cuales el personal de enfermería es responsable. Las actividades de enfermería que son utilizadas para llevar a cabo las intervenciones se realizan a través de tres dimensiones las cuales se dividen en independientes, dependientes e interdependientes.

Las acciones independientes son aquellos procedimientos o maneras de actuar que se realizan de manera autónoma, es decir, sin una indicación médica verbal o escrita, o de algún otro colaborador del equipo interdisciplinario (Valdés et al, 2015, p. 154-157). Por otra parte, las acciones interdependientes son todas aquellas que se realizan en conjunto con el demás equipo de salud, con la finalidad de optimizar el estado de salud de la persona.

Cabe mencionar que la NANDA internacional dentro de sus diagnósticos describe cuatro tipos:

1. *Diagnóstico enfermero focalizado en el problema*: menciona respuestas humanas a situaciones de salud y procesos vitales que existen en la persona, familia, grupo o

comunidad. En ocasiones estos diagnósticos son llamados como diagnósticos problemas.

2. *Diagnóstico enfermero de promoción de la salud*: describe un juicio clínico sobre las motivaciones y anhelos de las personas, familia, grupo o comunidad para que de esta forma se eleve su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se verá reflejado en la disposición para mejorar conductas específicas de salud.
3. *Diagnóstico enfermero de riesgo*: Se enfoca a las experiencias/respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que tienen mucha probabilidad de llevarse a cabo en una persona, familia, grupo o comunidad.
4. *Síndrome diagnóstico*: juicio clínico que habla de una agrupación específica de diagnósticos que suceden juntos y que es mejor cuando se manejan juntos mediante intervenciones parecidas. (NANDA International, Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017,2015, p. 55-56)

### Planeación

Para esta tercera etapa del PAE se observa el desarrollo de ciertas estrategias dirigidas a la prevención, la corrección y minimización de los problemas que se lograron identificar de acuerdo a la etapa anterior antes mencionada. Durante la planeación se deben tener bien definidas las prioridades de acuerdo a los diagnósticos de enfermería, tomando en cuenta los problemas que se detectaron en el paciente. De igual manera se establecen los objetivos o resultados esperados que se obtendrán de la atención por parte del personal de enfermería, es decir, el estado que se busca alcanzar. Por este motivo las metas u objetivos deben estar enfocados al comportamiento del paciente que se está tratando, deberán ser claros, concretos, observables y medibles. Deben englobar múltiples aspectos de las respuestas humanas (el aspecto físico y funcional del cuerpo) síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y estados emocionales. Otra acción que se realiza en esta etapa es la planeación de las intervenciones de enfermería, mediante las cuales se lograrán las metas del cuidado; teniendo su prioridad en las causas del problema, por lo tanto, intentan eliminar los elementos que integran el problema (Hernández, 2002, p. 62-66).

Para esta etapa se debe tomar en cuenta la adaptación de un plan de cuidados que se base en conocimientos actuales de la ciencia de enfermería; por cada diagnóstico enfermero se pactarán objetivos, los cuales deberán ser alcanzables y proporcionales de acuerdo a la problemática del paciente, dirigidos a potencializar la autonomía del paciente.

### Implementación

En esta cuarta etapa se pone en práctica de manera real el plan de cuidados que se elaboró anteriormente. Durante la implementación las enfermeras deben llevar a cabo una serie de actividades entre las cuales son: seguir con la recolecta y valoración de datos, realizar actividades de enfermería, hacer las anotaciones correspondientes, brindar información verbal acerca de la situación del paciente, siempre tener el plan de cuidados que se eligió actualizado; de esta manera el profesional de enfermería será el responsable de ejecutar el plan, pero de igual forma están incluidos tanto el paciente como el familiar a la hora de ejecutarlo, así como otros miembros de otras disciplinas, con la finalidad de tener el mayor éxito posible en la ejecución del mismo. Durante esta fase se llevarán a cabo todas las intervenciones enfermeras que se establecieron para la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales que requiera cada paciente (Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia, 2013, p. 41-48).

Esta etapa se divide en tres fases importantes: la primera de *preparación* en la cual se incluirá un repaso de todo lo anterior, así como la realización de acciones para garantizar la intervención, entre las cuales se destaca la revisión de las intervenciones que se organizaron en la planificación, en análisis de los conocimientos y las técnicas que se necesitan para llevar a cabo las acciones; la segunda o de *intervención*, es una antes de la fase definitiva en donde destaca la ejecución de las acciones programadas, por último la fase de *documentación* o registro, en donde se mencionara absolutamente

todo lo que ha pasado durante la etapa de implementación del PAE con la finalidad de garantizar la calidad del proceso.

### Evaluación

Usualmente esta etapa se utiliza al final del proceso para la medición de los resultados, no obstante, cabe resaltar que la evaluación se puede aplicar en cualquier etapa del proceso de atención de enfermería, debido a que permite la verificación de estas. En ocasiones puede resultar compleja, pues es la clave para conseguir la excelencia en la realización de los cuidados, es efectuado cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos que se definieron en un principio por parte del personal de enfermería, va a determinar el logro de los objetivos, una vez que se analizan los datos objetivos y subjetivos. Para que la evaluación sea de manera efectiva debe ser planeada y sistematizada, por lo tanto, se requiere de conocimientos actuales para darle el seguimiento al ciclo dinámico en que se desenvuelve la atención de enfermería. Por esto mismo la evaluación se toma como el principal instrumento que se tiene por parte de enfermería para medir la calidad de los cuidados y procedimientos que se hacen en el día a día, y con esto confirmar si los planes han sido los correctos, o si es pertinente establecer cambios en ellos, o en su defecto darlos por finalizados (Moya, 2018, p. 35-36).

### **1.6 Insuficiencia renal crónica**

La insuficiencia renal crónica (IRC) se presenta por la disminución peligrosa de la masa de nefronas en un determinado tiempo, lo que termina con la presencia de uremia. Mientras existe un funcionamiento renal de 100-80% no se presentan síntomas, no obstante, es importante la valoración para la administración de antiinflamatorios no esteroideos. Por otro lado, cuando el funcionamiento es de 50-20%, se produce un aumento de creatinina sérica de 1.8-14.4mg/dL, lo que conlleva a la manifestación de síntomas como nicturia y ligero malestar, pero cuando se presenta una disminución por

debajo del 10% se presentan síntomas como: cansancio, náuseas, letargo, anorexia y pigmentación parduzca. (Trujano, 2012, p. 30-33).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y documentos que ha estudiado el problema evalúan que existe un 10% de prevalencia de IRC, otros estudios realizados en México muestran que el 14% de nuevos casos de IRC se manifiestan en la población de alto riesgo y el Us Renal Data System en un estudio realizado en el año 2017 hace mención de la prevalencia de etapas tempranas en un 14.8%. Para que se presente el deterioro de la función renal, existen ciertos factores de riesgo como el sexo, diabetes, proteinuria, estos afectan la calidad de vida de los pacientes, lo que repercute además en la sociedad, comunidad y familia. Medir la calidad de vida del paciente con IRC permite saber el impacto de la enfermedad sobre la vida de la persona, manifestado en sus hábitos diarios, la manera de sobrellevar la enfermedad y la aceptación de estar en un tratamiento que desafortunadamente no tiene cura (Ramos-Alcocer, et al, 2021, p.75-83).

Existen múltiples factores para el desarrollo de la IRC, estos factores han cambiado a través de los años; tiempo atrás se podía mencionar que la glomerulonefritis era la principal causa de dicha enfermedad, pero con los años la nefropatía diabética ha ocupado este lugar, principalmente en países desarrollados, de ahí siguiendo la nefrosclerosis hipertensiva, y por último como se había mencionado la glomerulonefritis ocupando el tercer lugar dentro de las principales causas para padecer esta patología. Cabe mencionar que existen además situaciones que sustentan el porqué de estas causas principales, debido a que la diabetes mellitus se ha incrementado dentro de la población mundial y que aún se encuentra en constante crecimiento, también con los constantes cambios en el manejo de la glomerulonefritis se está consiguiendo que la enfermedad no llegue a ser crónica y por eso su relevancia en el origen de la IRC ha disminuido (Zamudio, 2003, p. 1-3).

La IRC tiene una evolución progresiva e irreversible que se clasifica comúnmente en 5 estadios de acuerdo con el sistema de estadificación KDOQI-CKD publicado por la National Kidney Foundation estadounidense en el año 2002.

Estadio 1, en este el daño renal suele estar indicado por el filtrado glomerular (FG) normal o aumentado (FG  $90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ), la IRC en este estadio se determina por la presencia de indicadores de daño renal encontrados en las pruebas diagnósticas como una biopsia renal, por albuminuria o proteinuria elevadas y alteraciones en el sedimento urinario. Las circunstancias más frecuentes de dicho estadio son la presencia de microalbuminuria o proteinuria persistente con FG normal o aumentado, así como la aparición de enfermedad poliquística mediante un hallazgo ecográfico.

Estadio 2, está dado por circunstancias de daño renal más una reducción ligera en el FG (FG entre  $60$  y  $89 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ) esta condición más presente en ancianos. Poder identificar el FG ligeramente disminuido permite descartar daños de falla renal especialmente microalbuminuria y proteinuria. Los casos de IRC en estos dos primeros estadios permiten tener un diagnóstico precoz y prevenir que continúe el desarrollo de la IRC (Cabrera, 2004, p. 30-32).

Estadio 3, las cifras de FG en los pacientes se encuentran entre los  $15$  y  $30 \text{ ml/min por } 1.73 \text{ m}^2$ . en este punto se determina que existe un daño renal lo que conlleva la aparición de las complicaciones de insuficiencia renal. En esta etapa es muy seguro que se progrese a un Estadio 4 de IRC. Es en esta etapa cuando se comienza a preparar al paciente para el tratamiento de un posible reemplazo renal y el control de las complicaciones que van apareciendo.

Estadio 4, la FG disminuye hasta por debajo de  $15 \text{ ml/min por } 1.73 \text{ m}^2$ , cuando se maneja esta cifra para FG es vista comúnmente como un riesgo evidente para la vida y

salud del paciente. Estos pacientes quedan a cargo para su manejo por un nefrólogo en dado caso que no se pretenda un trasplante renal.

Estadio 5, esta etapa es aplicable para aquellos pacientes que reciben tratamiento de reemplazo renal a través de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Es importante mencionar que se debe tener una vigilancia estrecha por parte del equipo interdisciplinario desde el estadio 1, realizándose los estudios pertinentes para una detección precoz evitando la evolución de la patología como ya se mencionó anteriormente (Mayancela, 2021, p. 42-53).

## **1.7 Diagnóstico y tratamiento**

Mediante la detección precoz de la IRC se puede lograr extender el tiempo de vida de los riñones, también aminorar el número de casos de una diálisis o hemodiálisis y el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular más adelante. Para poder tener un diagnóstico del paciente, se debe empezar por tener una historia clínica haciendo énfasis en los datos urinarios, la nicturia, disuria, hematuria o polidipsia, de igual modo conocer si ha estado expuesto a tóxicos renales, infecciones y antecedentes familiares con historia de alguna enfermedad renal. De igual manera se realiza una exploración física correspondiente, para obtener todos los signos y síntomas apropiados.

Las pruebas diagnósticas más comúnmente usadas son los estudios de imagen, que permiten visualizar anomalías en las estructuras del riñón y alguna obstrucción renal. Entre los que destacan la ultrasonografía, radiografía y la tomografía computada. El examen de orina es de suma importancia para medir la concentración de albúmina y proteinuria en la orina, los cuales son indicadores de cierto daño renal. Además de los ya mencionados está el método de índice de filtración glomerular, que actualmente es el indicador más efectivo para la medición del daño renal (López-Heydeck, 2018, p. 73-90).

Poder identificar en mayor medida el número de casos posibles de IRC o temprana, así como la posible disminución de pacientes con insuficiencia renal terminal, es cuestión de que toda persona que padece esta enfermedad o tenga el riesgo de padecerla se realice exámenes de proteinuria e índice de filtrado glomerular.

El tratamiento de IRC se determinará de acuerdo a la etapa o estadio que esté cursando el paciente con respecto de la enfermedad; habitualmente el tratamiento de los primeros cuatro estadios suele ser conservador, es decir, fármacos, dieta y ciertas medidas generales, una vez llegando al estadio 5 el tratamiento pasa a ser el reemplazo renal a través de la diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante en conjunto con la dieta. Llevar a cabo el manejo conservador de la enfermedad tiene como finalidad la prevención y evitar el avance de la IRC. Se basa específicamente en instaurar medidas antiproteinúricas, comenzando con la dieta de restricción proteica la cual permite impedir la progresión de la enfermedad mediante la disminución de ingesta de proteínas, buscando tener un control de los niveles de nitrógeno para disminuir la acumulación de desechos nitrogenados consiguiendo restringir los síntomas urémicos como náuseas, anorexia y vómito. El avance de la IRC está dado más por factores hemodinámicos y metabólicos que por el curso propio de la enfermedad, existiendo dos circunstancias terapéuticas primarias, las cuales son la dieta de restricción salina y los fármacos reno protectores como son los agentes bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona (Lorenzo, 2020, p. 341-343).

El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) se convierte de vital importancia si lo que se quiere es que no siga el desarrollo de la IRC y de esta forma evitar algún evento cerebral vascular. Algunos estudios han demostrado que una presión arterial con parámetros por encima de 130/80 mmHg aumentan el riesgo de progresión de dicha patología. Del mismo modo los estudios mencionan que una presión arterial de 125/75 mmHg y una presión arterial media de 92 mmHg son idóneos para retardar el progreso de IRC y no continuar avanzando en los estadios. Los fármacos que han sido más estudiados y que se emplean en estos casos son los inhibidores de enzima de



conversión, su grado de efectividad se ha probado en pacientes con insuficiencia renal crónica y proteinuria, siendo estos la primera línea dentro del tratamiento para estos casos (Orozco, 2010, p. 779-789).

Como se mencionó anteriormente, cuando la enfermedad se encuentra en el estadio 5 los tratamientos pertinentes son la diálisis peritoneal (DP), hemodiálisis (HD) y el trasplante renal (TR). La diálisis peritoneal (DP) es definida como el procedimiento por el cual se eliminan desechos de soluto y agua que se acumula en el cuerpo, mediante un sistema de dos bolsas o una máquina cicladora, utilizando el peritoneo como la membrana donde se produce el intercambio de agua y solutos entre la sangre y el líquido de diálisis. En donde el fluido de la diálisis es introducido a la cavidad peritoneal por medio de un catéter de diálisis peritoneal que es colocado a través de una cirugía desde la pared abdominal hasta la cavidad peritoneal. El catéter permanece por fuera del abdomen, es la vía permanente para la DP y por donde se conectan las bolsas de líquido dializante (Hipólito, 2011, p.99-104).

La hemodiálisis (HD) es otro de los tratamientos sustitutivos que está incrementando, este es un procedimiento invasivo el cual da la oportunidad de extraer los productos tóxicos que se generan dentro del organismo y que poco a poco se van acumulando en la sangre debido a un fallo renal, la hemodiálisis se realiza a través de una máquina por donde se circula la sangre desde una arteria del paciente al filtro de diálisis o dializador, por el cual todas esas sustancias tóxicas encontradas en la sangre se diluyen en el líquido de diálisis; después de eso la sangre sin toxinas es retornada al paciente por medio de una vena canulada (Sánchez, 2012, p. 131-137).

De igual manera está el trasplante de riñón que desde que se realizó por primera vez continúa siendo la mejor opción de tratamiento para aquellos pacientes que padecen el IRC. Esta técnica se realiza mediante un procedimiento quirúrgico, implantando el riñón de un donante (paciente sano sin fallo renal) al paciente que padece la IRC. Es

considerado una oportunidad muy viable y de mucho éxito, puesto que no únicamente restablece la salud de la persona con dicha enfermedad, también lo reincorpora a sus actividades laborales, sociales y además físicas (Renjel , 2010, p. 25-30).

Estos tratamientos conllevan a que el paciente tenga una nueva oportunidad con respecto a su enfermedad, lo que en ocasiones suele convertirse como “segundas oportunidades de vida” lo cual llega a expresar el mismo paciente, estas terapias de reemplazo a cualquier edad conllevan a que el paciente y su familia sienta un alivio en relación a esta situación a la que se enfrentan. Los pacientes necesitan de una red de apoyo familiar, así como de un departamento de psicología para que puedan estar conscientes de los cambios, retos y responsabilidades que conlleva cualesquiera que sean los tratamientos. También deben ser asistidos por un departamento de nutrición, trabajo social y de igual importancia el personal de enfermería que tendrá la responsabilidad de educar para los cuidados de su catéter (en el caso de la DP) o de igual forma catéter o fístula en la hemodiálisis; así como las modificaciones que se necesita realizar en su vida diaria una vez que han elegido estas alternativas de tratamiento.

El personal de enfermería que se encuentra en el servicio de hemodiálisis tiene la responsabilidad de orientar, educar y continuar promocionando cuidados en el paciente para que no decaiga su estilo de vida; la enfermera como en otras áreas a través de la escucha activa y empática se relaciona con cada paciente que acude a sus sesiones de recambio (de acuerdo a la programación y estado de salud), este servicio recibe pacientes desde edades tempranas hasta adultos mayores (hombres y mujeres). Lo que manifiesta que el personal de enfermería necesita estar preparado en los procedimientos, actividades, vigilancia de la sesión respecto a posibles alteraciones hemodinámicas; pero también en aquellas actividades que se necesitan para establecer un vínculo de respeto y confianza, y con ello el paciente pueda prolongar con este tratamiento que en ocasiones afectan momentáneamente su salud, pero con la decisión inicial de continuar por algunos años su vida.

## CAPITULO II

### RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 32 años de edad con diagnóstico de enfermedad renal crónica secundaria, en tratamiento de hemodiálisis desde 2009 en el Hospital General Regional de Orizaba N.1 (HGRO1) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al interrogatorio niega hipertensión y diabetes mellitus, con antecedentes heredofamiliares de neoplasias, hepatopatías, diabetes mellitus. Menciona haber pasado por intervenciones quirúrgicas para colocación de catéter tenckoff en 2009, colocación de catéter mahurkar (2015) y actualmente con cirugía para instalación para FAV (2021).

Acude tres veces por semana a sesión de hemodiálisis con una ganancia interdialítica de 2 a 2.5 lts., ultrafiltrado semanal aproximadamente de 7L, refiere cursar última sesión con escalofríos al termino de tratamiento, comenta que desde hace un par de meses nota una disminución progresiva de la tolerancia a la actividad física, manifestando la necesidad de no realizarla tan continuamente, por lo que explica que su traslado a sus sesiones es con el apoyo de una silla de ruedas, de igual manera manifiesta disminución del apetito, reflejado en el peso (por de debajo del ideal).

A la exploración alerta, orientada en sus esferas cognitivas, con ligera palidez tegumentaria, mucosas conservadas, sin signos de sobre carga hídrica, no presenta cianosis, no presenta tos ni expectoración, manifiesta que no hay situaciones que influyen en su respiración, con SPO<sub>2</sub> del 97%, presencia de anuria por tratamiento, con abdomen depresible, distensión abdominal, manifiesta signos de estreñimiento, extremidades integra y simétricas funcionales.

Exploración física:

Peso: 43

Talla: 1.60 cm

Temperatura: 36°C

Frecuencia cardiaca: 76/min

Frecuencia respiratoria: 18/min

Saturación de oxígeno: 97%

Tensión arterial: 90/60mmHg

Laboratorios de química sanguínea completa: albumina dentro de parámetros óptimos, fosforo aceptable, hipocalcemia, glucosa de 83.1 mg/dl, colesterol de muy baja densidad, triglicéridos normales. Serologías de Hepatitis B, Cy VIH no reactivas.

## CAPITULO III.

### DESARROLLO DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

#### 3.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado

Antecedentes familiares: Abuela paterna fallecida debido a Cáncer en el pulmón, abuela materna fallecida por Cáncer en el colon.

Antecedentes personales: Cirugía para colocación de catéter tenckhoff en 2009, cirugía de reinstalación en 2011, colocación de catéter para hemodiálisis en 2015, cirugía para la FAV en brazo izquierdo en 2017, cirugía para la FAV en brazo derecho 2021.

Paciente con presión arterial de 90/60 mmHg, con una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto sin presencia de anomalías, también 76 latidos por minuto con un ritmo de pulso débil y una intensidad filiforme, presenta temperatura corporal de 36° centígrados y una glucosa en sangre de 83mg/dL.

Se realiza valoración de enfermería de acuerdo a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, como parte del modelo que se retoma y posterior desarrollar el PLACE de atención.

Patrón percepción/manejo de salud. Paciente femenina de 32 años de edad, niega alergias, actualmente cursando padecimiento de Insuficiencia renal Crónica en estadio 5, en tratamiento de hemodiálisis desde hace 12 años, acudiendo a sus sesiones 3 veces por semana (lunes, miércoles, viernes) al HGRO No. 1 (IMSS). Percibe su estado de salud como “regular”, niega tabaquismo, consumo de sustancias etílicas y otras sustancias tóxicas. Vive en casa propia con su hermana y sus sobrinos, la casa es de material de concreto, cuenta con todos los servicios básicos. Se realiza examen para la detección de cáncer cervicouterino según corresponde.

Patrón nutricional-metabólico. Refiere hacer tres comidas durante el día sin ingerir algún tipo de suplemento, habitualmente consume alimentos sólidos, en el desayuno come un

cuernito, manzana y té de manzanilla, durante la comida es pasta o arroz, una ración pequeña de carne y pocas verduras, para la cena toma té con pan tostado y alguna fruta, comúnmente ingiere 1500ml de líquidos en dos días, trata de apegarse lo más posible a su dieta prescrita de acuerdo a su padecimiento actual pero en ocasiones menciona que “no la llevo a cabo como debería”. Los alimentos que le desagradan son las calabacitas y el pollo, siente que últimamente su apetito ha disminuido por la presencia de náuseas en ocasiones. En los últimos 6 meses tuvo un aumento en su peso, llegando a los 43 kg, su talla actual es de 1.60 cm. Sin alteraciones en la masticación y deglución, cuenta con todas sus piezas dentarias. Refiere padecer estreñimiento ocasional durante la semana, cabello de color negro oscuro, largo, seco y suave al tacto. Sin edemas.

Patrón eliminación. Paciente refiere padecer ausencia de orina normalmente (anuria), evacuación una vez al día, presenta estreñimiento en ocasiones, regularmente de consistencia dura, abdomen blando con peristalsis adecuada.

Patrón actividad-ejercicio. Refiere presencia de calambres en miembros pélvicos inferiores, y dolor a la hora de la deambulación cuando se requiere ciertas distancias requeridas. Mantiene adoptada una correcta alineación corporal y puede mover todas las partes de su cuerpo. En sus tiempos libres realiza actividades recreativas como ver televisión y leer un libro. Sin presencia de ruidos respiratorios anormales y expansión torácica infraclavicular normal.

Patrón sueño-descanso. Habitualmente duerme 10 horas los días que no acude a sus sesiones de hemodiálisis. Durante el día toma una siesta de 2 a 3 horas aproximadamente, refiere que su sueño tiene buena calidad y es reparador. No hay situaciones que repercutan en su reposo y sueño actualmente por lo cual no tiene problemas para la conciliación del mismo

Patrón Cognitivo-Perceptivo. Paciente en estado de alerta, orientada en todas sus esferas, colabora en los procedimientos. Con presencia de sordera leve, zumbidos en el oído izquierdo. Sin molestias, ni presencia de dolor por el momento. Visión dentro de límites normales 20/20 no requiere el uso de auxiliares externos. Refiere no tener problemas para distinguir olores. Debido a una infección en el 2018 tuvo problemas en la memoria lo cual ahora tiene dificultad para recordar sucesos pasados en su vida. No presenta dificultad para la expresión clara de sus ideas, tiene buen tono de voz y sin problemas para tomar decisiones.

Patrón autopercepción-concepto. Refiere estar conforme con lo que es, siente satisfacción por terminar su licenciatura, pero le hubiera gustado tener una vida normal sin ningún tipo de padecimiento, se percibe a sí misma como una persona seria, estricta, por ratos estresada, pero también alegre al saber que tiene a sus seres queridos cerca de ella.

Patrón rol/relaciones. Actualmente vive en su casa propia, con su hermana que es menor que ella y sus sobrinos. Menciona que por el momento se encuentra en incapacidad temporal en el trabajo, se desempeña como Licenciada en Ciencias de la Educación, refiere que no pertenece a ningún club social, y que casi no frecuenta con amigos cercanos.

Patrón sexualidad-reproducción. Refiere tener relaciones satisfactorias con prácticas de sexo seguro utilizando métodos anticonceptivos, nuligesta, se siente insatisfecha por no tener hijos, menarquia a los 12 años de edad, no tiene prácticas de autoexamen mamario mensual.

Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés. No mantiene una expresión habitual de preocupación o tensión, explica no haber tenido pérdidas o cambios importantes en el

último año, cuando se encuentra tensa o estresado no realiza ninguna acción alternativa para calmarse, presenta estos episodios al menos 1 o 2 veces por semana.

Patrón de valores y creencias. Profesa la religión católica, considera que su religión es importante dentro de su vida, pero últimamente no acude a la iglesia ni solicita ayuda para cumplir con su religión dentro de su domicilio. Los valores importantes para ella son el respeto, la responsabilidad y darse el valor como persona.



### 3.2 Diagnósticos de enfermería.

Signos y síntomas	Dominio Alterado	Etiqueta	Características que lo definen	Factor Etiológico o Relacionado.
-Calambres -Dolor -Fatiga -Falta de energía	<b>Dominio 4:</b> Actividad/reposo  <b>Clase 04:</b> Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Riesgo de intolerancia a la actividad  (00004)		-Sedentarismo  -Astenia generalizada  -Dolor

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de intolerancia a la actividad r/c sedentarismo, astenia generalizada, dolor, fatiga

Signos y síntomas	Dominio Alterado	Etiqueta	Características que lo definen	Factor Etiológico o Relacionado.
-Distensión abdominal - Pérdida de apetito -Nauseas - Poca frecuencia de evacuaciones	<b>Dominio 3:</b>  Eliminación e intercambio  <b>Clase 02:</b> Función gastrointestinal	Estreñimiento  (00011)	<input type="checkbox"/> Disminución del volumen de heces <input type="checkbox"/> Disminución de la frecuencia <input type="checkbox"/> Distensión abdominal	Malos hábitos alimentarios

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Estreñimiento r/c malos hábitos alimentarios m/p disminución de volumen de heces, disminución de la frecuencia, distensión abdominal

Signos y síntomas	Dominio Alterado	Etiqueta	Características que lo definen	Factor Etiológico o Relacionado.
-Fiebre -Escalofríos Enrojecimiento	<b>Dominio 2:</b> Seguridad/Protección  <b>Clase 1:</b> Infección	Riesgo de Infección  (00004)		- Procedimiento invasivo (Fistula arteriovenosa)

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo (fistula arteriovenosa)

### 3.3 Planificación de intervenciones

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana	
			Mantener	Aumentar
<b>DOMINIO 01:</b> Salud funcional  <b>CLASE A:</b> Mantenimiento de la energía  <b>RESULTADO:</b> Resistencia (0001)	(102) Actividad física	Gravemente comprometido 1	2	3
	(106) Resistencia muscular	Sustancialmente comprometido 2	1	2
		Moderadamente comprometido 3	2	3
	(118) Fatiga	Levemente comprometido 4		
		(101) Realización de la rutina habitual	No comprometido 5	2

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana	
			Mantener	Aumentar
			<b>DOMINIO 04:</b> Conocimiento y conducta de la salud  <b>CLASE T:</b> Control del riesgo y seguridad  <b>RESULTADO:</b> Control de Riesgo (1902)	(192426) Identificar los factores de riesgo de infección  (192402) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección  (192404) Identifica riesgo de infección en las actividades diarias  (192411) Mantiene un entorno limpio

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana	
			Mantener	Aumentar
			<b>DOMINIO 02:</b> Salud fisiológica <b>CLASE K:</b> Digestión y nutrición  <b>RESULTADO:</b> Función gastrointestinal (1015)	(101503) Frecuencia de las deposiciones  (101505) Consistencia de las deposiciones  (101506) Volumen de las deposiciones  (101514) Distensión abdominal

### **3.4 Ejecución de intervenciones**

#### **Campo 01: Fisiológico básico**

Cuidados que apoyan el funcionamiento físico

#### **Clase A: Control de actividad y ejercicio**

Intervenciones para mejorar la actividad física

##### **1. Manejo de la energía**

Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones

#### **Actividades:**

- Determinar los déficits del estudio fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia
- Animar a realizar los ejercicios aeróbicos según la tolerancia
- Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria) coherente con los recursos energéticos del paciente

#### **Campo 01: Fisiológico: Básico**

Cuidados que apoyan el funcionamiento básico

#### **Clase A: Control de actividad y ejercicio**

Intervenciones para mejorar la actividad física

## **2. Fomento del ejercicio**

Facilitar regularmente la regulación de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud

### **Actividades:**

- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades
- Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su entorno semanal
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y efectos psicológicos del ejercicio
- Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico

## **Campo 02: Fisiológico complejo**

Cuidados que apoyan la regulación homeostática

### **Clase L: control de piel y heridas**

Intervenciones que ayudan a evitar las infecciones

#### **1. Cuidados del sitio de incisión**

Limpieza, seguimiento y fomento de curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas

### **Actividades:**

- Enseñar al paciente y/o la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión

- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión

## **Campo 04: Seguridad**

Cuidados que apoyan para mantener la seguridad de salud en el paciente

### **Clase V: Control de riesgos**

Intervenciones para evitar poner en riesgo la salud del paciente

#### **2. Protección contra las infecciones**

Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo

#### **Actividades:**

- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo
- Inspeccionar la existencia de eritema, color extremo o exudados en la piel y mucosas
- Enseñar al paciente y familiar a evitar infecciones
- Garantizar la seguridad del agua mediante la hipercloración e hipercalentamiento

## **Campo 01: Fisiológico básico**

Medidas que facilitan el autocuidado y control de evacuaciones

### **Clase B: Control de la eliminación**

Intervenciones para modificar o mantener un control de la eliminación en el paciente

#### **1. Manejo del estreñimiento/ Impactación fecal**

Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal

**Actividades:**

- Establecer una pauta de defecaciones
- Comprobar las defecaciones incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color
- Enseñar al paciente/familia para que registre color, volumen, frecuencia y consistencia de deposiciones
- Identificar los factores que puedan ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo

**Campo 01: Fisiológico básico**Medidas que facilitan el autocuidado y control de evacuaciones**Clase B: Control de eliminación**Intervenciones para modificar o mantener un control de la eliminación en el paciente**2. Control intestinal**Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal**Actividades:**

- Anotar la fecha de última defecación
- Monitorizar las defecaciones
- Instruir al paciente sobre las enfermedades de alto contenido en fibras
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos

### 3.5 Evaluación

Posterior a la ejecución del plan de cuidados de enfermería en la paciente con Insuficiencia Renal Crónica se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Con respecto a la movilidad física se pudo lograr un fomento al ejercicio de acuerdo a las capacidades de la paciente, aumentando ligeramente su resistencia muscular, la cual se encontraba gravemente comprometida aumentando a una escala en 2, lo que determina que la paciente tuvo la capacidad para la mejora de esta condición.
2. Se logro un aumento en la actividad física diaria del paciente, la cual se encontraba sustancialmente comprometida (2 en la escala de actividad física) a moderadamente comprometido (aumentado a 3); disminuyendo por ende el sedentarismo al que estaba acostumbrada habitualmente.
3. Las intervenciones aplicadas para la disminución de la fatiga han sido benéficas y se obtuvieron buenos resultados. La paciente mantiene su energía y tiene menor desgaste físico a la hora de realizar actividades físicas.
4. Se oriento a la paciente sobre los cuidados del sitio de incisión después de su cirugía de FAV, para evitar un posible riesgo de infección, el cual se encontraba sustancialmente comprometido, posterior a la explicación de los principios de asepsia para limpiar su herida, la importancia de mantener un entorno limpio, así como identificar los signos de infección, se aumentó a un nivel 4 (levemente comprometido).
5. Realizando las intervenciones correspondientes aumento la frecuencia de deposiciones de la paciente, no se consigue un aumento en cuanto a la consistencia de las deposiciones por lo tanto se mantiene sustancialmente comprometido (2 de acuerdo con la escala de medición).
6. Se observó que al disminuir el estreñimiento por consiguiente también disminuyo la distensión abdominal la cual se encontraba sustancialmente comprometida.
7. El volumen y la frecuencia en las deposiciones de la paciente se incrementó de buena manera alcanzando lo esperado, pasando de una medición 2 a moderadamente comprometido.



La evidencia en el PLACE demuestra que las acciones descritas fueron adecuadas para mejorar aquellas problemáticas de salud detectadas en la valoración inicial, lo que muestra que a través de la ejecución de las mismas se alcanzaron los objetivos propuestos.

## Capítulo IV. Plan de alta

El Plan de Alta (PA) consiste en una serie de recomendaciones que se le dan al paciente en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas por parte de la paciente e incluso de sus familiares; cabe destacar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras por parte del profesional de enfermería, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado por el enfermo y su familiar o cuidador. El PA se considera una herramienta útil en el proceso de transmisión de la responsabilidad del cuidado al familiar y cuidador primario, así como para otros profesionales de salud; en este el profesional de enfermería deberá de considerar de acuerdo a las necesidades del paciente un plan de cuidados específicos y personalizados. La responsabilidad del profesional de enfermería es proporcionar capacitación, generar confianza y seguridad al cuidador primario de acuerdo con el diagnóstico y requerimientos de cada enfermo; de esta manera se favorece la calidad del cuidado (Nava Galán, 2013).

El plan de alta es aquella última etapa en la que se le proporciona al paciente ciertos lineamientos para que pueda llevarlos a cabo durante su estancia domiciliaria y con ello haya el mínimo de reingresos a la unidad hospitalaria a menos que requiera parte de su tratamiento de Hemodiálisis. Para llevar a cabo estas acciones se realiza una valoración de los conocimientos que tiene acerca de la dieta, tratamiento médico y cuidados del catéter, ampliando y añadiendo toda la información que sea necesaria, haciendo hincapié que ante cualquier situación que considere necesaria para acudir al hospital se sienta libre de hacerlo (Guerrero Carreño, 2004). Por consiguiente, se agregan aquellas actividades referentes al PA que se elaboró para la paciente con IRC, las cuales se describen a continuación.

## **Información**

- Identificar al familiar o cuidador de la paciente dentro de su hogar para incluirlo en el plan de alta, con el objetivo de informarle los aspectos relacionados con el cuidado que debe de llevar, las intervenciones que se van a realizar y como se van a realizar.
- Incentivar a la paciente a que se integre a grupos sociales en medida que su capacidad lo permita, así como recibir asesoría para el cuidado y mantenimiento de su salud.
- Reforzar los conocimientos que ya se tienen por parte del familiar o cuidador y del paciente, para saber cómo actuar ante la aparición de algún signo y síntoma de alarma de acuerdo con su padecimiento actual, como puede ser el aumento de la temperatura, escalofríos, edema, fatiga, desorientación.

## **Dieta**

- La prevalencia de malnutrición calórica-proteínica en pacientes con IRC, es alta con alteración del compartimiento graso y proteínico. El estado nutricional en el inicio de la terapia renal sustitutiva es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en hemodiálisis.
- El plan nutricional debe ser individualizado, considerado los hábitos alimentarios y las posibilidades económicas, lo que puede garantizar el cumplimiento de la dieta.
- La paciente debe recibir orientación nutricional e información a través de un programa educacional y de acuerdo al daño renal la intervención específica.

Se recomienda:

1. Dividir la comida en varias raciones al día.
2. Tener horarios establecidos para su alimentación
3. Evitar alimentos que no son de su agrado en la dieta
4. Se debe controlar la ingesta de líquidos para evitar sobre carga hídrica

5. Aportar la cantidad de fibra permitida para evitar en lo posible signos de estreñimiento
6. Mejorar los hábitos alimenticios en la mayor medida posible, ofreciéndole varias opciones y de acuerdo con sus gustos
7. Motivación al apego a su dieta prescrita

### **Ambiente**

- Mantener el entorno del paciente lo más higiénico posible para evitar infecciones.
- No es recomendable la convivencia con animales (perros, gatos, aves) debido a que el pelo y las plumas pueden desencadenar reacciones alérgicas e infecciosas.
- Situar al paciente en una habitación donde no exista algún riesgo de caídas por escalones o escaleras, y que sea de fácil acceso.
- Proporcionar un ambiente de tranquilidad en los espacios del hogar donde le guste descansar.
- Evitar exponerse a altas temperaturas climáticas debido a que puede ocasionar una deshidratación.

### **Recreación y uso del tiempo libre**

- Animar a que acude a lugares recreativos cercanos a su domicilio
- Estimular a la paciente para que fortalezca los nexos con amistades realizando visitas, o recibir visitas siempre y cuando no implique un riesgo
- Proponer actividades recreativas de acuerdo con sus gustos y posibilidades físicas.
- Aprender una nueva habilidad, tomar un curso, leer libros de acuerdo con sus preferencias.
- Desarrollar actividades al aire libre, disfrutar de la naturaleza es una excelente forma de relajarse tras todos los cambios en su vida

## CONCLUSIÓN

La visión global de los procesos de salud y enfermedad constituyen una característica fundamental de enfermería, que adquiere una relevancia especial en los nuevos roles y obligaciones que conlleva la profesión en desempeños laborales muy especializados que, frecuentemente aminoran las funciones asistenciales y el cuidado directo de los pacientes, en favor de tareas más técnicas y menor contacto humano. Pese a los múltiples desempeños laborales, esta visión holística extiende la capacidad de cuidar en todos los ámbitos en los que se desenvuelve enfermería, inclusive con el mismo personal.

El proceso de atención de enfermería constituye una herramienta poderosa, eficiente y capaz de diagnosticar, abordar, y aplicar las intervenciones correspondientes del cuidado enfermero a través de él, incluyendo la propia labor profesional. Por medio de la comunicación efectiva y fluida entre los profesionales de enfermería en un clima de entendimiento positivo se logra una retroalimentación, teniendo como mayor y primordial beneficiario al paciente, siendo a su vez el cuidado el objetivo en común.

Como se pudo observar el presente plan de cuidados se elabora para mejorar la capacidad de autonomía en la gestión de salud de una paciente con Insuficiencia Renal Crónica, mediante una valoración que permite reconocer cuales son aquellas problemáticas sobre las que hay que trabajar, se realizara una planificación y posterior se ejecutan para observar cuales son los cambios que se desarrollaron en la paciente, cabe destacar que la educación para la salud se realiza en todo momento como pieza fundamental en cualquier plan de cuidados.

Fue de importancia que la paciente comprendiera la positividad de mejorar sus hábitos y modificar de manera efectiva sus actividades sobre todo aquellos que realiza

en su vida cotidiana, orientadas a buenos estilos de vida (mejora en su alimentación, actividades físicas de acuerdo a su condición actual e identificación de riesgos, entre otros) tratando siempre de comunicárselo al profesional correspondiente. Cabe destacar que, dentro de todo el equipo multidisciplinario, el profesional de enfermería es quien asume el papel más importante para garantizar una mejora en la calidad de vida del paciente, gracias a que es con quien más se tiene contacto durante su atención.

Mediante el proceso de atención de enfermería se utilizó un modelo centrado en el usuario que logro un grado de satisfacción, permitió una mayor autonomía y continuidad en los objetivos; la evolución se fue documentando por el personal de enfermería, lo que impera que la información es continua y completa, con ello a través del formato PLACE se deja constancia de todo aquello que se realizó, permitiendo el intercambio y contraste de información que llevara a la investigación para futuros profesionales.

Por consiguiente, podemos decir que el proceso de atención de enfermería es de suma importancia para la atención de los pacientes ya que permite a la enfermera utilizar el pensamiento crítico para efectuar diagnósticos de problemas de salud reales o potenciales, además de que permite brindar cuidados de enfermería más eficaces orientadas no solo al bienestar del paciente, sino también de su familia y la sociedad en general, en donde el paciente participa en su propio cuidado.

Es por ello que se puede concluir que el proceso de atención de enfermería refiere las siguientes ventajas para el estudiante y todo aquel profesional que decide utilizar este proceso como una de las bases principales para la ejecución de cuidados:

- La evaluación continua y la reconsideración de los cambios en las necesidades del paciente, aseguran un nivel apropiado de calidad.

- El tener que escribir diagnósticos de enfermería y planes de atención estimula a los estudiantes de enfermería a mantenerse actualizados, ya que estos documentos sirven de fuente.
- Los planes de atención bien desarrollados pueden ahorrar tiempo, energía y frustración, favoreciendo un trabajo coordinado.
- Ayuda a la asignación de cuidados y funciones al equipo de enfermería.
- El PAE también fomenta el crecimiento profesional.

## REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO) (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*, 8.
- Butragueño, M. D. (2005). Diagnosticos de enfermeria en pacientes de . *revistaseden*, 5
- CABRERA, S. S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de. *NEFROLOGÍA. Volumen 24. Suplemento Nº 6*, 8.
- Colmenarez, J. (2012). Modelos y teorías de Enfermeria . *Enfermería Comunitaria II*, 17.
- Estrada, E. F. (2014). Aplicación del Proceso Atención de Enfermería en. *Universidad Autónoma del Estado de México*, 216.
- Fernández-Sola, Cayetano et al. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2012, v. 46, n. 6 [Accedido 24 Agosto 2021] , pp. 1415-1422. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600019>>. Epub 30 Ene 2013. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600019>.
- Fernández, S. P. (2017). breve estudio sobre . *Trabajo de Fin* , 23.
- Ferreira, M. d. (2011). Enfermería – el arte y la ciencia de la. *Enfermagem - arte e ciência do cuidado*, 2.
- García Hernández, María de Lourdes, & Cárdenas Becerril, Lucila, & Arana Gómez, Beatriz, & Monroy Rojas, Araceli, & Hernández Ortega, Yolanda, & Salvador Martínez, Cristina (2011). construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20( ),74-80.[fecha de Consulta 24 de Agosto de 2021]. ISSN: 0104-0707. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163009>
- Guía-Yanes, M. A. (2019). Enfermería: evolución, arte, disciplina, . *Revista de Salud VIVE. Revista de Investigación en Salud*, 9.
- Guerrero Carreño, S (2004). Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal aguda. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(3), 56-61. Recuperado en 20 de agosto de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752004000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752004000300008&lng=es&tlng=es).
- Hernández Perez, M. J. (2002). Operacionalización del proceso de atencion de *enfermeria*. *Revista Mexicana de Enfermeria Cardiologica Vol. 10*, Num.2, p. 62-66. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>



Hernán, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.) (2015). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación, 2015-2017. Edición hispanoamericana, Barcelona: Elsevier

Hipólito TJ, Cruz CM. Seguridad en el cuidado de enfermería al paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. *Rev Mex Enf Cardiol.* 2011;19(3):99-104.

Juárez-Rodríguez, P. A., & García-Campos, M. de L. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, (17), 109–111.

López-Heydeck SM, López-Arriaga JA, MontenegroMorales LP, Cerecero-Aguirre P, Vázquez-de Anda GF. Análisis de laboratorio para el diagnóstico temprano de insuficiencia renal crónica. *Rev Mex Urol.* 2018 ene-feb;78(1):73-90. DOI: <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i1.1601>

Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-crnica-136>. Nefrología al día. Enfermedad Renal Crónica. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>. Consultado 25 Aug 2021.

Martínez, F. T. (2013). Enfermería: del arte a la ciencia o de la ciencia al arte. *Enfermería Neurológica*, 3.

Rodríguez Martínez, Roynel. (2012). Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(4), 474-484. Recuperado en 25 de agosto de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400004&lng=es&tlng=es).

Mayancela Zumba, M. A., Villegas Guerrero, E. K., Adrián Cajas, A. J., & Torres Yamunaque, Y. A. (2021). Insuficiencia renal crónica y estadificación. *reciamuc*, 5(1), 42-53. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.42-5](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.42-5)

Méndez-Durán, .. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *dialisis y trasplante*, 5.

Miranda-Limachi K.E., R.-N. Y.-C. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como. *Enfermería universitaria*, 2.

Moya Quingaluisa, M. F. (2018). *Factores que influyen en la no aplicación del proceso de atención en enfermería en el ámbito hospitalario* (Licenciatura). Universidad técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud.

National Institutes of Health. Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: hemodiálisis. Recuperado de: [www.niddk.nih.gov](http://www.niddk.nih.gov)

Navarrete Cortés, L., & Santiago García, S. (2010). Aplicación de un Plan de Cuidados Enfermeros utilizando el modelo de Virginia Henderson (catorce necesidades) a una

persona que presenta lesiones causadas por pénfi go vulgar. *Revista De Enfermería Neurológica*, (13), 37–42.

Orozco B, R. (2010). *Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC)* (21.ª ed., pp. 779–789). Santiago de Chile: Revista Médica Clínica Condes. Recuperado de <file:///D:/tratamiento%20renal.pdf>

Planes de cuidado de enfermería en atención especializada: Estandarización extrema. Merida. Servicio Extremeño de Salud. 2011.

Ramírez-Eliás, A. (2018). Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Universitaria*, 13(2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>

Ramos-Alcocer J. R., O. I.-N.-D. (2021). Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica . *Archivos en Medicina Familiar*, 9.

Reina G., N. C. (2010). *El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado*. (17.ª ed., pp. 18–23). Bogotá, Colombia: Umbral científico. Recuperado de <file:///D:/Articulos%20PAE/etapas%20del%20pae/el%20pae%20y%20sus%20etapas.pdf>

Renjel Claros, Fernando (2010). Trasplante Renal: una mejor alternativa para los nefrópatas crónicos. *Revista Científica Ciencia Médica*, 13 (1), 25-30. [Fecha de Consulta 25 de Agosto de 2021]. ISSN: 1817-7433. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041220009>

Sánchez García A, Zavala Méndez MC, Pérez Pérez A. Hemodiálisis: proceso no exento de complicaciones. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Soc.* 2012; 20(3):131-137

Suarez, J. L. (2010). Manual de Valoración de Patrones. *Servicio de salud del principado de asturias* , 34.

Trujano TS, Santiago GS. Proceso de atención enfermero a persona con insuficiencia renal crónica. *Enfermería Neurológica (México)*. 2012; 11(1):30-33.

Valdés Álvarez, E., Gómez Rodríguez, J., Moreno-Martínez, F., Soutuyo Rivera, J., & Águila Sánchez, R. (2015). Propuesta de acciones independientes de enfermería para la atención del paciente en el Servicio de Cardiología Intervencionista / Proposal of independent nursing actions for patient care in the Department of Interventional Cardiology. *CorSalud*, 7(2), 154-157. Recuperado de <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/39>

Vargas, Z. G. (2017). *Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería. Tomo I*. Cali, Colombia

Vele Bacuilima, S. L., & Veletanga León, D. E. (2015). “Aplicación del proceso de atención de enfermería de las enfermeras/os, que laboran en el hospital regional Vicente

*corral Moscoso, cuenca 2015"* (Licenciatura). Universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería.

Zamudio, C. T. (2003). Insuficiencia renal crónica. *Revista Medica Herediano*, 4.

## GLOSARIO

**Hipertensión arterial:** Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta. Generalmente, la hipertensión se define como la presión arterial por encima de 140/90 y se considera grave cuando está por encima de 180/120.

**Diálisis:** La diálisis trata la insuficiencia renal en fase terminal. Dicho tratamiento elimina sustancias dañinas de la sangre cuando los riñones no lo pueden hacer.

**Hemodiálisis:** La hemodiálisis es un tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos. Ayuda a controlar la presión arterial y a equilibrar los minerales importantes en la sangre como el potasio, el sodio y el calcio.

**Metaparadigma:** Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

**Excretar:** Eliminar el material de desecho de la sangre, los tejidos o los órganos por medio de una secreción normal

**Ocio:** Ocio es el tiempo de una persona para descansar y aprovecharlo en actividades que no sean meramente laborales, es un tiempo para realizar todo aquello que al individuo le guste y le divierta.

**Auscultación:** La auscultación es un método que se utiliza para escuchar los sonidos del cuerpo durante un examen físico mediante un estetoscopio. Los órganos que más comúnmente se auscultan son los pulmones, el corazón y los intestinos.

**Percusión:** Es un método que consiste en dar golpecitos suaves en partes del cuerpo con los dedos, las manos o con pequeños instrumentos como parte de una exploración física.

**Psicomotricidad:** La psicomotricidad es una disciplina encargada de valorar y trabajar las facultades sensoriales, motrices, emocionales y cognitivas de la persona. El término psicomotricidad hace referencia, por un lado, a la parte de la psicología y, por otro lado, a la motricidad del ser humano.

**Sistematizado:** Que está ordenado siguiendo una estructuración lógica

**Uremia:** es un trastorno del funcionamiento renal que se produce cuando los riñones no pueden eliminar correctamente la urea del cuerpo, de modo que los desechos de la orina se acumulan en la sangre y pueden darse otra serie de enfermedades.

**Creatinina:** La creatinina es un compuesto químico que resulta de los procesos de producción de energía de los músculos. Los riñones sanos filtran la creatinina de la sangre. La creatinina sale del cuerpo como un desecho en la orina.

**Nicturia:** Se denomina **nicturia** (o nocturia) al hecho de despertarse por la noche frecuentemente con la necesidad de orinar, algo que, llevado a su extremo, puede acabar provocando no solo una situación molesta, sino cansancio y somnolencia al día siguiente por la falta de descanso.

**Letargo:** Estado de cansancio que implica la disminución de la energía, la capacidad mental y la motivación.

**Pardusco:** Son áreas de pigmentación parduscas, más o menos claras, según su evolución; con formas y tamaños variables, que aparecen en la cara, cuello, escote, brazos y manos, y en general en zonas expuestas al sol. Son debidas a un crecimiento o aumento de actividad de los melanocitos

**Proteinuria:** La proteinuria está definida por la presencia de proteínas en la orina. En los adultos se refiere a una excreción urinaria de estas superior a 150 mg en 24 horas. Se ha utilizado como un marcador de lesión renal, constituyéndose en uno de los datos más importantes para el nefrólogo.

**Glomerulonefritis:** es una enfermedad del riñón que se produce por procesos en los que se afecta la estructura y función del glomérulo renal.

**Nefroesclerosis:** es el daño renal progresivo causado por una presión arterial elevada (hipertensión) de larga duración mal controlada. La persona puede desarrollar síntomas de enfermedad renal crónica, como pérdida de apetito, náuseas, vómitos, prurito y confusión.

**Nefropatía diabética:** La nefropatía diabética es una complicación común de la diabetes tipo 1 y tipo 2. Con el tiempo, la diabetes mal controlada puede causar daño a los grupos de vasos sanguíneos en los riñones que filtran los desechos de la sangre. Esto puede causar daño renal y presión arterial alta

**Filtrado glomerular:** La tasa de filtración glomerular (TFG) es un examen utilizado para verificar qué tan bien están funcionando los riñones. Específicamente, brinda un cálculo aproximado de la cantidad de sangre que pasa a través de los glomérulos cada minuto.

**Sedimento urinario:** Sedimento que se obtiene de una muestra de orina de emisión reciente, de la cual se centrifugan 10 cm a 2.000 revoluciones por minuto, durante cinco minutos, y se desechan los 9 cm del sobrenadante.

**Disuria:** La disuria es el dolor o la molestia al orinar, generalmente en forma de una sensación de ardor intenso. Algunos trastornos causan un dolor fuerte sobre la vejiga o el periné. La disuria es un síntoma muy común en las mujeres, pero puede aparecer en los hombres y presentarse a cualquier edad.

**Polidipsia:** La polidipsia (beber mucha agua) se define como un consumo de agua superior a los 100ml/Kg/día.

**Ultrasonografía:** Procedimiento en el que se usan ondas de sonido de alta energía para observar los tejidos y órganos del cuerpo. Las ondas de sonido crean ecos que forman imágenes de los tejidos y órganos en una pantalla de computadora (ecograma).

**Catéter Tenckhoff:** es una prótesis similar a un tubo redondo, comúnmente de silicona. El catéter consta de 3 segmentos bien definidos, una porción intraperitoneal con perforaciones para facilitar el paso del líquido de diálisis del exterior a la cavidad peritoneal y viceversa.

**Dializador:** es el elemento central de la hemodiálisis, donde se producen el intercambio de sustancias entre la sangre y el líquido de diálisis (LD); la ultrafiltración (UF) y la retro filtración.

**Defecación:** Movimiento de las heces (alimentos no digeridos, bacterias, moco y células del revestimiento de los intestinos) a través del intestino y fuera del ano. También se llama deposición y evacuación intestinal.

**Edema:** El edema, una afección en la que los líquidos se acumulan en los tejidos del cuerpo, puede ser causado por algunos tipos de quimioterapia, por ciertos cánceres y por padecimientos no relacionados con el cáncer.

**Escalofríos:** Sensación de tener frío, a menudo acompañada de temblores o escalofríos, aunque no estés necesariamente en un ambiente frío.

**Holística:** La **holística** se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado.

**Autonomía:** La autonomía como capacidad se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas.

**Estreñimiento:** El estreñimiento ocurre cuando las heces son menos frecuentes, dolorosas o secas y difíciles de evacuar. El estreñimiento comienza cuando el cuerpo absorbe más agua o indica a los alimentos a desplazarse más lentamente por los intestinos. Es un síntoma frecuente, pero controlable, en las personas con cáncer.

**Hipercloracion:** introducción de gran cantidad de cloro en aguas para su desinfección

**Hipercalentamiento:** supe calentar (a veces llamado sobrecalentamiento, retardación de la ebullición o defervescencia) es el fenómeno por el que un líquido se calienta a una temperatura superior a su punto de ebullición normal sin que se produzca ebullición. Esto se puede conseguir calentando rápidamente una sustancia homogénea sin perturbarla (para evitar introducir burbujas de agua en los puntos de nucleación).

**Eritema:** El eritema es un trastorno de la piel que se produce cuando hay un exceso de riego sanguíneo por vasodilatación. Provoca enrojecimiento e inflamación y es un síntoma de varias enfermedades infecciosas y de la piel.

**Exudado:** El exudado es líquido que se filtra desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos cercanos. Este líquido está compuesto de células, proteínas y materiales

sólidos. El exudado puede supurar a partir de incisiones o de zonas de infección o inflamación. También se conoce como pus.

**Incisión:** La sutura es el material destinado a favorecer la cicatrización de una herida mediante el cosido quirúrgico de los bordes de la misma con objeto de mantenerlos unidos. Las suturas pueden ser de hilo, grapas, bandas de cierre de piel (steri-strip) o adhesivos tópicos.

**Homeostática:** Estado de equilibrio entre todos los sistemas del cuerpo que el cuerpo necesita para sobrevivir y funcionar correctamente. En la homeostasis, las concentraciones de ácido en el cuerpo, la presión arterial, el azúcar en la sangre, los electrolitos, la energía, las hormonas, el oxígeno, las proteínas y la temperatura se ajustan constantemente para responder a los cambios en el interior y el exterior del cuerpo. De esa manera, todos los sistemas se mantienen en un nivel normal.

**Distensión abdominal:** es un problema del aparato digestivo que se puede dar tanto en personas con un peso bajo o adecuado como con sobrepeso u obesidad (según el IMC); aunque la sensación de hinchazón es más evidente en las personas que no tienen un exceso de peso. Las mujeres son las que más refieren este problema, pero no es exclusivo del sexo femenino. En muchos casos, se debe a algún problema digestivo que se suele solucionar con un cambio en la alimentación.

**Calambre:** Un calambre muscular es una contracción repentina e involuntaria de uno o más músculos. Si alguna vez te despertaste por la noche o tuviste que detenerte por un calambre repentino, sabes que los calambres musculares pueden causar dolor intenso.

**Astenia:** es una enfermedad que hace que quienes la padecen no puedan salir a caminar, correr o algún otro método que requiera de mucho esfuerzo. Puede llegar a ser mortal, por lo que más de un minuto de ejercicio puede llegar a matar a una persona asténica.



## ANEXOS

### Anexo 1

#### Guía de valoración de enfermería según patrones funcionales de Marjory Gordon

Nombre (siglas): X.L.D

Fecha de nacimiento: 16/Agosto/1988

Domicilio: Andador 13 # 99 unidad habitacional "el trébol"

Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: Tratamiento de Hemodiálisis

#### Antecedentes familiares:

- |                                        |               |
|----------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes:     | Neoplasias:   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión: | Cardiopatías: |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión:  | Tuberculosis: |
| <input type="checkbox"/> Artritis:     | Enfermedades  |
| <input type="checkbox"/> Trastornos    | Neurológicas: |
| Psiquiátricos:                         | Hepatopatías: |
| <input type="checkbox"/> Alergias:     | Enfermedades  |
|                                        | Endocrinas:   |

#### Antecedentes personales:

- |                                        |            |
|----------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes:     | Artritis:  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión: | Epilepsia: |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías: | obesidad:  |

Traumatológicos: Negadas

Alergias: Negadas

Quirúrgicos: Colocación de catéter para diálisis peritoneal (tenckhoff) 2009, Colocación de catéter para hemodiálisis 2015, Cirugía para fistula 2017 brazo izquierdo, Cirugía fistula brazo derecho 2021

Medicamentos: Levotiroxina ¼ de tableta de lunes a viernes y ½ tableta sábado y domingo

Carbonato de calcio 150mg (6 pastillas al día)

#### 1. Aspecto general:

Edad real: 32 años

Edad aparente: 38 años

Aliñada. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Facie: De tranquilidad

Estado de conciencia: Alerta

Responde a preguntas (colaborador) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Postura adoptada: libremente escogida

2. Signos vitales:

Temperatura: 36°C (axilar)

Pulso:

- Frecuencia: 76 latidos/min
- Ritmo: Pulso débil
- Intensidad: filiforme

T/A: 90/60mmHg

Respiratorio/circulatorio:

- Frecuencia: 18/min
- Ritmo: Normal
- Simetría: Tórax sin deformidades

-Auscultación de campos pulmonares:

Sonido (estertores, sibilancias, roncus) Especificar: Sonidos normales sin alteración

Tirajes (intercostal, subcostal, retracción esternal) Especificar: No observados

Tos No \_\_\_ Si \_\_\_ Especificar con expectoración de secreciones \_\_\_\_\_

Seca \_\_\_\_\_ mucho esfuerzo \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

-Inspección y palpación de estado vascular periférico:

Red venosa: visible

Varicosidades: En brazo izquierdo por proceso quirúrgico (FAV)

Llenado capilar:(alterado/sin alteración): Sin alteración, menor a 2 segundos

Catéter vascular (sitio y características): Ausente

**Patrón mantenimiento y percepción de la salud**

A. Historia de su salud: paciente refiere que fue hace 12 años (2009) cuando la diagnosticaron con su padecimiento actual.

B. Como la percibe en este momento: Bien \_\_\_ Regular \_\_\_ Mal \_\_\_

C. Hábitos de cuidados bucodental. 3 veces al día \_\_\_ 2 o menos \_\_\_ nunca \_\_\_

D. Hábitos de higiene general. Baño diario \_\_\_ cada tercer día \_\_\_ otros \_\_\_

-cambios de ropa al bañarse \_\_\_ cambio de ropa sin baño \_\_\_

-lavado de manos. Si \_\_\_ No \_\_\_ A veces \_\_\_ Antes y después de comer \_\_\_ Antes y después del uso del sanitario \_\_\_

E) Consumo de tabaco. (-) de una cajetilla al día \_\_\_ (+) de una cajetilla al día \_\_\_

Tiempo que fumo: \_\_\_ nunca \_\_\_ lo dejo (fecha) \_\_\_

- Bebidas con contenido alcohólico. Nunca\_\_\_tipo y cantidad: al día\_\_\_  
a la semana\_\_\_al mes\_\_\_lo dejo\_\_\_tiempo que consumió\_\_\_

Otras sustancias: No\_\_\_Si\_\_\_

- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo)  
Si\_\_\_periodicidad: cada 3 meses No\_\_\_  
Revisión dental: Si\_\_\_periodicidad\_\_\_\_\_No\_\_\_

## **PATRON NUTRICIONAL METABOLICO**

Talla actual: 1.60 mts.

Peso actual: 43 Kg Variaciones de peso (últimos 6 meses) Ninguno\_\_\_Aumento\_\_\_  
Disminuyo\_\_\_

Apetito: Normal\_\_\_Aumentado\_\_\_Disminuido\_\_\_Perdido\_\_\_

Alimentos que desagradan: pollo y calabacitas

Presencia de nauseas\_\_\_vómitos\_\_\_otros\_\_\_

Alergias alimentarias: Negadas

Ingesta de líquidos al día: 1500 ml en dos días

Dieta actual: Desayuno (cuernito. Manzana, te de manzanilla) Comida (pasta arroz,  
poca carne, pocas verduras) Cena (pan tostado, te, manzana)

Encías: Dentro de límites normales, con coloración normal, hidratada y sin lesiones.

Lengua: Saburral.

Piezas dentarias\_ Integras Si\_\_\_No\_\_\_

Higiene adecuada. Si\_\_\_No\_\_\_

Piel. Color: obscura Lesiones: sin lesiones Cicatrices: con fistula en miembro superior izquierdo. En pecho por catéter para hemodiálisis Edema: s/n edema.

## **PATRON DE ELIMINACIÓN**

- **Urinario**  
Cantidad: Ausente  
Características:  
Frecuencia: Ausente  
Retención: Ausente  
Urgencia miccional: Ausente  
Uso de diuréticos: No ¿Desde cuándo?:  
Incontinencia: No ¿Desde cuándo? / Frecuencia:
- **Intestinal**  
Frecuencia: 1 evacuación al día

Características: Como una salchicha compuesta de fragmentos

Estreñimiento: Ocasional 2 veces x semana aproximadamente

Diarrea: No ¿Desde cuándo? / Frecuencia:

Uso de Auxiliares: No ¿Desde cuándo?

### Patrón de actividad ejercicio

- Ha percibido cambios en la función cardiaca al realizar actividades cotidianas. No \_\_\_ Si \_\_\_ Especifique: palpitaciones, lipotimias, presencia de marcapaso.
- Ha sentido cambios en patrón respiratorio. No \_\_\_ Si \_\_\_ Especificar. (Fatiga disnea al caminar, al comer, subir escalera; al estar acostado. Etc)
- Ha presentado cambios en estado vascular periférico. No \_\_\_ Si: presencia de FAV en miembro superior izquierdo.
- Ha percibido cambios neuromusculares. No \_\_\_ Si. Presencia de calambres en miembros pélvicos
- En tiempos libres que actividades realiza: Recreativas \_\_\_ Domesticas \_\_\_ Especificar. Ver televisión, leer un libro, salir con la familia cuando me encuentro de ánimos y con energías

	0	1	2	3	4	Frecuencia/Semana
Baño/higiene	x					4 veces
Comer/beber	x					Todos los días
Vestirse/arreglarse	x					Todos los días
caminar				x		3 veces
Limpieza/ arreglo del hogar	x					3 veces
Ir de compras						No lo realiza
Cocinar						No lo realiza
Subir escaleras						No lo realiza
Movilizarse en cama	x					Todos los días
Trabajar						No lo realiza
Ejercicio (Caminar)	x					3 veces

0= independiente	1= Con aparato auxiliar	2= Ayuda de otros
3= ayuda de otros y equipo	4=Dependiente/ incapacitado	

### Patrón de sueño y descanso

- Habito. Horas de sueño nocturno: 10 horas (cuando no tiene sesión de hemodiálisis) Horario de sueño: 11:30 PM- 10:00 AM
- Siesta. No \_\_\_ Si \_\_\_ Especifique tiempo. 2 a 3 horas al día
- Apoyos para dormir. Especifique. No
- Presencia de cambios de humor. Si bostezos \_\_\_ Ojeras \_\_\_

### Patrón Cognitivo- Perceptivo

Orientación	Si	No
Lugar	X	

Nombre completo	X	
Fecha de nacimiento	X	
Ocupación	X	
Domicilio	X	
Ciudad	X	
Día/ Mes/ Año	X	
Edad	X	

- Audición: Dentro de límites normal\_\_\_ alteración\_\_\_ sordera: ligera, del oído izquierdo Zumbidos: en ocasiones en oído izquierdo Auxiliares auditivos oído externo: íntegro sin deformidades y alteraciones Limpios. Si\_ No\_\_\_
- Vértigo. Si\_\_\_No\_\_\_Molestias y /o dolor: Ninguna\_\_\_agudo\_\_\_crónico\_\_\_
- Visión: dentro de límites normales Alteración. Ninguna, reflejos pupilares presentes y simétricos en ambos ojos. Ojos limpios\_\_\_ Secreciones conductos lagrimales permeables\_\_\_
- Audición: íntegra al susurro/ prueba de diapasón. Si\_\_\_No\_\_\_
- Olfato: Problemas para distinguir olores: No
- Tacto: Con alteración provocado por hipotiroidismo
- Memoria, íntegra\_\_\_\_\_ alteración Especifique. La paciente refiere que debido a un evento en el año 2018 en donde quedó inconsciente ella refiere olvidar algunas cosas
- Lenguaje: tono de voz: Grave Fluidez en discurso. Se expresa con claridad y facilidad.
- Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) Refiere que se le facilita aprender escuchando y observando
- Dificultad para tomar decisiones: No\_\_\_Si\_\_\_

### **Patrón autopercepción y concepto de sí mismo**

- Percepciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad (económicas, de autocuidado, de empleo, amputaciones, cicatrices) Ninguna por el momento
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste. No tener la vida de antes de padecer su enfermedad
- Descripción como persona: Alegre\_\_\_Seria\_\_\_\_\_ temerosa\_\_\_optimista\_\_\_ irritable\_\_\_ otros\_\_\_\_\_
- Conformidad con lo que es. Si
- Pérdida de interés por las cosas. No\_\_\_Si\_\_\_
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión. No\_\_\_Si\_\_\_
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año. No\_\_\_Si\_\_\_
- Que le ayudaría a sentirse mejor por el momento. Nada por el momento

### **Patrón rol- relaciones**

- Profesión y/o ocupación: Lic. En Ciencias de la Educación situación actual: Empleado\_\_\_desempleado\_\_\_Incapacidad temporal\_\_\_Pensionado\_\_\_

- Sistema de apoyo: (con quien vive) cónyuge\_\_\_\_ vive solo\_\_\_\_ vecinos\_\_\_\_ amigos\_\_\_\_ Vive con familia\_\_\_\_ No. Miembros 7 hermana mayor 32 años maestra, 2 sobrinas de 18 y 17 años de edad, estudiantes, un sobrino de 23 años maestro y otras dos niñas de 10 años Especifique: edad, sexo, ocupación.
- Papel que desempeña en la familia: dependiente\_\_\_\_ proveedor cuidador Algún problema por ello No ninguno, cuidadora de sus sobrinos. Especifique con quien.
- Correspondencia de la comunicación verbal con la no verbal al comunicarse: Si No\_\_\_\_
- Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunica. Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- Pertenece a algún grupo, asociación, club, etc. No\_\_\_\_ Si\_\_\_\_

### **Patrón de sexualidad- reproducción**

- Satisfecha con el número de hijos procreados. Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Especifique. Refiere que le hubiera gustado al menos tener un hijo
- Prácticas de autoexamen mamario mensual. Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- Examen cervicouterino anual. Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ fecha del ultimo: Julio de 2020
- Prácticas de sexo seguro. Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Uso de preservativos

### **Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés**

- Expresión habitual de la tensión o preocupación (llanto, ira, congoja, molestias físicas) No ningún sentimiento por el momento
- Acciones que realiza para controlar la tensión o ira. (beber alcohol, leer, comer, fumar, tomar medicamentos, café, etc.) No tomo ni realizo nada
- Frecuencia con la cual presenta estas respuestas al estrés. Si\_\_\_\_ 1-2 veces al mes\_\_\_\_ 1-2 veces a la semana\_\_\_\_ Diariamente\_\_\_\_

### **Patrón Valores y creencias**

- Prácticas de alguna religión. No\_\_\_\_ Si católica. Especifique cual.
- Restricciones por su religión. No\_\_\_\_ Si\_\_\_\_ Cuales\_\_\_\_
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio. No\_\_\_\_ Si\_\_\_\_
- Valores morales más importantes Respeto, responsabilidad

## Anexo 2.



Orizaba Veracruz, 21 de Mayo del 2021

M.E Alicia Sánchez Ortiz  
**Director técnico de enfermería UNAM**

Mi nombre es Bryan Omar Méndez González egresado de la Universidad de Sotavento Campus Orizaba. Por el momento me encuentro desempeñando mi acreditación para iniciar mis trámites profesionales de titulación por la modalidad de ejecución de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) . Este tiene como objeto la aplicación de un método documentado y estandarizado dirigido a la práctica asistencial que permite a los profesionales de enfermería prestar los cuidados necesarios de una forma estructurada, ordenada , efectiva y oportuna. Por ello es preciso recabar datos personales, como las características de la vivienda, antecedentes familiares, personales, hábitos higiénicos, de alimentación, ejercicio entre otros. Todo esto con el designio de mejorar las condiciones del paciente, mediante la mencionada valoración , consiguiendo mejorar su situación de salud actual.

Yo Xiomara López Derantes

\_\_\_\_\_  
declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada "PAE", éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Universidad de Sotavento. Entiendo que este estudio busca conocer datos personales de mi persona y sé que mi participación se llevará a cabo dentro de mi hogar, y consistirá en responder una serie de preguntas. Se me ha explicado que la información registrada será confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito más que a lo competente a este trabajo.

  
\_\_\_\_\_  
Firma

### Anexo 3.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
<b>DOMINIO 4:</b> Actividad/reposo <b>Clase 4:</b> Respuestas cardiovasculares/pulmonares <b>Etiqueta Diagnóstica:</b> Riesgo de intolerancia a la actividad (00004) <b>Relacionado con:</b> Sedentarismo Astenia generalizada, dolor, fatiga	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIONES DEL RESULTADO	
	<b>DOMINIO:</b> 01 Salud funcional  <b>CLASE A:</b> Mantenimiento de la energía  <b>RESULTADO:</b> Resistencia (0001)	102) Actividad física	Gravemente comprometido 1	Mantener 2	Aumentar 3
		(106) Resistencia muscular	Sustancialmente comprometido 2		
		(118) Fatiga	Moderadamente comprometido 3	1	2
		(101) Realización de la rutina habitual	Levemente comprometido 4	2	3
		No comprometido 5	2	4	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					
CAMPO 01: FISIOLÓGICO-BÁSICO		CAMPO 01: FISIOLÓGICO-BÁSICO			
CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO		CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO			
INTERVENCION INDEPENDIENTE: MANEJO DE LA ENERGIA		INTERVENCION INDEPENDIENTE: FOMENTO DEL EJERCICIO			
ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: <input type="checkbox"/> Determinar los déficits del estudio fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto <input type="checkbox"/> Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia <input type="checkbox"/> Animar a realizar los ejercicios aeróbicos según la tolerancia <input type="checkbox"/> Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria) coherente con los recursos energéticos del paciente		ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: <input type="checkbox"/> Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades <input type="checkbox"/> Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su entorno semanal <input type="checkbox"/> Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y efectos psicológicos del ejercicio <input type="checkbox"/> Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico			
ELABORO: Mendez González Bryan Omar					



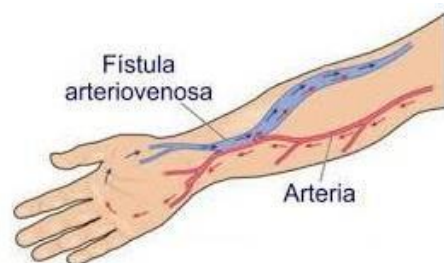
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
<b>DOMINIO 3:</b> Eliminación e intercambio <b>Clase 02:</b> Función gastrointestinal <b>Etiqueta Diagnóstica:</b> Estreñimiento (00011) <b>Relacionado con:</b> Malos hábitos alimentarios  <b>Manifestado por:</b> disminución de volumen de heces, disminución de la frecuencia, distensión abdominal	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIONES DEL RESULTADO
	<b>DOMINIO:</b> 02 Salud fisiológica  <b>CLASE K:</b> Digestión y nutrición  <b>RESULTADO:</b> Función gastrointestinal (1015)	101503) Frecuencia de las deposiciones	Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2	Mantener 2 Aumentar 3
	(101505) Consistencia de las deposiciones	Moderadamente comprometido 3	2 2	
	(1101506) Volumen de las deposiciones	Levemente comprometido 4	2 3	
	(101514) Distensión abdominal	No comprometido 5	2 3	
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO 01: FISIOLÓGICO-BÁSICO		CAMPO 01: FISIOLÓGICO-BÁSICO		
CLASE B: CONTROL DE LA ELIMINACION		CLASE B: CONTROL DE LA ELIMINACION		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACION FECAL		INTERVENCION INDEPENDIENTE: CONTROL INTESTINAL		
ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: <input type="checkbox"/> Establecer una pauta de defecaciones <input type="checkbox"/> Comprobar las defecaciones incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color <input type="checkbox"/> Enseñar al paciente/familia para que registre color, volumen, frecuencia y consistencia de deposiciones <input type="checkbox"/> Identificar los factores que puedan ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo		ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: <input type="checkbox"/> Anotar la fecha de ultima defecación <input type="checkbox"/> Monitorizar las defecaciones <input type="checkbox"/> Instruir al paciente sobre las enfermedades de alto contenido en fibras <input type="checkbox"/> Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos		
ELABORO: Mendez González Bryan Omar				

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACIONES DEL RESULTADO
<b>DOMINIO</b> 2: Seguridad/Protección <b>Clase 1:</b> Infección <b>Etiqueta Diagnóstica:</b> Riesgo de infección (00004) <b>Relacionado con:</b> procedimiento invasivo (fistula arteriovenosa)	<b>DOMINIO:</b> 04 Conocimiento y conducta de la salud  <b>CLASE T:</b> Control del riesgo y seguridad  <b>RESULTADO:</b> Control de riesgo (1902)	192426) Identificar los factores de riesgo de infección  (192402) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección  (192404) Identifica riesgo de infección en las actividades diarias  (192411) Mantiene un entorno limpio	Gravemente comprometido 1  Sustancialmente comprometido 2  Moderadamente comprometido 3  Levemente comprometido 4  No comprometido 5	Mantener Aumentar 2 4  3 4  2 4  3 4
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO 02: FISIOLÓGICO-COMPLEJO		CAMPO 04: SEGURIDAD		
CLASE L: CONTROL DEL PIEL Y HERIDAS		CLASE V: CONTROL DE RIESGOS		
INTERVENCION INDEPENDIENTE: CUIDADOS DE SITIO DE INCISION		INTERVENCION INDEPENDIENTE: PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES		
ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: <input type="checkbox"/> Enseñar al paciente y/o la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección <input type="checkbox"/> Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión <input type="checkbox"/> Limpiar desde la zona mas limpia hacia la zona menos limpia <input type="checkbox"/> Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión		ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: <input type="checkbox"/> Mantener la asepsia para el paciente de riesgo <input type="checkbox"/> Inspeccionar la existencia de eritema, color extremo o exudados en la piel y mucosas <input type="checkbox"/> Enseñar al paciente y familiar a evitar infecciones <input type="checkbox"/> Garantizar la seguridad del agua mediante la hipercloracion e hipercalentamiento		
ELABORO: Mendez González Bryan Omar				

# ¿Qué es el acceso vascular?

Es la vía por la cual se extrae y se devuelve la sangre de nuestro cuerpo, permitiendo que circule por el circuito de la máquina de diálisis y regrese "limpia"

Es de suma importancia para poder realizar la hemodiálisis, por ello debe estar bien informado para un cuidado adecuado del mismo, evitando de este modo complicaciones tales como la infección



## Etapas y cuidados del acceso vascular

1. Luego de confeccionado, inmediatamente después de la cirugía:

- Mantener el brazo en alto para que no se inflame y evitar hacer esfuerzos (levantar bolsas, etc.).
- Si siente mareos sentarse o acostarse y avisarle a la persona que esté más cerca suyo.
- En caso de que el vendaje que tapa la herida se manche de sangre, avisarle a su nefrólogo y/o enfermero.

2. Desarrollo o maduración de la fístula arteriovenosa:

- Existen ejercicios que favorecen su desarrollo. Según dónde se localice puede ser: si se encuentra en la muñeca, apretar una pelota de goma 10 minutos por 5-6 veces al día o si está ubicado en el brazo, puede flexionarlo y extenderlo.
- Evite dormir sobre el brazo de la fístula.
- No use relojes, joyas o prendas que aprieten la fístula arteriovenosa.

- No permita que le saquen sangre ni le tomen la presión arterial en ese brazo



### Estilo de vida saludable

- Desarrolle alguna actividad física, de acuerdo a su capacidad.
- No fume ni beba alcohol en exceso
- Aproveche sus horas de sueño y descanso
- Coma lo necesario evite el exceso



### Actitud positiva

- Exprese sus preocupaciones o dudas al equipo de salud.

- ♣ Integrese a su familia participando en actividades del hogar
- ♣ De ser posible continuar con la actividad laboral
- ♣ Comparta sus sentimientos con familiares y amigos.
- ♣ Mantenga un enfoque positivo y una actitud de agradecimiento con quienes cuidan y apoyan.
- ♣ Incorpore una actividad espiritual, según sus creencias como parte importante de su vida y como apoyo de terapia.



### Alimentación saludable

El objetivo es aprender una nueva fórmula de alimentarse de manera completa con la cantidad de líquidos y nutrientes necesarios para mantener una vida sana y un peso adecuado

Se recomienda:

- Dividir la comida en varias raciones al día.
- Tener horarios establecidos para su alimentación
- Evitar alimentos que no son de su agrado en la dieta
- Se debe controlar la ingesta de líquidos para evitar sobre carga hídrica
- Aportar la cantidad de fibra permitida para evitar en lo posible signos de estreñimiento
- Mejorar los hábitos alimenticios en la mayor medida posible, ofreciéndole varias opciones y de acuerdo con sus gustos
- Motivación al apego a su dieta prescrita

