



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PERSONA ADULTA CON
INSUFICIENCIA RENAL POR NEFROPATÍA DIABÉTICA EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO.**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

LEIDI MARLETH MORALES ESCOBEDO.

ASESORA:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA.

En primero lugar quiero dedicarles este trabajo a mis padres, que fueron los que me ayudaron en esta travesía durante estos 5 años para poder concluirlo. Por trabajar siempre extra para que yo pudiera cumplir mi sueño de ser una enfermera.

AGRADECIMIENTO.

A Dios antes que nada ya que él nos brindó la salud para poder lograrlo, a mis padres y hermanas que se esforzaron trabajando todos los días para que yo pudiera cumplir mis sueños y metas. A mis tías y mi mamita que siempre me dieron su apoyo y siempre tuvieron palabras de aliento para aconsejarme y económicamente estuvieron presentes para cualquier cosa que necesitara, gracias a todos y cada uno de ellos es que pude lograr mi sueño.

1. INDICE.

2. Introducción	1
3. Justificación	2
4. Objetivos... ..	3
5. Metodología	4
6. Marco teórico.....	5
6.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	20
6.2 El cuidado como objeto de estudio.....	21
6.3 Proceso de Atención Enfermería	21
6.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.....	22
6.5 etapas del proceso atención enfermería.....	24
6.5.1 Valoración.....	24
6.5.2 Diagnóstico	24
6.5.3 Planeación.....	24
6.5.4 Implementación	24
6.5.5 Evaluación.....	25

7. Resumen del caso clínico.....	26
8. Desarrollo del proceso de atención enfermería.....	28
8.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado.....	29
9. Plan de alta.....	33
10. Conclusión.....	34
11. Bibliografía.....	35
12. Glosario de términos.....	38
13. Anexos.....	40

2. INTRODUCCIÓN.

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglicemia (aumento de glucosa en sangre) resultado de un defecto en la secreción de la insulina, acción de la insulina, o ambas.

La neuropatía diabética es la complicación dolorosa de la diabetes, esta se define como “la presencia de síntomas o signos de disfunción del nervio periférico en personas con diabetes después de la exclusión de otras causas”.

La nefropatía diabética afecta la capacidad de los riñones de hacer su trabajo habitual de eliminar los desechos y el exceso de líquido del cuerpo.

Lo que la nefropatía diabética evoluciona y se convierte en insuficiencia renal.

La OPS define insuficiencia renal, como la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo.

3. JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermería es fundamental para la práctica ya que permite diferenciar el diagnóstico de enfermería de los problemas interdependientes y de las complicaciones.

El plan de cuidado de enfermería requiere conocimientos y habilidades precisas que centran la atención en las respuestas humanas y no solo en la situación de la enfermedad.

Cada paciente con insuficiencia renal puede tener necesidades y condiciones individuales. La insuficiencia renal puede causar síntomas como fatiga, dolor, picazón, náuseas, entre otros. Puede llevar a complicaciones graves, como la acumulación de líquido en el cuerpo (edema) o el desequilibrio electrolítico.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General.

Disponer de un plan de cuidados en pacientes con complicaciones de insuficiencia renal en base a la evidencia científica como guía al personal de enfermería.

4.2 Objetivo específico.

- 1.- Mejorar la calidad de cuidado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal.
- 2.- Evitar episodios de malestar general con medidas alternativas.
- 3.- Llevar a cabo su control y seguimiento con base científica al Proceso Atención de Enfermería.

5. METODOLOGIA.

La relación del cuidado está basada en el principio fundamental de ofrecer atención integral al paciente. La enfermera se encarga de analizar las necesidades del paciente, tanto físicas como emocionales, y proporcionar cuidados adaptados a sus requerimientos individuales. En el cual se utilizó un instrumento de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon una vez realizada la valoración de los datos extraídos de cada patrón funcional, se identificará el diagnóstico enfermero que coincide con la situación analizada y la existencia de factores relacionados o de riesgo coincidentes con el diagnóstico.

El objetivo es brindar un cuidado integral y de calidad que promueva el bienestar y la mejora de la calidad de vida del paciente.

6. MARCO TEORICO.

El cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Gordon, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

Proceso de atención enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a los profesionales de enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita de una forma estructurada, lógica y siguiendo un determinado sistema.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).

- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

Aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.

- Continuidad en la atención.

- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.

- Satisfacción en el trabajo.

- Crecimiento profesional

Etapas del proceso atención enfermería.

1. FASE DE VALORACIÓN

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de Enfermería.

- Patrones funcionales de salud de Gordon
- Modelo de adaptación de ROY
- Modelos de sistemas corporales
- Modelo de Necesidades de Virginia Henderson
- Jerarquía de necesidades de Maslow

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

- Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista:

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

2. FASE DE DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de Enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

3. FASE DE PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

4. FASE DE EJECUCIÓN

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

5. FASE DE EVALUACIÓN

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo con ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios.

Problemática de salud de la persona.

Definición de Insuficiencia renal: La insuficiencia renal crónica se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida. Se clasifican en 2 tipos de Insuficiencia renales.

- 1. Insuficiencia renal aguda (IRA):** el riñón deja de funcionar de manera brusca, en un período de horas a días. Puede llegarse a necesitar tratamiento inmediatamente, incluso diálisis. En muchas ocasiones, es una alteración reversible con tratamiento correcto y que puede no dejar secuelas una vez se ha resuelto la causa.
- 2. Insuficiencia renal crónica (IRC):** se trata de una alteración renal crónica que se mantiene en el tiempo. Avanza de manera progresiva e irreversible. El ritmo de su progresión dependerá de su causa, así como del resto de factores implicados en su aparición (edad del paciente, su estado general, manejo de la tensión arterial, evitación de fármacos tóxicos para el riñón y alimentación correcta).

Uno de los principales problemas, al igual que en otras enfermedades crónicas no transmisibles, es su diagnóstico tardío debido a la ausencia de síntomas en las etapas tempranas.

Causas de la insuficiencia renal.

Las causas más comunes son diabetes mellitus, presión arterial y responsables de la mayoría de los casos.

- Trastornos autoinmunitarios (como lupus eritematoso sistémico y esclerodermia).
- Defectos de nacimiento (anomalías congénitas) de los riñones (como la poliquistosis renal).
- Ciertos productos químicos tóxicos.

- Lesión al riñón.
- Infección y cálculos renales.
- Problemas con las arterias que irrigan los riñones.
- Algunos medicamentos como calmantes del dolor (analgésicos) y medicamentos para el cáncer.
- Flujo retrógrado de orina hacia los riñones (nefropatía por reflujo)

Factores de riesgo de la insuficiencia renal.

- Tener edad avanzada (60 años o más).
- Antecedentes familiares de insuficiencia renal.
- Ser diabético.
- Sufrir hipertensión o enfermedades cardiovasculares.
- Padecer infecciones crónicas, infección por VIH o trastornos inmunológicos.
- Haber ingerido durante periodos largos de tiempo medicamentos que pueden dañar los riñones.

Cuadro clínico.

- Anuria (menor producción de orina, que puede ser más oscura, o ausencia de orina)
- Nicturia.
- Edema generalizado.
- Semi deshidratación oral y rash en miembros inferiores y superiores.
- Náuseas, vómitos, gastritis y trastornos en el ritmo intestinal.
- Disnea.
- Síndrome urémico: acumulación de toxinas que el paciente no es capaz de eliminar por la pérdida de función renal y que produce alteraciones en diversos sistemas corporales.

- Somnolencia.
- Demencia.

Tratamiento de la insuficiencia renal.

- Diálisis peritoneal. La diálisis es un procedimiento que nos permite extraer de la sangre del paciente sustancias nocivas o tóxicas para el organismo, así como también el agua acumulada en exceso. La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de diálisis que consiste en utilizar la membrana natural que recubre por dentro la cavidad abdominal, los intestinos y otros órganos, conocida como membrana peritoneal o peritoneo. Esta membrana está surcada por miles de pequeños vasos sanguíneos que aportan la sangre que necesitamos "limpiar de toxinas" y cumple la función de membrana semipermeable.

Complicaciones de la insuficiencia renal.

Trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base

- Inicialmente incapacidad para la concentración de la orina con alteración de la capacidad de dilución en fases avanzadas.
- Acidosis metabólica e hiperpotasemia en estadios final

Trastornos del metabolismo fosfocálcico

- Hiperfosforemia, hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundario.
- Osteodistrofia (osteomalacia, osteítis fibrosa quística, osteoporosis, osteoesclerosis). Alteraciones digestivas
- Anorexia, hipo, náuseas y vómitos, estomatitis, gingivitis.
- Fetor urémico (disociación de urea a amoniaco).
- Pirosis y gastritis erosiva, Hemorragia digestiva.
- Hepatopatía (incidencia de hepatitis vírica aumentada), ascitis. Pancreatitis.
- Estreñimiento, diarrea.

Alteraciones endocrinas

- Amenorrea, esterilidad.
- Atrofia testicular, disfunción ovárica.

Alteraciones cardiorrespiratorias

- Cardiomiopatía: insuficiencia cardíaca y arritmias.
- Neumonitis. Pleuritis fibrinosa. Edema pulmonar atípico.
- Aterosclerosis acelerada: cardiopatía isquémica. Hipertensión arterial.
- Pericarditis urémica.

Alteraciones hematológicas

- Anemia normocítica-normocrómica. Linfopenia. Coagulopatía.

Alteraciones dermatológicas

- Anemia, ictericia, piel cérea
- Prurito
- Equimosis y hematomas (defectos de la coagulación).

Alteraciones neurológicas

- Periféricas: polineuropatía sensitivo-motora y autonómica (piernas inquietas, disestesias, calambres, fatigabilidad muscular, hipo).
- Centrales: encefalopatía urémica (somnolencia, estupor, coma, alteraciones cognitivas, asterixis, mioclonías, desorientación, agitación, confusión)

Prevención de la insuficiencia renal.

Cambio del estilo de vida.

- No fumar
- Dieta bajo en sodio

- Índice de masa corporal de <25
- Circunferencia abdominal menos de <102 en hombre y menos <88 en mujeres.
- Ejercicio físico regular, de intensidad moderada (caminar, en bicicleta tratar)
- Control de hipertensión y diabetes mellitus en caso de padecerlo.

Incidencias.

Estudios de la OPS/OMS dice que la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones, la diálisis y el trasplante de riñón ya son altamente invasivas y costosas. Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan. La cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes.

Estudios realizados en nuestro país han estimado una prevalencia de enfermedad renal de 12.2% y una tasa de 51 defunciones por cada 100 mil habitantes; en la mayoría de los casos se puede prevenir al ser consecuencia de hipertensión y diabetes mal controladas.

Nefropatía Diabética

Es una de las complicaciones microangiopáticas más graves de la enfermedad, entendiéndose con tal la afectación renal en el paciente diabético, con proteinuria superior a 300 mg/dl en ausencia de otra patología renal. Se acompaña frecuentemente de hipertensión arterial y disminución de la función renal.

Clasificación

Estadio 1 - Hiperfiltración y Renomegalia

En este estadio el único hallazgo es el aumento del tamaño renal e hiperfiltración, pues, se encuentra una tasa de filtración glomerular un 140% de lo normal; no hay excreción urinaria de albúmina y la presión arterial es normal.

Estadio 2 - Lesiones glomerulares tempranas

Se presenta de dos a cinco años después del diagnóstico y es similar al estadio uno, excepto en los hallazgos encontrados en la biopsia renal, en la que hay engrosamiento de la membrana basal y áreas de expansión mesangial; la tasa de filtración glomerular puede estar normal o aumentada.

Estadio 3 - Nefropatía diabética incipiente

Se caracteriza por el inicio de la microalbuminuria (definida como una excreción de albúmina en orina de 30-300 µg/24horas o 20-200 µg/min). Generalmente, ocurre de diez a quince años después del diagnóstico de diabetes mellitus tipo uno; la tasa de filtración glomerular está conservada y la presión arterial es normal.

Etapa 4: nefropatía diabética manifiesta.

La nefropatía diabética establecida se caracteriza por proteinuria persistente en diabéticos de más de diez años de evolución con retinopatía asociada y ausencia de otras enfermedades renales de origen no diabético. Al principio de esta fase el filtrado glomerular es normal o alto con creatinina sérica normal, con el tiempo, si no se interviene, se va deteriorando a razón de 1mL/min/ mes. Esta caída del filtrado glomerular se correlaciona con el grado de oclusión glomerular y con el engrosamiento de la membrana basal. La hipertensión es frecuente en la nefropatía diabética establecida y aumenta con el tiempo que declina el filtrado glomerular, y su control estricto es fundamental para evitar la progresión de la nefropatía diabética.

Etapa 5. Insuficiencia renal terminal.

Esta etapa se caracteriza por caída del filtrado glomerular, hipertensión arterial con renina baja, disminución de la proteinuria y deterioro progresivo de la función renal hasta la insuficiencia renal terminal.

Factores de riesgo.

1. Control glicémico.

El mal control glicémico es uno de los factores más importantes. Una hemoglobina glucosilada.

2. Hipertensión arterial

La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en pacientes con diabetes tipo 1 y 2. No sólo se asocia con enfermedad renal sino con dislipidemia, obesidad, y alteraciones vasculares, lo que empeora el pronóstico de estos pacientes.

3. Fumar

Este es un factor determinante, ya que la frecuencia de microalbuminuria en fumadores aumenta de manera notable y en forma exagerada, si se compara con la frecuencia de los no fumadores.

Signos y Síntomas de la nefropatía diabética.

La nefropatía diabética es asintomática en las primeras etapas.

- La microalbuminuria prolongada es el primer signo de alarma.
- Hipertensión arterial
- Pérdida de peso
- Debilidad
- Edema en zonas declive en la mayoría de los pacientes no tratados.

En etapas posteriores, los pacientes pueden presentar signos y síntomas de uremia (náuseas, vómitos, anorexia); estos aparecen más temprano (es decir, con tasa de filtración glomerular mayor) que en pacientes sin nefropatía diabética, posiblemente debido a que la combinación de lesiones en los órganos terminales debidas a la diabetes (neuropatía) y la insuficiencia renal empeora los síntomas.

Diagnóstico de la nefropatía diabética.

- Estudios de laboratorio de examen general de orina y química sanguínea completa.

El diagnóstico se sospecha en pacientes con diabetes que tienen proteinuria, especialmente si padecen una retinopatía diabética (que indica alteraciones de los vasos pequeños) o factores de riesgo para la nefropatía diabética. Deben considerarse otros trastornos renales si aparece alguno de los siguientes elementos:

- Proteinuria marcada con un antecedente de diabetes breve
- Ausencia de retinopatía diabética
- Aparición rápida de proteinuria grave
- Hematuria macroscópica
- Cilindros hemáticos
- Rápida disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG)
- Riñón de tamaño pequeño.

Tratamiento

- Mantenimiento de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\leq 7,0$
- Control de la glicemia capilar.
- Control de la presión arterial.

Prevención.

- Control de glicemia.
- Dieta hipoproteica.
- Control de presión arterial.
- Educación sanitaria y potenciales futuras intervenciones.

Incidencias.

La Nefropatía diabética es considerada la más grave complicación de la diabetes mellitus, ya que lleva a un aumento en su morbilidad y mortalidad. De la totalidad de pacientes con DM1, entre 20 y 50% tiene la probabilidad de desarrollar Nefropatía diabética, con riesgo de llegar a insuficiencia renal terminal con necesidad de diálisis y trasplante renal. De esta manera, se ha observado que cerca del 40% de los casos nuevos de insuficiencia renal terminal, está representado por casos secundarios a esta patología.

6.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA.

Para tratar de responder al objetivo planteado se toma como punto de partida la definición de disciplina la cual es entendida como: "El cuerpo de conocimiento que guía.

La fundamentación profesional: son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de enfermería.

La ciencia de Enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas, humanísticas del comportamiento y otras que son pertinentes a enfermería, y de conocimiento conformado por las teorías propias de la enfermería.

La disciplina científica y el proceso de atención de enfermería van de la mano como un método sistematizado cuyo objetivo inicia con el desarrollo de un pensamiento crítico que consistirá en brindar cuidados especializados que buscará brindar el máximo confort y bienestar del paciente así, suplir las necesidades básicas del mismo. Para alcanzar su objeto, la Enfermería se afana en procurar satisfacer las necesidades básicas que dan sustento a la vida mediante un método propio, la práctica reflexiva de enfermería implica el desarrollo de un pensamiento crítico, algo que constituye un tema prioritario en las líneas de investigación de la profesión a nivel nacional e internacional.

La gestión y ejecución de los cuidados de enfermería deben estar sustentadas y justificadas en evidencia científica, por lo tanto, se hace necesario que las/os enfermeras/os desarrollen investigación para contribuir a la adquisición de competencia disciplinares. Estas competencias reposan sobre una combinación de habilidades prácticas y cognitivas interrelacionadas, conocimientos, motivación, valores actitudes, emociones y otros elementos sociales y comportamentales que pueden ser movilizados conjuntamente para actuar de manera eficaz.

6.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

El cuidado como objeto de estudio en enfermería es fundamental, ya que es una disciplina que se enfoca en el cuidado de la salud de las personas. El estudio del cuidado en este campo implica analizar cómo se brinda atención y se promueve el bienestar de los pacientes.

En este sentido, el cuidado abarca aspectos como el cuidado físico, emocional, mental y social de los individuos. Se estudian las diferentes intervenciones de enfermería, los procesos de toma de decisiones clínicas, la gestión del cuidado en diferentes entornos de atención.

La investigación centrada en el cuidado busca comprender la efectividad de las intervenciones, evaluar los resultados del cuidado y estudiar cómo los factores sociales, culturales y éticos influyen en el cuidado de los pacientes.

También se refiere a la formación y educación de los profesionales de enfermería. Se examina cómo se enseñan y se adquieren las habilidades y conocimientos necesarios para brindar un cuidado de calidad, así como la importancia de la formación continua y el desarrollo profesional en la mejora de la atención al paciente.

6.3 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones.

6.4 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PAE.

METODO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud. Reconoce su enfermedad. El catéter de diálisis peritoneal se ve afectado por infecciones consecutivas, ha sido ingresada varias veces por dicho motivo, lo que le genera una gran inquietud. No adicta a sustancias tóxicas.

Patrón 2: Nutricional y metabólico. Su dieta se ve afectada porque es rica en carbohidratos y exceso de condimentos lo cual no necesita evitando comer frutas y verduras, por tal motivo sus nutrimentos no son los adecuados para su enfermedad.

Patrón 3: Eliminación. Sus evacuaciones y micciones no son las adecuadas por presentar consecutivamente diarrea y estreñimiento.

Patrón 4: Actividad y ejercicio. Su actividad es sedentaria, menciona que por su sobrepeso no puede estar mucho tiempo parada ni sentada, lo cual se le ve más complicada su enfermedad.

Patrón 5: Sueño descanso. Sus horas de sueño no son las más adecuadas por presentar insomnio y esto ocasiona que en horas de vigilia duerma más, por lo tanto, su descanso es nulo.

Patrón 6: La cognición y percepción. A pesar de que conoce su enfermedad no se cuida para mejorarla.

Patrón 7: Autopercepción y auto concepto. Su autoestima se denota muy bajo a causa de la presencia de su enfermedad.

Patrón 8: Roles y relaciones. Menciona que su relación familiar es satisfactoria por contar con el apoyo de ellos, refiere tener buena comunicación con amigos, vecinos y gente a su alrededor.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción. Comenta que tiene una pareja actual, teniendo 4 hijos de trabajo de parto donde menciona ha sido operada de salpingo clasia.

Patrón 10: Afrontamiento y manejo de estrés. Refiere estar estresada consecutivamente a causa de su enfermedad.

Patrón 11: Valores y creencias. Refiere que profesa la religión católica, pero solo en ocasiones acude a su religión.

6.5 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

6.5.1 VALORACIÓN

Obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

6.5.2 DIAGNÓSTICO.

Es la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

6.5.3 PLANEACIÓN

Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

6.5.4 IMPLEMENTACIÓN

Es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según

la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

6.5.5 EVALUACIÓN

Entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

7. RESUMEN DEL CASO CLINICO.

Paciente femenino de 53 años ingresa al servicio de urgencias por sintomatología de disnea, leve dolor abdominal a la palpación, edema generalizado, cefalea, nauseosa con acufenos y fosfenos. Refiere que tiene con la enfermedad 5 años de diabetes mellitus complicada con la insuficiencia renal, menciona que vive con su esposo y 4 hijos, los cuales solo la apoyan 2 donde su esposo trabaja para ayudarle, teniendo seguridad social de IMSS, profesa la religión católica, menciona que sus hábitos alimenticios no son del todo bien ya que consume comida rápida y fritangas, sus descansos desmejora más su estado de salud por no dormir por las noches, aunado a esto el sedentarismo prevalece en ella.

A la toma de signos vitales se le encuentra lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, con palidez de tegumentos, edema generalizado, abdomen globoso y con dolor a la palpación EVA3, disnea, cefalea EVA 5, nauseosa, con acufenos y fosfenos, hipertensa, adinámica.

A la exploración física se encuentra con tensión arterial de 165/100, frecuencia cardiaca de 90 por minuto, frecuencia respiratoria de 28 por minuto con una saturación al 95%, temperatura de 36.5°C.

Se observa edema en miembro pélvicos superiores e inferiores, ruidos cardiacos normales, sonidos pulmonares normales, dolor abdominal en el cuadrante nasogástrico.

En los análisis de sangre se encontraron valores elevados de creatinina (2.5 mg/dL), urea (80 mg/dL) y potasio (5.5 mmol/L).

En el análisis de orina se observó proteinuria (300 mg/dL).

Antecedentes heredofamiliares: Madre hipertensa, su padre falleció hace 3 años a consecuencia del cáncer de próstata era hipertenso y diabético.

Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial diagnosticada hace 10 años, en tratamiento con medicamentos antihipertensivos, diabetes tipo 2 diagnosticada hace 5 años, controlada con medicamentos hipoglicemiantes, recibe terapias de diálisis peritoneal en casa. obesidad con índice de masa corporal (IMC) de 34.4. Alergias negadas.

Antecedentes no patológicos: Refiere cartilla de vacunación completa para la edad, niega toxicomanías, hábitos alimenticios se salta comidas y cuando ingiere alimento son antojitos con exceso de grasa, refrescos, galletas, no cuida el consumo de sal ni de azúcar. Higiene personal adecuada.

8. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

8.1 VALORACIÓN CLÍNICA DEL SUJETO DE CUIDADO

Género: Femenino

Edad: 53 Años

Diagnóstico: Hipertensión descontrolada, Insuficiencia renal crónica.

T/A: 165/95

Frecuencia cardíaca: 89 por minuto.

Frecuencia respiratoria: 22 por minuto.

SPO2: 90%

EVA: 5

Temperatura: 36.5 °C

Peso: 86 Kg. **Talla:** 1.58 M. **IMC:** 34.4

Paciente lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, con palidez de tegumentos, edema generalizado, abdomen globoso y con dolor a la palpación EVA 3, disnea, cefalea EVA 5, nauseosa, con acufenos y fosfenos, hipertensa, adinámica.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u> Perfusión tisular periférica ineficaz.</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E):</u> Diabetes Mellitus, Hipertensión (165/100)</p> <p><u>Características definitorias (S):</u> Edema.</p>	<p>Mejorar su perfusión tisular para evitar edema en miembros inferiores.</p> <p>Dar cuidados de atención de enfermería para evitar valores altos de signos vitales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de extremidades caliente. • Edema periférico. • Presión sanguínea diastólica. • Aturdimiento • Hormigueo • Palidez • Debilidad muscular • Fatiga • Visión borrosa • Cefalea • Mareo • Sudoración excesiva • Náuseas • Aumento en la presión arterial sistólica • Aumento en la presión arterial diastólica. 	<p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderada 4. Leve 5. Ninguna</p> <p>1. Grave 2. Sustancial</p> <p>3. Moderada 4. Leve 5. Ninguna</p>	<p>Mantener: 4 Aumentar: 5 Mantener: 1 Aumentar: 3 Mantener: 2</p> <p>Aumentar: 4 Mantener: 3 Aumentar: 5 Mantener: 2 Aumentar: 4 Mantener: 3 Aumentar: 4 Mantener: 3 Aumentar: 4</p> <p>Mantener: 1 Aumentar: 3 Mantener: 2</p> <p>Aumentar: 4 Mantener: 1 Aumentar: 3 Mantener: 2 Aumentar: 4 Mantener: 3 Aumentar: 5 Mantener: 2 Aumentar: 4 Mantener: 1 Aumentar: 4 Mantener: 1 Aumentar: 4</p>

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (GPC)	Nivel / Grado
Se recomienda educar a la población acerca de los signos y síntomas de la progresión de enfermedad arterial periférica.	1 SVS Conte M, 2015
Los pacientes con alto riesgo de enfermedad arterial periférica deben someterse a un examen vascular	I (Fuerte) AHA/ACC Gerhard-Herman M, 2016
El ejercicio supervisado debe estar disponible como parte del tratamiento inicial de todos los pacientes con enfermedad arterial periférica.	A NICE Fokkenrood H, 2013
Se recomienda educar a la población acerca de los signos y síntomas de la progresión de enfermedad arterial periférica en pacientes asintomáticos.	1 SVS Conte M, 2015
Se recomienda un diagnóstico oportuno y el tratamiento de infecciones en los pies para evitar la amputación en pacientes con EAP.	I (Fuerte) AHA/ACC Gerhard-

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (GPC)	Nivel / Grado
Los pacientes con EAP deben evitar la exposición al humo de tabaco en el trabajo, en su casa, y en lugares públicos.	I (Fuerte) AHA/ACC C Gerhard-Herman M, 2016
Se recomienda realizar exploración de pies dos veces al año por parte del médico en pacientes con EAP y Diabetes Mellitus.	
Se recomienda revascularización como una alternativa de tratamiento para el paciente con claudicación que limita su estilo de vida y que no responde adecuadamente a tratamiento y manejo dirigido	Ila (Moderada) AHA/ACC Gerhard-Herman M, 2016
Los procedimientos endovasculares no se deben realizar en pacientes con enfermedad arterial periférica solamente para prevenir la progresión.	III (Moderada) AHA/ACC Gerhard-Herman M, 2016
No se recomienda buscar enfermedad arterial periférica en miembros inferiores en los pacientes que no cuenten con factores de riesgo	2 (Débil)

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (NIC)	Nivel / Grado
Manejo de líquidos	NA
Manejo de líquidos/ electrolitos	NA
Manejo del riesgo cardíaco	NA
Manejo del dolor	NA
Prevención del shock	NA

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (NIC)	Nivel / Grado
Monitorización de líquidos	NA
Monitorización de los signos vitales	NA
Disminución de la ansiedad	NA
Mejorar la perfusión cerebral	NA
Monitorización	NA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u> Exceso de volumen de líquidos</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E):</u> Compromiso de los mecanismos reguladores</p> <p><u>Características definitorias (S):</u> Cambios de la presión arterial, desequilibrio de los electrolitos, edema.</p>	<p>Disminuir el exceso de volumen de líquidos.</p> <p>Mantener su presión arterial en cifras normales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial • Edema periférico • Ojos hundidos • Pulsos periféricos <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Náuseas • Fatiga • Malestar • Aumento de la creatinina sérica 	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p> <p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Mantener: 1 Aumentar: 4 Mantener: 1 Aumentar: 3 Mantener: 4 Aumentar: 5 Mantener: 3 Aumentar: 5</p> <p>Mantener: 1 Aumentar: 4 Mantener: 2 Aumentar: 5 Mantener: 1 Aumentar: 5 Mantener: 1 Aumentar: 3 Mantener: 1 Aumentar: 3</p>

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (GPC)	Nivel / Grado
Pronosticar falla de membrana peritoneal para descartar todas las causas corregibles de sobrecarga de volumen	C Guía de diálisis peritoneal MINSAL, 2010
Se recomienda realizar la prueba de equilibrio peritoneal superficie corporal y función renal residual para la adecuación de la diálisis peritoneal	B guía de diálisis peritoneal. MINSAL, 2010
Es recomendable la utilización de la solución al 1.5% para la eliminación de desechos y las soluciones 2.5% y 4.25% para eliminar el agua por el elevado gradiente osmótico.	D (Shekelle) Bustos, 2010
En problemas de balance de líquidos en pacientes con diálisis peritoneal la monitorización sistemática del manejo de líquidos es un componente necesario.	D (Shekelle) Remón, 2010
Pacientes con diuresis menor de 150 ml deben ser estrechamente monitoreados para preservar una función renal residual.	1 B clinical practice

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (GPC)	Nivel / Grado
En la monitorización de la diálisis peritoneal es importante llevar un registro de volumen del flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquidos individual/acumulado.	D (Shekelle) Bulechek, 2009
La ingesta de sal y agua debe ser controlada por la necesidad de mantener un peso adecuado y reducir el riesgo cardiovascular.	D (Shekelle) Remón, 2009

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (NIC)	Nivel / Grado
Manejo de líquidos	NA
Manejo de líquidos/ electrolitos	NA
Manejo de equilibrio ácido básico	NA
Manejo de las náuseas	NA
Terapia de diálisis	NA

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (NIC)	Nivel / Grado
Monitorización de líquidos	NA
Monitorización de electrolitos	NA
Prevención del shock	NA
Terapia intravenosa	NA
Monitorización de los signos vitales	NA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<u>Etiqueta (problema) (P):</u> Dolor agudo <u>Factores relacionados (causas) (E):</u> Agentes lesivos biológicos <u>Características definitorias (S):</u> Conducta expresiva, expresión facial del dolor.	Disminuir el dolor. Brindar atención de cuidados de enfermería para mejorar el confort	<ul style="list-style-type: none"> Dolor referido Inquietud Frecuencia respiratoria Presión arterial <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Miedo Tensión facial Disnea Nauseas 	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderada 4. Leve 5. Ninguna 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderada 4. Leve 5. Ninguna	Mantener: 2 Aumentar: 5 Mantener: 3 Aumentar: 5 Mantener: 3 Aumentar: 5 Mantener: 2 Aumentar: 4 Mantener: 2 Aumentar: 4 Mantener: 2 Aumentar: 5 Mantener: 3 Aumentar: 5 Mantener: 2 Aumentar: 4 Mantener: 3 Aumentar: 5

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (GPC)	Nivel / Grado
Se debe considerar el uso de aspirina, paracetamol, o AINES como fármacos de primera elección para el tratamiento agudo de cefalea	A EFNS Guideline Bendtse n L, 2010
No se recomienda disminuir demasiado la tensión arterial diastólica en adultos mayores debido a que ello conlleva a un incremento de la presión de pulso, lo que ha demostrado mayor muerte cardiovascular.	A NICE Protogerou AD, 2007 Messeri FH, 2006
Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva la infusión continua de agentes antihipertensivos titulables de corta duración o bien cualquier fármaco antihipertensivo.	Fuerte GRADE Pérez M, 2008 Cannon C, 2013 Freiermuth C, 2015 Whelton P, 2017
Se recomienda adoptar una dieta saludable, como la dieta mediterránea, para disminuir las enfermedades	B NICE Zhong V, 2020

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (GPC)	Nivel / Grado
En peritonitis, el dolor abdominal es habitualmente generalizado y a menudo asociado con rebote.	D [E: Shekelle] ISPD Guidelines, 2005
Evitar el ejercicio físico intenso y la tos persistente previene la aparición de hernias incisionales	D (Shekelle) Remón, 2006

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (NIC)	Nivel / Grado
Administración de analgésicos	NA
Manejo del dolor	NA
Aplicación de calor o frío	NA
Disminución de la ansiedad	NA
Apoyo emocional	NA

INTERVENCIONES RECOMENDADAS (NIC)	Nivel / Grado
Cambio de posición	NA
Manejo ambiental	NA
Monitorización de los signos vitales	NA
Manejo de las nauseas	NA
Vigilancia	NA

9. PLAN DE ALTA.

La paciente es dada de alta de la Unidad de Modulo Renal después de 7 días hospitalizada en donde se logró disminuir sus síntomas y adquiriendo tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal en días alternos por la mañana.

Se orienta sobre la nutrición higiénico - dietético, la importancia de limitar la ingesta de líquidos y evitar los alimentos procesados y ricos en potasio, que sean bajos en azúcares y sodio. La importancia de tener actividad física.

Tener un buen aseo personal, orientación sobre el uso de medicamentos, quedando abierta la unidad de urgencias por cualquier complicación.

10. CONCLUSIÓN.

Se puede concluir que el proceso atención enfermería es de suma importancia ya que es una herramienta útil en el trabajo diario de los profesionales enfermería para la atención de los pacientes ya que permite a la enfermera utilizar el pensamiento crítico a fin de efectuar diagnósticos de problemas de salud reales o potenciales, además puede brindar cuidados de enfermería de mayor calidad de manera más eficaz orientada y no sólo al bienestar del paciente y su pronta recuperación, sino también de su familia y la sociedad en general, en donde el paciente participa en su propio cuidado. Así mismo con todas las dificultades que puede presentar en la relación, de forma profesional de enfermería, puesto que, al aplicar cuidados individualizados de una forma integral y continua, consiguiendo los objetivos propuestos, aporta nuevos conocimientos y hábitos para otro posible diagnóstico similar, así como para ayudar a otros profesionales de enfermería elaborar el proceso enfermero.

11. BIBLIOGRAFÍA.

Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollà, J., Cabajo Álvarez, E., Oltra Benavent, A. M., & Galán Serrano, A. (2021). Enfermedad renal crónica avanzada: ansiedad, depresión y percepción de amenaza. *Revista De PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 9(1).<https://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.710>

García Hernández, M. D., Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A., Hernández Ortega, Y., & Salvador Martínez, C. (2011). CONSTRUCCIÓN EMERGENTE DEL CONCEPTO: CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(), 74-80.

Pinto Afanador, N. (2002). El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. *Avances en Enfermería*, 20(1), 43–51. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312>.

Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 208-215.

Cesar, T. Z. (Enero de 2003). SCielo. Recuperado el 02 de Febrero de 2023, de Scielo:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018130x2003000100001&script=sci_arttext

Dr. Manuel Antonio Díaz de León-Ponce, *. D.-G.-E. (Octubre de 2017). Medigraphic. Recuperado el Enero de 2023, de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174e.pdf>

Perez Martinez J, L. F. (05 de 2005). Redalyc. Recuperado el enero de 2023, de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/503/50310304.pdf>

Sandra, M. P. (2020). Caso clínico: Insuficiencia renal crónica. SANUM, 9.

Skorecky Karl, C. G. (2012). El rion . Barcelona Espaa: ELSEVIER.

Serna Higueta, L. M., Pineda Trujillo, N., García Cepero, A. M., Aguirre Caicedo, M., Alfaro Velásquez, J. M., Balthazar González, V., & Vanegas, J. J. (2009). Nefropatía diabética. Medicina U.P.B., 28(1),42-53.[fecha de Consulta 11 de Mayo de 2023]. ISSN: 0120-4874. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159013067007>

Social, L.M (IMSS). Intervención de enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal - diálisis peritoneal. Guía de referencia rápida, 10.

E. Gregory Thompson MD - Medicina interna & Kathleen Romito MD – Medicina familiar & Adam Husney MD - Medicina familiar & Tushar J. Vachharajani MD, F. F.-N. (13 de Abril de 2022). Cigma Healthcare. Recuperado el 22 de 2022 de 2022, de Cigama Healthcare: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/nefropata-diabtica-uf3486>

P. Aljama Garcia, M. A. (2008). Nefrología Clínica . México: Panamericana .

Moyano Espadero, M^a Carmen; Estepa del Árbol, Mirian; Pérez Blancas, Carolina; Crespo Montero, Rodolfo Influencia de la enfermedad renal crónica terminal en la aparición de pérdida de la integridad tisular Enfermería Nefrológica, vol. 18, núm. 4, octubre-diciembre, 2015, pp. 290-302 Sociedad Española de Enfermería Nefrológica Madrid, España.

Serna Higueta, Lina María; Pineda Trujillo, Nicolás; García Cepero, Ana María; Aguirre Caicedo, Marcelo; Alfaro Velásquez, Juan Manuel; Balthazar González, Vital; Vanegas, Juan José Nefropatía diabética Medicina UPB, vol. 28, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 42-53 Universidad Pontificia Bolívar

12. GLOSARIO DE TERMINOS.

Acufenos: Percepción de ruido en los oídos o en la cabeza sin que exista una fuente exterior de sonido y sin que se registre una actividad vibratoria coclear, fenómeno que se produce ante un ruido exterior.

Anuria: Déficit o ausencia de producción urinaria diaria.

Asterixis: Trastorno neuromuscular más característico de la EH.

Disnea: Dificultad respiratoria.

DM1: Diabetes Mellitus tipo 1.

DP: Diálisis Peritoneal.

Edema: Acumulación anormal de líquido en los espacios intersticiales de los tejidos.

EH: Enfermedad de Huntington

Equimosis: Moretón pequeño causado por la fuga de sangre de los vasos sanguíneos rotos en los tejidos de la piel o las membranas mucosas.

Estupor: Estado de falta de reacción excesivamente profundo.

EVA: Escala Visual Analógica para el dolor

Fosfenos: Percepción de un destello luminoso, que se produce por la estimulación mecánica de la retina, en ausencia de un estímulo visual.

HD: Hemodiálisis.

Hematuria: Presencia de sangre en la orina.

Ictericia: Color amarillento en la piel.

IRA: Insuficiencia Renal Aguda.

IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

Mioclona: Movimientos involuntarios, breves y rápidos, de amplitud variable, que se originan habitualmente en el sistema nervioso central.

Nicturia: Enfermedad por la que te despiertas durante la noche porque tienes que orinar.

PAE: Proceso Atención Enfermería.

Piel Cérea: Engrosamiento cutáneo en el dorso de las manos y dedos, y disminución en la movilidad articular

Polineuropatía: Nervios en diferentes partes del cuerpo están comprometidos.

Prurito: Hormigueo o irritación de la piel que provoca el deseo de rascarse en la zona.

Rash: Aparición de erupción cutánea.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana)

13. ANEXOS.

GUÍA DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Identificación del Paciente

(Iniciales) A.L.A Edad 53 años
Unidad de Atención HGZ #35 Fecha Ingreso 15/11/2021
Hab./ cama 102 Hora de Ingreso 13:30 Fecha de
Valoración 15/11/21

ADMISION

Urgencias Consultorios Externos Cirugía Domicilio

Otros _____

Camilla Sillas de Ruedas Ambulatorio Solo Con Familiar
Amigos

Motivo de Ingreso Disnea, dolor abdominal, edema, cefalea

Diagnostico Presuntivo Insuficiencia Renal

Antecedentes patológicos: Asma Diabetes HIV + Cardíacos

HTA Renales

Alergias SI NO Alimentos Medicamentos Especifique Cual?

Medicamentos que habitualmente consume (dosis)

Losartan 50mg, Metformina 500mg, Entropojetina 4000UI
insulina NPH

Referente familiar _____

PARAMETROS HEMODINAMICOS

TA 165/100 mmHg Indicar: MSD MSI MID MII

FC 90 x min. Ritmo 28x'

Pulsos periféricos: Claves: + (presentes) – (Ausentes)

Carotideo Apical **MS:** Radial Humeral
MI: Femoral Poplíteo Pedio Tibial Posterior

Edema Varices

T° 36.5 Axilar Rectal Bucal Sudoración Escalofríos Sed

FR 18 x min. Tiraje Cianosis SI NO Donde?

Tos SI No Seca Productiva Aguda Crónica

Expectoración No Fluidas Mucosas Purulentas Estrías Sangre

Suplemento de Oxígeno SI NO Método Fio2 % Sao2

95 %

Drenaje torácico SI NO Características del líquido drenado:

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD -MANEJO DE SALUD

¿Cómo ha sido su salud en general? Buena Regular Mala

Enfermedad Terminal SI NO

Aspecto General Adecuado Descuidado ¿Conoce su

Diagnostico? SI NO Su Pronóstico SI NO

Realiza Actividad Física SI NO

Cuál? Frecuencia

Vacunación: Completa Incompleta En Curso

Deterioro Sensitivo SI NO Especifica _____ Motor SI NO

Especificar _____

Agudeza Visual: Normal Anteojos No Vidente Auditiva Normal

Hipoacusico Audífonos

Caídas/accidentes previos: en la casa en el trabajo conduciendo

Otros _____

Incapacidad para usar el timbre SI NO Causa _____

Valoración Riesgo de Caídas (Escala Crichton)	Puntuación
Limitación física (2 puntos)	2
Estado mental alterado (3 puntos)	0
Tratamiento farmacológico que implica riesgo (2 puntos)	0
Problema de idioma o socioculturales (2 puntos)	0
Pacientes sin factores de riesgo evidentes (1 puntos)	1
Total	3

Grado de Riesgo: Alto Riesgo 4-10 Mediano Riesgo 2-3 puntos Bajo Riesgo 0-1 puntos

Control Médico SI NO frecuencia _____

Tabaquismo SI NO Cantidad _____

Alcoholismo SI NO Cantidad _____

Otros (especifique cual y cantidad) _____

Integridad Cutánea SI NO Ulceras por presión
Flictenas Dermatitis Enrojecimiento Heridas quirúrgicas
SI NO Especificar _____
Riesgo de infección: Cutánea SI NO Respiratoria SI NO
Urinaria SI NO

2.- PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

¿Talla Actual 1.58M Peso Actual 8.6kg Ha perdido peso antes del Ingreso
Cuanto? NO

Apetito Normal Aumentado Disminuido Perdido Nauseas
 Vómitos Reflujo

Alimentos no tolerados _____ Preferidos _____

¿Suplementos Nutricionales SI NO Cuáles? _____

Dieta Actual: Libre Cardíaco Diabético Hipertenso Hepática
Renal Otra _____

Piezas dentarias Completas Incompletas Prótesis Caries

Alimentación por SNG Parenteral

Disfagia SI NO Sólidos Líquidos Cantidad Diaria _____

Comprende el porqué de la Dieta SI NO Acepta la Dieta SI NO

Alteración Cutánea SI NO

Características de la Piel: Rosada Pálida Oscura Cianótica
Seca Grasa Húmeda

Sonda Vesical SI NO Desde Cuándo? _____ Otros dispositivos SI NO

Desde cuándo _____ Urostomia SI NO Desde cuándo? _____

Infección Urinaria SI NO Medicada SI NO

ATB _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Uso de Diuréticos SI NO Desde cuándo? _____ Frecuencia _____ Droga _____

Piel y mucosas

Sudoración Normal Profusa Escasa Heridas Exudativas SI NO
Donde? _____

Drenajes SI NO Cantidad de Drenajes _____ Ubicación _____

Hemático Seroso Serohemático Bilioso Fecaloideo Purulento

4.- PATRON ACTIVIDAD - EJERCICIO

De ambulación: Eubasia Disbasia Silla de Ruedas Muletas
Andador Bastón

Decúbito: Electivo Pasivo Obligado De preferencia _____

Dependiente Semi dependiente Independiente

Deterioro Músculo Esquelético Problemas de Coordinación
 Malformación Física

Parálisis Paresia Limitación de la Funcionabilidad Parestesias
Hipotonía Muscular

Actividades Cotidianas: CLAVES: S (Solo) A (Ayuda) I (Impedido)

4.- PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTUAL

Hasta el Ingreso: Actualmente - Motivo de la Limitación: Mareo.

Alimentación /Bebida _____ Especificar _____

Aseo Tipo y Frecuencia del Aseo Baño 1 vez al día.

Deambulaci3n Ayuda que precisa Para la vez.

Vestido/arreglo Hábitos Diario.

Cocinar Ayuda que precisa Para la vez.

Tareas del Hogar:

Mano Dominante Diestra.

Intolerancia a la Actividad: Fatiga Disnea en Actividad

Disnea en reposo Tos Espasmo de Vías Aéreas

Secreciones Bronquiales Ventilaci3n Mecánica

Problemas cardiacos HTA Arritmias

5.- PATR3N SUEÑO - DESCANSO

Descansa adecuadamente SI NO

Factores que afectan el reposo

Ansiiedad.

Necesidad de Almohadas Medicamentos Cual? _____

Otros _____

Horas de Sueño antes del ingreso Diurno 8 hrs Nocturno 3 hrs

Actual Sueño Invertido.

Insomnio Pesadillas Sonambulismo Somnolencia Se

levantaba cansado SI NO

6. - PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL

Orientación: Nombre Fecha Lugar Fecha
Nacimiento Domicilio Profesión
Ubicación: Tiempo Espacio Persona Relación _____
Nivel de Conciencia: Alerta Letárgico Obnubilado Estuporoso
 Comatoso
Conducta: Demandante Inquieto Hipoactivo Cooperador
Cuestionador Otro _____
Habla: Clara Confusa Afásica No verbal Escrita Gestual
Coherente Delirante
Pupilas: Isocóricas Anisocóricas
Mióticas Midriáticas RFM + -
Dolor SI NO
Localización _____ Intensidad _____ Características _____
Irradiación _____ Factores agravantes _____ Calmantes _____

7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Imagen Corporal: Ajustada a la Realidad Confusa Equivocada Otra.
Especificar _____
Actitud frente a su cuerpo: Aceptación Rechazo Ira Otras
Especificar _____
Auto descripción : Ajustada a la Realidad Sobre valoración (Capacidades y Logros)

Exageración (Errores/éxitos) Otras Especificar _____

Auto evaluación y competencia personal: Positiva Negativa Indiferente

Sentimientos respecto a Auto evaluación Personal: Ansiedad Culpabilidad

Euforia Impotencia Inferioridad Tristeza Otra Especificar

8. PATRÓN ROL – RELACIONES

Nivel de dependencia de la persona:

Física: Total Parcial Económica: Total Parcial Psicológica: Total Parcial

Personas con las que Convive Esposo e hijos

Rol/Responsabilidad dentro del núcleo familiar _____

Relaciones Familiares: Sin Problemas de Interés Problemas por Enfermedad Otros

Especificar La paciente no sigue las indicaciones medicas.

Percepción de la Relación: Satisfactoria Insatisfactoria Porque? _____

Otros sentimientos respecto a dicha relación: Ansiedad

Culpabilidad Inferioridad Impotencia Miedo Rabia

Superioridad Tristeza Seguridad Tranquilidad Otra _____

Reacción de la Familia a la Enfermedad/Hospitalización:

Ansiedad Apoyo Culpa Desinterés Preocupación Tranquilidad

Otras

Especificar _____

Tiempo que pasa solo. Porque? Siempre esta acompañada

Participa en actividades Sociales/Culturales SI NO Cuáles? _____

Participa en actividades de ocio y Tiempo Libre SI NO Cuáles? _____

Relaciones Extrafamiliares: Satisfactorias Insatisfactorias Porque? _____

Situación Laboral: Empleado Desempleado Autónomo

Incapacidad laboral temporal Incapacidad Laboral a largo plazo Especificar No trabaja.

Sistema de Apoyo: Cónyuge Pareja Amigos Vecinos Vive con la Familia Vive con Amigos Vive Solo Otros Especificar _____

9.- PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Mujer: Periodo Menstrual Normal SI NO Regular

Frecuencia cada 2 meses Duración 4 DÍAS.

Irregular Dolor Cantidad _____ Último periodo 28/10/2021

Menopausia SI NO Fecha _____ Embarazo SI NO

Nº de partos 4 Vaginales Cesárea Abortos

Anticonceptivos SI NO Examen de Mama SI NO Autoexamen

Examen Profesional Resultado _____

Cirugía Mamaria SI NO Especificar _____

Conducta de Riesgo SI NO

Especificar _____

Alteraciones sexuales relacionadas con la Enfermedad SI NO

Especificar _____

Varón: Autoexamen Testicular Mensual SI NO Control Médico SI
NO

Resultado _____

Alteraciones de Próstata SI NO

Especificar _____

Conducta de Riesgo SI NO

Especificar _____

Presenta a nivel Peneano Secreciones Hemorragias Lesiones

Especificar _____

Alteraciones sexuales relacionadas con la Enfermedad SI NO Especifique

10.- PATRÓN DE ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año/dos últimos años?

SI NO Especifique _____

¿Alguna crisis? SI NO

¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo? SI NO Controlado

Temporal

Factores Relacionados: Ideas Pensamientos Miedos Fobias

Problemas Laborales Otros

Control de la Situación: Alto Medio Bajo Nulo

Sentimientos Asociados: Alegría Depresión Frustración Impotencia
Medio

Rabia Seguridad Tranquilidad Otras Especificar _____

Cuando (si) ha habido grandes problemas en su vida ¿cómo los ha tratado? _____

La mayor parte del tiempo, ¿está forma ha tenido éxito? SI NO

Temores por la Hospitalización Si _____

11.- PATRÓN VALORES – CREENCIAS

Valores y creencias importantes en su Historia personal SI NO

Especifique Creencia en dios. _____

Normas de Cultura o aspectos Personales que quiere se tengan en cuenta _____

Religión. Católica Desea Visita Sacerdotal SI NO

Cosas Importantes de su Vida Familia y Dios. _____

PLAN DE ACCIÓN

PLANEACIÓN DE ACCIONES	<ol style="list-style-type: none">1. Implementación en el proceso de atención enfermería.2. Identificar las necesidades del paciente y establecer prioridades de cuidado.3. Tener comunicación entre el personal de salud.
IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS.	<ol style="list-style-type: none">1. Capacitación en la implementación de proceso atención enfermería, formato de valoración y plan de cuidado de enfermería.2. Brindar una atención holística que aborde las necesidades físicas y también las emocionales.3. Proporcionar información y orientación a los pacientes y familiares para promover un mejor cuidado.
INDICADORES DE MEDICIÓN	<ol style="list-style-type: none">1. Número del proceso atención enfermería implementado entre el total de pacientes que hay en el servicio de modulo renal.2. Formato de valoración entre el total de paciente aplicado.3. Medir las incidencias de complicaciones relacionadas con la enfermedad.

TRIPTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Enfermedad renal crónica

Para pacientes hipertensos y diabéticos

SOLDIAL S.A.

Por: Lic. Annabelle Yagual González



¿Qué es la enfermedad renal crónica?

La enfermedad o insuficiencia renal crónica significa que los riñones están dañados por trastornos tales como la diabetes, hipertensión u otras causas. Esto provoca que sean menos capaces de hacer su trabajo habitual. Los riñones normalmente están encargados de muchas funciones, dentro de las que destacan:

- Eliminar los desechos y líquidos extras del cuerpo
- Liberar hormonas que ayudan a: Controlar la presión arterial
Ayudar a tener huesos fuertes Prevenir la anemia
- Mantener el equilibrio de sustancias químicas en la sangre, tales como el sodio, potasio, fósforo y calcio.
- Mantener el equilibrio de ácido y base en el cuerpo.

Cuando los riñones no funcionan bien, pueden aumentar los desechos en la sangre y hacerlo sentir enfermo. También pueden generar complicaciones como hipertensión, anemia, huesos débiles, desnutrición, enfermedades cardiacas y vasculares. Estos problemas pueden darse lentamente en un tiempo prolongado, muchas veces sin síntomas. La

insuficiencia renal crónica puede finalmente llevar a la necesidad de realizarse diálisis o un trasplante de riñón para conservar la vida. La detección temprana y el tratamiento de esta enfermedad pueden prevenir o demorar estas complicaciones.

¿Qué vínculo hay entre enfermedad renal e hipertensión?

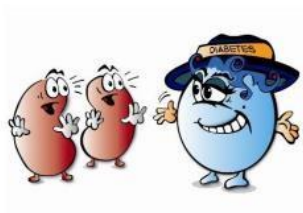
La hipertensión es la principal causa de la enfermedad renal crónica. El mal control de la presión puede dañar los vasos sanguíneos y las unidades filtrantes del riñón. A su vez, la hipertensión puede ser consecuencia de la enfermedad renal crónica, ya que los riñones juegan un papel muy importante en la regulación de la presión arterial. Es un círculo vicioso, por lo que se debe llevar un buen tratamiento y un control estricto de su presión para prevenir un daño mayor a sus riñones, corazón y vasos sanguíneos.

¿Qué vínculo hay entre enfermedad renal y diabetes?

Las personas con diabetes tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica. El riesgo es



aún mayor si la persona tiene las más de 65 años, es hipertensa, y si tiene o tuvo un familiar con enfermedad renal. La diabetes puede dañar los vasos sanguíneos que nutren los riñones; los nervios del cuerpo y la vejiga; y también las vías urinarias por infecciones.



¿Cómo puedo saber si tengo insuficiencia renal?

La mayoría de las personas con daño renal en las primeras etapas no tienen síntomas. La mejor manera de detectarlo es realizándose un examen de orina una vez al año. Este mide proteínas en la orina, conocido como microalbuminuria, y ayuda a detectar el daño renal en etapas tempranas en las personas con diabetes y/o hipertensión.

No todas las personas con insuficiencia renal padecen una "falla" renal. Con el tratamiento indicado, usted puede prevenir que la insuficiencia renal empeore.

¿Qué pueden hacer las personas con diabetes para prevenir la insuficiencia renal?

Muchas personas con diabetes no desarrollan insuficiencia renal. Sin embargo, la mejor forma de prevenir la insuficiencia renal por diabetes es:

- Controle su nivel de azúcar en la sangre
- Mantenga su presión sanguínea controlada, menor a 130/80.
- Revise su presión sanguínea tan seguido como su médico se lo indique.
- Pídale a su médico que le realice exámenes para detectar la enfermedad al menos una vez al año.
- Tome los medicamentos para controlar su nivel de glucosa en la sangre, el colesterol y la presión sanguínea si su médico se los indica.
- Siga una dieta para diabéticos y disminuya la cantidad de sal.
- Haga ejercicio con regularidad.
- Evite el consumo de alcohol.
- No fume.
- No utilice medicamentos sin supervisión de su médico (analgésicos, antiinflamatorios: ibuprofeno).
- Informe de inmediato a su médico cualquier molestia al orinar.

- Visite a su médico tan seguido como éste le indique.



¿Qué pueden hacer las personas con hipertensión para prevenir la insuficiencia renal?



Los objetivos de su tratamiento serán bajar su presión arterial a menos de 130/80, evitar que la insuficiencia renal aparezca o empeore si ya la padece; y disminuir las posibilidades de tener una enfermedad

cardíaca.

Para poder alcanzar estos objetivos, será necesaria una combinación de cambios en su estilo de vida:

- Planifique sus comidas, su nutricionista puede ayudarlo:
 - Consuma muchas frutas, verduras y productos lácteos; disminuya la sal.
 - Reduzca las comidas con muchas grasas saturadas: frituras, carnes rojas.
 - Controle la cantidad de carbohidratos en su dieta: pan, arroz, fideos, papa.
 - Si padece una insuficiencia renal crónica en etapas mas avanzadas: controle la cantidad de proteínas que ingiere (carnes rojas y blancas, pescados, legumbres y lácteos con sus derivados).



- Pierda peso si está excedido.
- Haga ejercicios a un ritmo moderado durante 30 minutos diarios al menos 4 días a la semana. Siempre consulte con su médico antes de comenzar.

- Disminuya el alcohol (no más de dos tragos por día para los hombres y uno para las mujeres).
- Deje de fumar si usted es fumador.
- Asegúrese de asistir a sus citas programadas con el médico.
- Consulte con su médico cómo puede aprender a tomarse la presión arterial en su casa. Mantenga un registro de su presión arterial diaria y muéstresela a su médico en cada visita.
- Tome las píldoras para la presión arterial exactamente como las indicó su médico, aún cuando se sienta bien. Por lo general, la hipertensión no presenta síntomas.
- Informe a su médico sobre cualquier efecto molesto del medicamento. Nunca deje de tomar ninguno de los remedios por su cuenta.
- Infórmese todo lo posible sobre su tratamiento. No sienta temor de hacer preguntas si hay algo que no entiende. Traiga consigo una lista de las preguntas cuando visite al médico.

¿Si tengo enfermedad renal crónica, qué puede hacerse para que mis riñones sigan funcionando el mayor tiempo posible?

El médico debe planificar su tratamiento junto a usted y su familia. A algunos pacientes se les recomienda consultar a un *nefrólogo*, o médico especialista en enfermedades renales. También puede ser útil consultar a un nutricionista. Lo más importante es seguir las pautas indicadas arriba y siempre consultar todas sus inquietudes a su médico.

¡Cuide sus riñones!