



**UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CON MENCIÓN EN**

**NEFROLÓGICA Y UROLÓGICA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”**

**PRESENTADO POR**

**LIC. HURTADO TOTOCAYO DELIA MELINA**

**ASESOR**

**DRA. CARMEN TERESA CRUZ CARBAJAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN**

**ENFERMERIA CON MENCIÓN EN NEFROLÓ GICA Y UROLÓGICA**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2017**

## INDICE

CARATULA.....	i
PAGINA DE JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE.....	v
INTRODUCCION .....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
<b>CAPITULO I</b>	
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	1
1.2 OBJETIVOS.....	2
1.3 MARCO TEORICO.....	3-7
1.3.1 DEFINICION DE TERMINOS.....	3-4
1.4 TEORIAS DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HERDENSON.....	5-7
<b>CAPITULO II</b>	
CASO CLINICO	
2.1 VALORACION.....	8
2.2 VALOR DE DATOS POR DOMINIOS.....	10-18
2.3 PLANEAMIENTO.....	19-27
2.4 EJECUCION.....	28-31
2.5 EVALUACION.....	31-32
<b>CAPITULO III</b>	
3.1 CONCLUSIONES.....	33
3.2 RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35

## INTRODUCCION

El arte del cuidado del enfermero es una ciencia la cual se establece de una metodología científica sustentada y comprobada. El proceso de atención de enfermería (PAE) es la forma como se aplica la ciencia del cuidado a toda persona de una forma íntegra, lógica y sistemática.

La primera fase es la Valoración, que es la etapa donde se inicia el proceso siendo esta de suma importancia porque será donde se identificarán los problemas y se les dará una prioridad de solución. Los diagnósticos se elaboran mediante las necesidades que afectan al paciente priorizando lo fisiológico que son de mayor atención priorizándolos y elaborando diagnósticos aprobado por la NANDA, la fase de Planeación de los cuidados es la etapa del proceso de enfermería donde se establecen las estrategias para minimizar o dar solución a los problemas previamente identificados y determinar los objetivos a conseguir los cuales son racionales y alcanzables con un adecuado plan de trabajo

La fase de Evaluación es la última etapa del ciclo del proceso de enfermería por ser una actividad constante y compleja por ser donde evaluaremos si el plan efectuado fue efectivo o requiere ser mejorado sugiriendo modificaciones necesarias obtener mejores resultados o evitar futuras complicaciones.

El presente PAE aborda el cuidado brindado a un enfermo de insuficiencia renal terminal, en el servicio de hemodiálisis el cual por sus factores de riesgo requiere un cuidado especializado, seguro y oportuno.

## RESUMEN

La enfermedad renal crónica terminal se define como la incapacidad de los riñones en realizar su función que es la regulación del medio interno a través de la excreción de líquidos y metabolitos de desecho resultantes del catabolismo interno. Esta falla del filtrado glomerular repercute severamente en la salud del paciente, al incrementar los niveles de urea, amoníaco y ácido úrico causando un deterioro progresivo en el medio interno llegando a complicaciones severas como la muerte. Los pacientes que presentan esta referida patología en fase terminal y llegan a requerir el procedimiento de hemodiálisis de forma permanente para poder sobrevivir son propensos a presentar complicaciones como infecciones por la presencia de líneas invasivas. Las infecciones de los catéteres son muy frecuentes motivo por el cual se requiere un estricto cuidado, además de que un proceso infeccioso en un paciente renal terminal es muy complicado por lo limitado del tratamiento. El presente proceso de atención de enfermería se enfoca en el cuidado de una paciente que ingresa por un proceso infeccioso el cual es originado en su catéter venoso central, se realiza la valoración completa y se identifican los diagnósticos según la prioridad de necesidades, posterior a esto se aplican los planes de cuidado ejecutando de forma íntegra todas las acciones requeridas dando como evolución que el paciente controla la dolencia como lo era el dolor y la ansiedad por su estado de salud así como la reversión del proceso infeccioso.

**Palabras Clave:** Catéter venoso central, insuficiencia renal crónica, cuidado de enfermería, proceso infeccioso.

## **ABSTRACT**

End-stage renal disease is defined as the inability of the kidneys to perform their function, which is the regulation of the internal environment through the excretion of fluids and waste metabolites resulting from internal catabolism. This failure of glomerular filtration has a severe impact on the health of the patient, by increasing the levels of urea, ammonia and uric acid, causing a progressive deterioration in the internal environment, leading to severe complications such as death. Patients who present this referred pathology in the terminal phase and eventually require the hemodialysis procedure in order to survive are prone to presenting complications such as infections due to the presence of invasive lines. Catheter infections are very frequent, which is why strict care is required, and an infectious process in a terminal renal patient is very complicated due to the limited treatment. The present process of nursing attention focuses on the care of a patient who is admitted through an infectious process which originates in her central venous catheter, the complete assessment is made and the diagnosis is identified according to the priority of needs, after this the care plans are applied integrally executing all the required actions, giving as evolution the patient to control the ailment as it was the pain and the anxiety due to his state of health as well as the reversal of the infectious process.

**Keys words:** Central venous catheter, chronic renal failure, nursing care, infectious process

## **CAPITULO I**

### **1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Paciente adulto mayor de 75 años de edad de sexo masculino con Dx ERCT en programa de Hemodiálisis hace 8 años 3 veces por semana en el HNAR no continuo, ingresa al servicio derivado de Emergencia para tratamiento de Hemodiálisis en silla de ruedas en compañía de familiar (hija). LOTEP ventila espontáneamente, portador de catéter Venoso central ubicado en yugular izquierda, en referida zona la piel se encuentra roja y con rubor, presenta edema a nivel de miembros superiores (XX) inferiores (XX), paciente refiere dolor a la manipulación del catéter, debilidad y sensación de cansancio, se le observa intranquilo y agotado según refiere la hija es por la posible intervención para la colocación de otro catéter venoso central.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **I. Objetivo General**

Recuperar el estado de salud física y mental del paciente con enfermedad renal terminal que es afectado por un proceso infeccioso.

### **II. Objetivos Específicos**

- Elaborar los planes de cuidado que brinden una atención de forma integral, efectiva y personalizada al paciente con enfermedad renal terminal que es afectado por un proceso infeccioso.
- Ejecutar los planes de cuidado de forma oportuna, rápida y segura basándose en el cuidado integral y personalizado al paciente con enfermedad renal terminal que es afectado por un proceso infeccioso.
- Evaluar el plan de cuidado de forma permanente a fin de que asegure su efectividad y permita la reorientación del cuidado integral al paciente con enfermedad renal terminal que es afectado por un proceso infeccioso.

## **1.3 MARCO TEORICO**

### 1.3.1. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Insuficiencia renal:**

“La insuficiencia renal o enfermedad renal se define como el proceso en el que los riñones no son capaces de filtrar de forma adecuada las toxinas y las sustancias de desecho que circulan en el torrente sanguíneo. La definición fisiológica de la insuficiencia renal es la disminución en el flujo plasmático renal, lo que incrementa el nivel de creatinina en el suero”. (1)

La insuficiencia renal se cataloga en dos tipos:

- **Insuficiencia Renal Aguda**

La disminución de forma repentina y súbita de la función renal se denomina insuficiencia renal aguda el cual puede estar atribuido a la pérdida de volemia, a la administración o uso de fármacos de toxicidad renal, el cual en la gran mayoría de los casos es reversible.

- **Insuficiencia Renal Crónica**

Se define como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, (glomerular, tubular y endocrina), lo que disminuye la excreción de sustancias de desecho formadas por el metabolismo interno, como lo son los compuestos nitrogenados, la eliminación inadecuada de agua excedente y la regulación de electrolitos, también existe alteración en la secreción de las hormonas

secretadas a nivel renal como lo son eritropoyetina, la renina, prostaglandinas y la vitamina D en su forma activa.

- **Causas De La Insuficiencia Renal**

La enfermedad responsable del más de 40% de casos de insuficiencia renal es la diabetes mellitus. La cual que a pesar que la medicación puede controlar la enfermedad no puede revertir el daño a nivel renal derivando a una nefropatía la que con una buena dieta y tratamiento terapéutico no necesariamente desencadena en una insuficiencia renal, pero la descompensación de la enfermedad incrementa el riesgo de daño renal. (2)

La hipertensión arterial en la arteriola aferente incrementa presión sistémica que se transmite al interior del glomérulo la cual produce esclerosis glomerular lo que da lugar a una insuficiencia renal. (1)

**Congestión pulmonar** Es definida como el incremento de líquido a nivel del intersticio pulmonar producido por una sobrecarga de líquidos a nivel corporal o a la disminución de la precarga cardiaca. (2)

**Insuficiencia renal Crónica terminal:** Última etapa de la enfermedad renal crónica, se define cuando el filtrado glomerular es nulo o es menor a 15 (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)

**Hemodiálisis:** Terapia de sustitución de la función renal la cual consiste en extraer la sangre del organismo a través de un acceso vascular y llevarla a un equipo

dializador compuesto por un filtro de doble compartimiento. En este proceso la sangre pasa por el interior de unos capilares en un sentido contrario al líquido de diálisis bañando dichos capilares quedando separados por una membrana semipermeable.

**Cuidado de Enfermería:** El cuidado de enfermería es la esencia de la disciplina profesional que implica no solamente al receptor, interviene también el entorno en que se desarrolla. (3)

**Catéter venoso central:** Es una sonda generalmente hecha de silicona por una incisión de a nivel del cuello, el tórax o la ingle, buscando una vena de gran calibre con el que administra gran volumen de líquidos y medicamentos por vía intravenosa, por un tiempo más prolongado que un acceso periférico.

#### **1.4 TEORIAS DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HERDENSON (3)**

➤ **Modelo y tendencias**

Según la autora, la profesión de enfermería es una ciencia que requiere conocimientos sociales y biológicos. El profesional de enfermería debe hacer frente a las cambiantes necesidades de salud pública teniendo conocimiento de las necesidades humanas.

➤ **Método de aplicación del modelo**

- **Valoración:** Se considera el nivel de satisfacción que se obtenga después de evaluar los 14 dominios de necesidades del individuo y considerando su grado de dependencia o independencia.
- **Ejecución:** en este punto se plantean los objetivos sobre las necesidades encontradas dándoles un nivel de prioridad, se elige el modo de intervención y se determinan las actividades a ejecutar.
- **Evaluación:** Se comparan los resultados obtenidos con los objetivos planteados en el plan de cuidados observando nuevas alternativas de cuidado a los nuevos indicios encontrados.

➤ **Elementos Del Metaparadigma De Enfermería**

- **Salud:** Henderson la define como el perfecto equilibrio y la ausencia de requerimientos en las 14 necesidades básicas, por lo tanto la consideramos como una cualidad y calidad de vida la cual es necesaria para el buen funcionamiento de la persona en su nivel biológico y a nivel fisiológico
- **Entorno:** son todas las condiciones externas que intervienen en el equilibrio y buen funcionamiento de la persona. Es el lugar donde aprende y desarrolla su patrón de vida.
- **Persona:** hace dos definiciones:

1. “Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona” (4); por lo que lo definimos como un ser integral
2. El paciente es el ser bio-psico-social que requiere de apoyo para que logre su total o parcial independencia; el cuerpo y la mente son uno solo y no pueden separarse, a lo que también describe que la persona y la familia forman una unidad de acción. (4)

## **CAPITULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA FASE DE VALORACIÓN**

##### **2.1. VALORACIÓN**

###### **a. Situación Problemática**

Paciente adulto mayor de 75 años de edad de sexo masculino con Dx ERCT en programa de Hemodiálisis hace 8 años 3 veces por semana en el HNAR no continuo, ingresa al servicio derivado de Emergencia para tratamiento de Hemodiálisis en silla de ruedas en compañía de familiar (hija). LOTEPE ventila espontáneamente, portador de catéter Venoso central ubicado en yugular izquierda, en referida zona la piel se encuentra roja y con rubor, presenta edema a nivel de miembros superiores (XX) inferiores (XX), paciente refiere dolor a la manipulación del catéter, debilidad y sensación de cansancio, se le observa

intranquilo y agotado según refiere la hija es por la posible intervención para la colocación de otro catéter venoso central.

Funciones vitales:

PA: 170/100 mmHg

FC: 96 x minuto

FR: 24 x minuto

Sat O<sub>2</sub> 95%

T°: 38.7 °C

Peso 85 kilos

Talla 1.72 cm

#### b. Anamnesis

- **Antecedentes Personales y Familiares:** hipertenso desde los 55 años, de religión católica, viudo actualmente vive con su hija mayor y su familia
- **Antecedentes Patológicos:** Neoplasia maligna de Próstata estadio 3, insuficiencia renal crónica.
- **Datos de Laboratorio:**

<b>Hemograma Completo</b>	
<b>Hematíes</b>	<b>5010,000 x mm<sup>2</sup></b>
<b>Leucocitos</b>	<b>15,300 mm<sup>2</sup></b>
<b>Hematocrito</b>	<b>21%</b>
<b>Hemoglobina</b>	<b>7.3g/dl</b>
<b>Plaquetas</b>	<b>22,000 x mm<sup>2</sup></b>

<b>Bioquímica</b>	
Urea	79mg /dl
Creatinina	5,9 mg/dl
Ferritina	1061.7
Albumina	4 ,90g /dl
Proteínas totales	7.80g /dl
Fosfatasa alcalina 2	39 u/l

<b>Formula leucocitaria</b>		
<b>Segmentados</b>	<b>152</b>	<b>Valor Normal 55 - 65</b>
<b>Abastoados</b>	<b>7</b>	<b>Valor Normal 0 - 5</b>
<b>Linfocitos</b>	<b>78</b>	<b>Valor Normal 25 -40</b>
<b>Eosinófilos</b>	<b>2</b>	<b>Valor Normal 0 - 4</b>
<b>Monocitos</b>	<b>25</b>	<b>Valor Normal 4 - 8</b>
<b>Basófilos</b>	<b>8</b>	<b>Valor Normal 0 - 2</b>

<b>Gases arteriales</b>		
<b>P.H.</b>	<b>7.43</b>	<b>Rango Arterial 7.45</b>
		<b>Rango Venoso 7.31 -7.41</b>
<b>PCO2</b>	<b>47</b>	<b>Rango Arterial 35 – 45 mmhg</b>
		<b>Rango Venoso 41 – 51 mmhg</b>
<b>PO2</b>	<b>80</b>	<b>Rango Normal 80– 105mmhg</b>
<b>HCO3</b>	<b>27.2</b>	<b>Rango Arterial 27 – 26 meq</b>
		<b>Rango Venoso 23 – 28 meq</b>

## 2.2 . Valoración de datos por dominios (4)

<b>DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	
Antecedentes patológicos:	Insuficiencia renal crónica, Hipertensión arterial,
Alergias:	No Alergias
Medicación crónica:	No precisa.
Higiene:	Regular estado de Higiene
Alimentación:	Régimen Alimentico Dieta Blanda, hiposodica.

<b>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</b>	
Apetito:	Conservado
Tipo de Nutrición:	Completa, baja en sodio y potasio
Piel:	seca
Edema:	localización (Miembros superiores e Inferiores) XX
Boca:	mucosa oral (seca)
Abdomen:	blando con Ruidos hidroáereos presentes

<b>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN</b>	
Hábitos Intestinales.	
Deposiciones N° veces:	1
Cantidad:	300mg
Características:	Solidas
Hábitos vesicales.	
Frecuencia:	paciente en diálisis por IRC

<b>DOMINO 4 : ACTIVIDAD/REPOSO</b>	
Actividad respiratoria frecuencia :	24x'
Presión Arterial	170/100 mmhg
Oxigenación	Ventila espontáneamente
llenado capilar	3 seg
Edema:	En miembros superiores e inferiores
Presencia de líneas invasivas:	Catéter Venoso Central
Deambulación:	Ingresa en silla de ruedas y asistencia de familiar

<b>DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN</b>	
Glasgow	15
Comunicativo	despierto y Orientado
Tono muscular	Disminuido
Pupilas foto reactivas	si

<b>DOMINIO 6-. AUTO PERCEPCION</b>	
Paciente refiere que se siente agotado e intranquilo	

<b>DOMINIO 7: ROL RELACIONES</b>	
Estado civil:	viudo
Profesión:	Jubilado (independiente)
Fuente de apoyo familiar	(Hija)

<b>DOMINIO 08. DE SEXUALIDAD</b>	
Sexo	Masculino

**DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA A LA SITUACION DE ESTRÉS.**

Estrés e irritabilidad a procedimientos invasivos por enfermedad actual

**DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES**

Religión Católica, creyente habituado a realizar oraciones y asistir a rituales y festividades propias de su religión.

**DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Analisis de laboratorio	(leucocitos elevado)
Procediendo Invasivo	Catéter Venoso Central con signos de flogosis
Temperatura Corporal	Fiebre 38.7°C

**DOMINIO 12: CONFORT**

Paciente se encuentra irritable e intranquilo

### Análisis e interpretación científica del diagnóstico de enfermería

PROBLEMA	CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	ANÁLISIS O JUICIO CRTICO	DIAGNOSTICO DOMINIO – CLASE CODIGO
<p><b>Infección</b></p> <p><b>Signos de Flogosis</b></p>	<p>Es el proceso en el que se evidencia la invasión y multiplicación de microorganismos en un organismo vivo.</p> <p>El mecanismo de defensa para luchar contra los microorganismos es la respuesta sistémica siendo uno de los principales signos la <b>fiebre</b>.</p> <p>Los procedimientos invasivos y la presencia de zonas de punción son generalmente punto de ingreso de gérmenes.</p> <p>Estos signos son: el dolor localizado en la zona afectada, la cual presenta rubor y se palpa una tumefacción indurada, incrementando la temperatura local.</p>	<p>Paciente con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura &gt;38 °C</li> <li>- Signos de infección a nivel de inserción de catéter venoso central</li> </ul>	<p>Termorregulación ineficaz (00008)</p> <p>Dominio 11: seguridad / protección</p> <p>Clase 5: termorregulación</p>
<p><b>P/A encima de los valores</b></p>	<p>Le incremento de la resistencia de las arterias al flujo de sangre que transcurre por ellas, esto</p>	<p>Al alterarse las hormonas que controlan la presión</p>	<p>Disminución del gasto cardiaco : (00029)</p>

<p><b>normales</b> <b>170/100 mmHg.</b></p>	<p>puede ocasionar engrosamiento de las paredes y disminuir su resistencia y elasticidad por lo que incrementa el riesgo a accidentes cerebrovasculares y lesiones miocárdicas.</p>	<p>arterial (renina y angiotensina) produce daño renal evidenciándose alteración en la presión arterial.</p>	<p>Dominio 4: Actividad/Reposo. Clase 4: Respuesta cardiovasculares/pulmonares.</p>
<p><b>Presenta edema en MMII y MMSS (++).</b></p>	<p>Es el acumulo del líquido plasmático a nivel del tejido intersticial el cual es más frecuente a nivel de miembros inferiores. Se evidencia con los signos de fóvea el cual es el tiempo transcurrido en retornar la piel a su estado normal después de hacer una presión directa sobre él.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El desequilibrio de volumen de líquidos es la disminución o aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales, intracelulares por la Incapacidad del organismo de eliminar</li> <li>- Exceso de líquido en el organismo es el aumento de líquidos isotónicos, por los</li> </ul>	<p>El edema puede conllevar a un aumento de peso e incluso a una insuficiencia cardiaca y edema pulmonar que si no recibe tratamiento puede llevar a la muerte.</p>	<p>Exceso de volumen de líquidos (00026) Dominio 2: Nutrición. Clase 5: Hidratación.</p>



	incrementando la temperatura local.		
<b>Temor</b>	El temor es una respuesta, emocional a la exposición de un peligro, real o imaginario, el cual la persona tiene la respuesta de evitarlo y de huir de la amenaza.	Paciente presenta temor por la evolución de su salud – enfermedad , intervención quirúrgica por posible cambio de CVC	Temor (00148) Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 2:
<b>Temor al acto quirúrgico.</b>	Toda intervención quirúrgica así sea de menor grado implica una respuesta psicológica de parte del paciente, al proyectarse a las posibles consecuencias que podrá ser objeto o al dolor que produzca la referida intervención. .	Todas las intervenciones quirúrgicas tienen riesgo. Su magnitud depende del tipo de intervención, de su enfermedad y su condición psico-física.	

### Diagnósticos de enfermería (5)

PROBLEMA	FACTOR DETERMINANTE	FACTOR CONDICIONANTE	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<b>Infección</b> <b>Signos de Flogosis</b>	Ante una infección se presentan signos de flogosis son: dolor localizado, rubor de piel y se palpa una tumefacción indurada, con aumento local de la temperatura, de origen infecciosos por agentes patógenos	Respuesta inmune para combatir el proceso infeccioso	Termorregulación ineficaz (00008) r/c Proceso infeccioso e/p Elevación de la temperatura corporal mayor a los 38°C
Hipertensión arterial.	Incremento del volumen intravascular el cual incrementa la post carga cardiaca Insuficiencia renal crónica terminal.	Incremento de la resistencia vascular periférica	Disminución del gasto cardiaco (00029) r/c alteración de la precarga e/p edema y P.A 170/100 mmHg.
Desequilibrio hídrico	Incremento del volumen intravascular el cual incrementa la post carga cardiaca	Incremento de la resistencia vascular periférica	Exceso de volumen de líquidos (00026) r/c compromisos de los mecanismos reguladores e/p

	Insuficiencia renal crónica terminal.	Acumulo de líquidos (edema en miembros inferiores).	edemas en miembros inferiores y superiores (++).
<b>Infección</b>	- Procedimiento invasivo (presencia de CVC)	- Falta de concientización del paciente de medidas de asepsia	Infección (00004) r/c procedimiento invasivo (CVC para hemodiálisis) e/p signos de flogosis a nivel de zona de punción de CVC
<b>Temor</b>	Cambios en salud, rol y entorno, al proceso de la enfermedad	Paciente manifestó sentirse intranquilo por situación actual	Temor (00148) R/c cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica e/p manifestaciones pcte.

## 2.3. PLANEAMIENTO

### a. DIAGNOSTICOS PRIORIZADOS

**1. Dominio 11: seguridad / protección(6)**

Clase 5: termorregulación

Termorregulación ineficaz (00008) r/c Proceso infeccioso e/p Elevación de la temperatura corporal mayor a los 38°C

**2. DOMINIO 4: actividad/reposo.**

Clase 4: Respuesta cardiovasculares/pulmonares.

Disminución del gasto cardiaco (00029) r/c alteración de la precarga e/p edema y P.A 170/100 mmHg

**3. DOMINIO 2: nutrición.**

Clase 5: Hidratación.

Exceso de volumen de líquidos (00026) r/c compromisos de los mecanismos reguladores e/p edemas en miembros inferiores (++)

**4. Dominio 11: seguridad / protección**

Clase1: infección

Infección (00004) r/c procedimiento invasivo (CVC para hemodiálisis). E/p signos de flogosis a nivel de zona de punción de CVC

**5. Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.**

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

Temor (00148) r/c cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica e/p manifestaciones del paciente

## PLAN DE CUIDADOS DIDÁCTICOS

Diagnostico	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico	Evaluación
<p><b>Termorregulación ineficaz (00008)</b>  <b>r/c Proceso infeccioso e/p</b>  <b>Elevación de la temperatura corporal 38.7°C</b>                      Dominio 11: seguridad / protección                      Clase 5: termorregulación (4)</p>	Termorregulación	<p><b>(6540)</b> Control de infecciones</p> <p><b>(2314)</b> Administración de medicación: intravenosa (i.v.) prescrita</p> <p><b>(2395)</b> Control de la medicación</p> <p><b>(6680)</b> Monitorización de los signos vitales</p> <p><b>(4070)</b> Precauciones circulatorias</p> <p><b>(3900)</b> Regulación de la temperatura</p> <p><b>(4150)</b> Regulación hemodinámica</p> <p><b>(3740)</b> Tratamiento de la fiebre</p> <p>Controlar ingresos y egresos.</p>	<p>El tratamiento antibióticos empezara a ser efecto posterior a las 24 horas de iniciado por lo que se debe completar el tratamiento con fármacos antipiréticos para mantener regulada la temperatura corporal, así como aligerar prendas.</p> <p>-La Monitorización de los signos vitales se realiza básicamente para tomar medidas en su momento.</p> <p>Se trata la fiebre para que la temperatura disminuya y así evitar vasodilatación a nivel del termorregulador que se encuentra en el hipotálamo.</p>	Paciente logra conservar la termorregulación (37.7 °C).

		<p>Comprobar los valores de cuento de leucocitos, hemoglobina y hematocrito</p> <p>Aligerar prendas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando la temperatura corporal se eleva, incrementa las pérdidas insensibles y se incrementa la pérdida de líquidos a través del sudor.</li> <li>- El balance hídrico es el control de todas las pérdidas que tenga el organismo ya sean de forma exógena o endógena en relación a la ingesta o administración de líquidos de forma interna o externa.</li> </ul>	
--	--	---	--	--

Diagnostico	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico	Evaluación
<p><b>DOMINIO 4:</b> ACTIVIDAD/REPOS O.</p> <p><b>Clase 4:</b> Respuesta cardiovasculares/pulm onares.</p> <p><b>Código:</b> 00029</p> <p>Disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la precarga evidenciado por edema y P.A 170/100 mmHg. (4)</p>	<p>Efectividad de la bomba cardiaca (0400)</p>	<p><b>Cuidados cardiacos : agudos (4044)</b> <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el ritmo y frecuencia cardiaca.</li> <li>• Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos adventicios.</li> <li>• Limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, alimentos ricos en grasa y demás.</li> <li>• Administración de fármacos antihipertensivos prescritos.</li> </ul> <p><b>Manejo de líquidos/electrolitos (2080)</b> <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos y síntomas de retención de líquidos.</li> <li>• Observar si hay manifestaciones de desequilibrios de líquidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuidados cardiacos son importantes para mantener la salud de la persona</li>   <li>• El manejo líquidos/electrolitos nos permite hacer un balance hídrico estricto.</li> </ul>	<p>Mantiene presión arterial adecuada durante el turno</p>

Diagnostico	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico	Evaluación
<p><b>DOMINIO 2:</b> NUTRICIÓN.</p> <p><b>Clase 5:</b> Hidratación.</p> <p><b>Código:</b> 00026</p> <p>Exceso de volumen de líquidos R/C compromisos de los mecanismos reguladores evidenciado por edemas en miembros inferiores (++) . (4)</p>	<p>Equilibrio Hídrico (0601)</p> <p>Severidad de la sobrecarga hídrica, (0603)</p> <p>Control de peso (1612)</p>	<p><b>Manejo de líquidos (4120)</b></p> <p><b>Monitorización de líquidos (4130)</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (2314) Administración de medicación diuréticos prescritos</li> <li>• (2395) Control de la medicación</li> <li>• (6680) Monitorización de los signos vitales</li> <li>• Pesar a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación (BH).</li> <li>• Evaluar la ubicación y extensión del edema si lo hubiera.</li> <li>• Comprobar los niveles de electrolitos en sangre y orina.</li> <li>- Vigilar el estado de hidratación de membranas y mucosas</li> <li>- Realizar diálisis según corresponda e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es el equilibrio entre todos los recursos hídricos que ingresan al sistema y los que salen del mismo.</li> <li>• Los edemas son un signo que aparece en muchas enfermedades y se manifiesta como una hinchazón de los tejidos blandos debida a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial.</li> <li>• Los niveles de electrolitos pueden estar demasiado elevados o demasiado bajos. Eso puede ocurrir cuando se altera la cantidad de agua del cuerpo causando deshidratación o hiperhidratación. Algunas causas pueden ser algunas medicinas, vómitos, diarrea, sudoración o problemas renales. Los problemas ocurren con mayor frecuencia con</li> </ul>	<p>Evidencia disminución de edema en MMII.</p>

		<p>indicación médica tomando nota de respuesta de paciente(12)</p>	<p>los niveles de sodio, potasio o calcio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El edema surge si se produce un desequilibrio entre las fuerzas que regulan el paso del líquido de un compartimento a otro. Si el paso de agua es abundante del compartimento intravascular al intersticial, aparece el edema.</li> <li>• Por la presencia de líquido intersticial es importante la valoración física del edema en los pacientes.</li> <li>• Dializar es eliminar sustancias tóxicas y líquidos en exceso a través de un sistema extracorpóreo que permite la permeabilidad de nuestro sistema circulatorio</li> </ul>	
--	--	--	---	--

Diagnostico	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico	Evaluación
<p><b>Infección (00004) r/c procedimiento invasivo (CVC para hemodiálisis). e/p signos de flogosis a nivel de zona de punción de CVC y temperatura 38.7</b></p> <p>DOMINIO11 Seguridad/protección CLASE 1 Infección.</p>	<p>Contrarrestar diseminación de infección</p>	<p>Valorar la zona del CVC Realizar curación de la zona de punción del CVC (6540) Control de infecciones (2314) Administración de medicación: intravenosa (i.v.) (2395) Control de la medicación Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que deben informar al personal de la salud. Educar al paciente a realizar un correcto lavado de manos e higiene corporal Observar color, textura y si hay inflamación, edema o ulceraciones en el sitios de incisión de CVC Observar si hay fuentes de presión y fricción.</p>	<p>Permite contar con una base para valorar cambios que se producen. El tratamiento del proceso infeccioso permite eliminar o disminuir la proliferación de los agentes infeccioso</p> <p>Las curaciones de las zonas de inserción son muy importantes ya que es un punto de ingreso de los gérmenes patógenos y no patógenos La asepsia es un Método o procedimiento que sirve para evitar que los gérmenes infecten una cosa o un lugar. El lavado de manos es un método preventivo que se emplea para Prevenir los posibles eventos infeccioso relacionadas con la atención intrahospitalaria.</p>	<p>Paciente presenta disminución de signos de flogosis Paciente mantuvo una temperatura de 37 C</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• (6680) Monitorización de los signos vitales</li> <li>• Comprobar los valores análisis de laboratorio de leucocitos, hemoglobina y hematocrito.(11)</li> </ul>	<p>-La Monitorización de los signos vitales se realiza básicamente para tomar medidas en su momento</p> <p>La valoración e interpretación de los análisis de laboratorio nos indicara el estado hemodinámico del paciente.</p>	
--	--	--	--	--

Diagnostico	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico	Evaluación
<p><b>Temor (000148) R/C</b></p> <p><b>cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica e/p manifestaciones del paciente</b></p> <p><b>Dominio 9</b></p> <p>Afrontamiento/Tolerancia al estrés.</p> <p>Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.</p>	<p>Nivel del miedo (1404).</p> <p>Control del miedo (1404).</p> <p>Superación de problemas (1302).</p> <p>Aceptación del estado de salud (1300).</p>	<p>Apoyo emocional 5270.</p> <p>Presencia (5340).</p>	<p>La interrelación con el paciente genera confianza y seguridad, permitiendo que tenga un buen nivel de confort y sea accesible con los procedimientos.</p> <p>La permanencia del personal con el paciente durante su estadía genera confianza y una sensación de seguridad.</p> <p>Ésta acción permite que el paciente incremente su fortaleza interna que</p>	<p>-Alivio del temor.</p> <p>-Evidencia disminución de la inquietud obteniendo una participación activa del paciente</p> <p>- Paciente manifiesta sentirse informado.</p>

		<p>Escucha activa (4920).  Enseñanza:  procedimiento  /tratamiento (5618).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar el propósito de la probable intervención quirúrgica.</li> <li>- Reforzar la confianza del pcte. en el personal involucrado.</li> <li>- Determinar las expectativas del procedimiento.</li> <li>- Enseñar al pcte. como cooperar durante la intervención quirúrgica.</li> <li>- Dar tiempo al pcte. para q haga preguntas y discuta sus inquietudes.</li> <li>- Dar al pcte. y familia un resumen de cuidados (12)</li> </ul>	<p>influye en su recuperación y mejora su calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se tiene q dar una enseñanza continua para que el pcte. acepte la probable intervención quirúrgica.</li> <li>- Los cuidados Generales para la recuperación del pcte es necesario llevarla a cabalidad, como actividad, citas, medicación, higiene, vacunas, viajes, vida sexual, dieta, animales de compañía, por el cual un resumen de cuidados será de mucha utilidad para que el pcte conlleve mejor su vida cotidiana.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

## **2.4.EJECUCIÓN**

### **Dominio 11: seguridad / protección**

Clase 5: termorregulación

Termorregulación ineficaz (00008) r/c Proceso infeccioso e/p Elevación de la temperatura corporal mayor a los 38°C

- Controlar la temperatura de forma frecuente.
- Identificar si hubiese pérdida imperceptible de líquidos.
- Valorar el tono de la piel y su temperatura.
- Monitorizar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- Vigilar si hubiera descenso de los niveles de consciencia.
- Comprobar los valores de cuento de leucocitos, hemoglobina y hematocrito.
- Controlar ingresos y egresos.
- Administrar medicamentos antipiréticos. Prescritos

Administrar tratamiento antibiótico prescrito

Mantener al paciente con ropas ligeras para disminuir el calor corporal

- Brindar medios físicos.
- Controlar la temperatura para evitar hipotermia inducida por el tratamiento.

### **DOMINIO 4: actividad/reposo.**

Clase 4: Respuesta cardiovasculares/pulmonares.

Disminución del gasto cardiaco (00029) r/c alteración de la precarga e/p edema y P.A 170/100 mmHg

Cuidados cardiacos: agudos (4044)

Actividades:

- Control de Peso
- Control y valoración de funciones vitales
- Monitorización de la frecuencia y ritmo cardiaco.
- Auscultación de ambos campos pulmonares para identificar si hay ruidos agregados.
- Suprimir o eliminar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, alimentos ricos en grasa y demás. (Informar al pcte)
- Administración de fármacos antihipertensivos prescritos

Manejo de líquidos/electrolitos (2080)

Actividades:

- Observar presencia de signos que evidencien retención de líquidos.
- Valorar si existe presencia de manifestaciones de desequilibrios de líquidos

## **DOMINIO 2: nutrición.**

Clase 5: Hidratación.

Exceso de volumen de líquidos (00026) r/c compromisos de los mecanismos reguladores e/p edemas en miembros inferiores (++)

Manejo de líquidos (4120)

Monitorización de líquidos (4130)

Actividades:

- (2314) Administración de medicación diuréticos prescritos
- (2395) Control de la medicación
- Control de Peso y controlar la evolución.
- Control estricto de manejo de volumen de líquidos
- Efectuar un registro estricto de ingesta y eliminación (BH).
- Valorar la extensión del edema si lo hubiera y la ubicación.
- Comprobar los niveles de electrolitos en sangre y orina.
- Vigilar el estado de hidratación de membranas y mucosas
- Realizar diálisis según corresponda e indicación médica tomando nota de respuesta de paciente
- 6680) Monitorización de los signos vitales

### **Dominio 11: seguridad / protección**

Clase1: infección

Infección (00004) r/c procedimiento invasivo (CVC para hemodiálisis). e/p signos de flogosis a nivel de zona de punción de CVC y temperatura 38.7 C

- Limpieza de zona afectada
- Curación de catéter venoso central
- Colocar protección en zona de incisión

- Evaluar la permanencia del catéter venosos central
- Educar al paciente sobre cuidados del catéter venoso central
- Administración de tratamiento prescrito de antibióticos
- Monitorización de funciones vitales
- Análisis de laboratorio Hemograma

**Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.**

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.

Temor (00148) r/c cambios en salud, rol y entorno, intervención quirúrgica e/p manifestaciones del paciente

- Se brinda soporte psicológico y emocional.
- Se realiza permanecía junto al paciente.
- Se presta atención de forma activa a los requerimientos del paciente

Se da consejería a familiares para que puedan apoyar en el afrontamiento de la enfermedad del paciente

**2.5.EVALUACIÓN**

**Evaluación De La Valoración:**

Se logró valorar de forma íntegra las necesidades del paciente, mediante los 12 dominios. Lo cual genera un listado de diagnósticos que ha sido priorizado

**Evaluación del diagnóstico:**

Luego de realizar una valoración minuciosa de los hallazgos encontrados se permitió hacer una eficiente valoración de necesidades según los dominios afectados. Identificando los diagnósticos los cuales se atendieron según el tipo de prioridad

### **Evaluación de la planificación:**

Se planifico acciones de acuerdo al dominio afectado y al tipo de diagnóstico que presentaba el paciente. Se priorizaron los diagnósticos de enfermería según los establecen la North American Nursing Diagnosis Association y se formularon los resultados esperados y se desarrollaron las intervenciones.

### **Evaluación De La Ejecución:**

Se efectuaron las intervenciones previamente planificadas, aplicando el conocimiento científico, poniendo en práctica las destrezas y habilidades del profesional en una relación terapéutica, las ejecuciones se efectuó en un 80 % logrando la satisfacción del paciente como ser biopsicosocial y de los familiares

## **CAPITULO III**

### **3.1 CONCLUSIONES**

- La falla renal se produce de forma progresiva durante años. En muchos casos las personas son asintomáticas o no perciben los leves cambios en la salud hasta que el proceso patológico está en un nivel muy avanzado. Los medios de Diagnostico así como los análisis de sangre y orina son la única manera de saber si se tiene dicha enfermedad lo cual va deteriorando el organismo elevando la morbimortalidad.
- El paciente se encuentra agotado, temeroso por tantos años del tratamiento y la conservación de su salud.
- El deterioro de la enfermedad se debió a la falta de conocimiento y cuidado por parte de los familiares, los cuales deben ser reeducados sobre el buen mantenimiento de la salud del paciente renal crónico terminal.
- El paciente logra revertir los factores de riesgo logrando satisfacer sus necesidades vitales, fisiológicas y psicosociales.

- El apoyo del equipo multidisciplinario del servicio de hemodiálisis trabaja constantemente para la mejoría y bienestar del paciente que es atendido en el centro de hemodiálisis.

### **3.2 RECOMENDACIONES**

- Se debe educar al paciente sobre su autocuidado, para disminuir las complicaciones en su estado de salud
- Se debe reeducar a la familia del paciente con enfermedad renal terminal sobre el cuidado y mantenimiento de la salud, como lo es cuidado del catéter venoso central, la nutrición y la hidratación del paciente.
- Se recomienda continuar realizando de forma constante el proceso de atención de enfermería para efectivizar la atención y el cuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreu Periz, Force San Martin. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. segunda Edición ed. Barcelona: Masson; 2001.
2. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería (Point (Lippincott Williams & Wilkins. 15th ed. Madrid: Wulters Kluner; 2014.
3. Lefevre R. Aplicacion del Proceso del Enfermero Paso a Paso. Cuarta ed. Iberica S, editor. Florida: A G Gutemberg; 1998.
4. A. Ruano, M. Pérez-Ríos P. Branás A. Figueiras. Limitaciones metodológicas en la realización de estudios que comparan técnicas de hemodiálisis. Nefrologia. 2003 Junio; XXIII(5).
5. Lorenzo Sellarés V. Manual de nefrología. In Ayus JCHMDTRA, editor. nefrología clínica. Hipertensión arterial. Diálisis. Trasplante renal. Madrid: Harcourt; 2002.. p. 874.
6. Reyes-Marín FA. Hemodiálisis y terapias continuas. Medigraphic Artemiza. 2008 Noviembre; I(144).