

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN EL CUIDADO NEFROLÓGICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL, CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL CENTRO DE
DIÁLISIS VIRGEN DE LOURDES 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO NEFROLÓGICO**

PRESENTADO POR

LIC. BENDEZÚ SÁNCHEZ, ROSARIO MERCEDES

ASESOR:

Mg. CAMARENA VARGAS, ZOBEIDA

LIMA, PERÚ

2019

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 20-mar.-2024 5:16 p. m. -05
Identificador: 2326177862
Número de palabras: 10858
Entregado: 1

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL CENTRO DE DIÁLISIS VIRGEN DE LOURDES 2019 Por Rosario Mercedes Bendezú Sánchez

Índice de similitud	Similitud según fuente
21%	Internet Sources: 22% Publicaciones: N/A Trabajos del estudiante: 12%

3% match (Internet desde 01-oct.-2021)

<https://1library.co/document/zg9x1vz-cuidado-enfermeria-pacientes-enfermedad-cronica-estadio-dialisis-nefrovida.html>

2% match (Internet desde 18-ago.-2022)

<https://core.ac.uk/download/pdf/211101228.pdf>

2% match ()

[Ysihuaylas Blas, Katherine Silmyra. "Prevalencia, grado de anemia y clasificación según índices eritrocitarios en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2016", "Baishideng Publishing Group Inc.", 2017](https://www.researchgate.net/publication/321101228)

2% match (Internet desde 19-jul.-2018)

http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/trathta3.pdf

1% match (Internet desde 30-abr.-2011)

<http://faqudin.staff.umm.ac.id/files/2010/01/assessment-and-management-patient-with-hypertension.pdf>

1% match (Internet desde 17-jul.-2020)

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/610/T061_44093872_S.pdf?isAllowed=y&sequence=1

1% match (Internet desde 12-sept.-2022)

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952018000100008&script=sci_arttext

1% match (Internet desde 19-jul.-2020)

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8864/2E%20451.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

1% match (Internet desde 12-nov.-2020)

https://inba.info/variados-enfermeria-medicoquirurgica-vol-1_574de10fb6d87f3b438b5c29.html

1% match (Internet desde 13-may.-2019)

https://neurocampus.cuaed.unam.mx/descargables/ene_abr_10.pdf

< 1% match (Internet desde 25-dic.-2022)

<https://1library.co/document/g5we273q-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-recien-nacido-prematuro.html>

< 1% match (Internet desde 14-dic.-2020)

<https://1library.co/document/gmw3xv8z-cuidados-de-enfermeria-a-pacientes-con-shock-septico.html>

< 1% match (Internet desde 24-dic.-2022)

<https://1library.co/document/zp02lnrg-cuidado-enfermeria-recien-prematuro-hospital-victor-guardia-huaraz.html>

< 1% match (Internet desde 14-jun.-2021)

<https://1library.co/document/y6j56pog-cuidados-enfermeria-paciente-esquizofrenia-paranoide-percepcion-familia.html>

< 1% match (Internet desde 09-jun.-2021)

<https://core.ac.uk/download/pdf/237009982.pdf>

< 1% match (Internet desde 05-nov.-2022)

<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3166/1/Guzm%3a1n%20Pesantez%2c%20Ver%3bb3nica%20Luisana.pdf>

< 1% match (Internet desde 12-dic.-2022)

<https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10537/1/CUEVA%20NUGRA%20TATIANA%20DE%20LOURDES.pdf>

< 1% match (Internet desde 24-ene.-2022)

<https://medica-musc.researchcommons.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1128&context=theses>

< 1% match (Internet desde 29-nov.-2020)

<https://www.revistanefrologia.com/es-anemia-enfermedad-renal-cronica-protocolo-articulo-S0211699517301881>

< 1% match (Internet desde 16-nov.-2021)

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182009000200002&script=sci_arttext

< 1% match (Internet desde 23-may.-2023)

<https://www.uigy.edu.pe/wp/wp-content/uploads/2023/01/CRONOGRAMA-DE-ENSAYO-Y-DE-SUSTENTACIONES-FACULTAD-DE-ENFERMERIA-II.pdf>

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 13-dic.-2022)

[Submitted to National University College - Online on 2022-12-13](https://www.nationaluniversity.edu.pe/online-on-2022-12-13)

< 1% match (Internet desde 16-ene.-2023)

<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49147/GonzalezAnguloPedro.pdf?isAllowed=y&sequence=3>

< 1% match (Internet desde 18-jul.-2020)

<https://docplayer.es/82353541-Prevalencia-grado-de-anemia-y-clasificacion-segun-indices-eritrocitarios-en-estudiantes-de-la-universidad-nacional-mayor-de-san-marcos.html>

< 1% match (Internet desde 30-ene.-2023)

https://www.researchgate.net/profile/Dora-Salazar-3/publication/324174192_aspectos_que_usted_tiene_que_saber_sobre_la_hipertension_arterial/links/5ac3edb9aca27218eabc0f84/aspectos-que-usted-tiene-que-saber-sobre-la-hipertension-arterial.pdf

< 1% match (Internet desde 27-ene.-2022)

<https://revistanefrologia.com/es-comentarios-documento-consenso-deteccion-manejo-enfermedad-renal-cronica-articulo-X0211699514053919>

< 1% match (Internet desde 20-dic.-2022)

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	03
Introducción.....	05
I. Capítulo I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Bases Teóricas	07
1.2 Teorías de Enfermería	21
1.3 Cuidados de Enfermería	24
1.4 Estudios Relacionados	26
II. Capítulo II: APLICACIÓN DEL PAE - EBE	
2.1 Valoración según; necesidades, patrones y/o dominios	27
2.2 Diagnósticos de Enfermería	31
2.3 Planteamiento de Objetivos y Prioridades	32
III. Capítulo III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
3.1 Conclusiones del trabajo	37
3.2 Recomendaciones	38
Referencias bibliográficas.....	39
Anexos.....	44

RESUMEN

La patología denominada Insuficiencia Renal Crónica, está definida por el deterioro constante, progresivo e irreversible de la función renal, el cual conlleva a graves secuelas en el riñón, ya que este comienza a disminuir la capacidad productora de orina, además la eliminación de toxinas de la sangre comienza a disminuir y empieza a perder funciones que son necesarias para seguir con la vida.

Dentro de los factores que implican el mayor riesgo asociado al daño en la función renal es la hipertensión arterial enfermedad que se caracteriza por niveles altos en la presión arterial y que es de suma importancia en la progresión de Enfermería Renal Crónica.

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) es el instrumento principal de evaluación del profesional de Enfermería, proporciona métodos eficientes basándose en conocimientos científicos, con el propósito de brindar una atención de calidad al paciente, familia y comunidad.

En las cuales se pueda organizar la información, luego se efectuará el diagnóstico de enfermería sobre la base de los datos requeridos, para poder analizar el problema de salud de la persona usuaria y darle una pronta solución, utilizando técnicas eficientes para ayudarlo a reintegrarse pronto a la sociedad.

El presente trabajo académico denominado Cuidados de Enfermería en paciente con Hipertensión Arterial; con Insuficiencia Renal Crónica, Centro de Diálisis Virgen de Lourdes 2019, se ejecutó en un paciente masculino, adulto de edad madura que lleva tratamiento de hemodiálisis con periodicidad de 3 veces por semana. Se valoró por Dominios, realizando un plan de cuidados con intervenciones estableciendo diagnósticos de enfermería, todo ello basado en la teoría de Dorothea Orem para poder afrontar las consecuencias de las enfermedades del paciente en estudio.

Palabras Claves: Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial, Cuidados de Enfermería, Valoración.

ABSTRACT

The pathology called Chronic Renal Insufficiency is defined by the constant, progressive and irreversible deterioration of renal function, which leads to serious sequelae in the kidney, since it begins to reduce the urine-producing capacity, in addition to the elimination of toxins from the blood begins to decrease and begins to lose functions that are necessary to continue with life.

Among the factors that imply the greatest risk associated with damage to renal function is arterial hypertension, a disease characterized by high blood pressure levels and which is of the utmost importance in the progression of Chronic Renal Nursing.

The attention process of nursing (A.P.N.) is the principal instrument of nursing professional evaluation, provides efficient methods based on scientific knowledge, with the purpose of providing a quality attention to the patient, family and community.

In which the information can be organized, then the nursing diagnosis will be made based on the required data, in order to analyze the health problem of the user and give him a prompt solution, using efficient techniques to help him reintegrate soon to the society.

The present academic work called Nursing Care in patients with Arterial Hypertension; with Chronic Renal Insufficiency, Virgen de Lourdes Dialysis Center 2019, was carried out on a male patient, a mature adult who undergoes hemodialysis treatment 3 times a week. It was assessed by Domains, carrying out a care plan with interventions establishing nursing diagnoses, all based on Dorothea Orem's theory in order to face the consequences of the diseases of the patient under study.

Key words: Chronic kidney disease, Arterial hypertension, Nursing care, Valuation.

INTRODUCCIÓN

La manifestación de la incapacidad que tienen los riñones para realizar la filtración correcta de los desechos metabólicos en la sangre es característica de la insuficiencia renal crónica, de la misma manera se va observando como existe carencia en el control de la cantidad de agua que se debe repartir en todo el organismo evidenciando la falta de concentración de los electrolitos (1).

La Insuficiencia Renal crónica, es un problema de salud pública a nivel mundial con una alta incidencia y prevalencia, uno de los tratamientos de la IRC es la hemodiálisis. Las terapias de hemodiálisis, para los pacientes que ingresan a la unidad, tienen como objetivo rehabilitar, disminuir su morbilidad y mejorar su calidad de vida (2).

En el Perú, existe 2,500 000 millones de habitantes que están predispuestos a tener esta patología, estimándose un promedio de 250 mil habitantes que desarrollan la enfermedad renal crónica (ERC). De la misma forma la sociedad peruana de Nefrología (SPN) precisa la existencia del 40% de casos con esta enfermedad y que está tiene comorbilidades con la diabetes afectando al 10% de adultos que tienen este padecimiento (3).

El principal y habitual factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular es la hipertensión, siendo esta una de las primeras causas de discapacidad en el adulto y en el peor de los casos hasta la muerte.

Con relación al párrafo anterior, la hipertensión arterial además de estar relacionada con la enfermedad cerebrovascular, también se relaciona a la enfermedad coronaria, la enfermedad vascular periférica, la insuficiencia cardíaca y renal. En los estudios más importantes relacionados con los factores de riesgo a nivel cardiovascular se pone énfasis en los pacientes que sufren de hipertensión teniendo más riesgo que los que tienen una presión idónea. Asimismo, el riesgo de mortandad y secuelas está causado por la alta presión arterial sistólica. Toda esta información hace que mi interés se incremente sobre estos temas, buscando mayor información para poder realizar este trabajo.

Para poder recabar toda la información del paciente se utilizaron diversas estrategias como la observación directa, entrevista personal, encuesta y se revisaron los datos clínicos descritos en la historia, empero surgieron diversos obstáculos siendo el contacto familiar uno de los principales, además de la falta de atención de un equipo interdisciplinario evidenciando que no tenía intervenciones de parte de área psicológica, nutrición y de apoyo de la asistente social.

El actual estudio de caso pretende desarrollar un proceso de atención realizado por la intervención de enfermería, refiriendo diagnósticos principales y siguiendo las normativas establecidas por la NANDA, se evidencia que el paciente recibe terapia sustitutiva de hemodiálisis, los días martes, jueves y sábados en el 4 turno, estos datos fueron brindados por el paciente de la misma manera se realiza su valoración en el momento del ingreso al área asistencial de enfermería.

Basado en todo ello se estructura el presente trabajo, presentando en el capítulo I la revisión teórica de las enfermedades que presenta el paciente, y el uso que se le brinda como terapia sustitutiva, siguiendo con el capítulo II se realiza la aplicación del PAE, se brinda datos de referencia, la problemática de la enfermedad conformando el caso clínico, con ello se realiza la valoración según dominios, con planteamiento de objetivos y prioridades, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados según los diagnóstico basado en enfermería, y finalmente en el capítulo III se brindan las conclusiones y recomendaciones que deben de realizar el profesional que está interviniendo en el área de nefrología,, fomentando la actualizaciones e innovaciones sobre este tema.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas

1.1.1. Hipertensión Arterial:

La hipertensión consiste en una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg y una diastólica superior a 90 mmHg por un periodo prolongado, las medidas lo realizará el personal de salud, después de una prueba de detección inicial. (4).

Hipertensión primaria

Entre una quinta parte a una cuarta parte de la población de Estados Unidos sufre de hipertensión (5). De esta población, entre el 90 y 95% **tiene hipertensión primaria**, lo cual el incremento de la presión arterial no puede identificarse. El 5 al 10 % restante tiene presión arterial alta que son relacionadas con causas específicas, tales como estenosis de las arterias renales, nefropatía, uso de ciertos medicamentos, etc. (6). El término de **Hipertensión secundaria** es utilizado cuando se relaciona a la presión arterial elevada de causa identificada.

La hipertensión por lo general no existe presencia de síntomas por eso es llamada "asesino silencioso". A nivel nacional entre los años de 1991 y 1994 se realiza una encuesta, en la cual se evidencia es desconocimiento en el aumento de su presión arterial, teniendo el 32% de personas valores de más de 140/90 mmHg (7). Una vez confirmada, la presión arterial alta, debe ser controlada, ya que esta es un trastorno para toda la vida.

Fisiopatología:

La causa exacta de la hipertensión, en la mayoría de casos no se puede comprobar, se entiende por esto que es una situación con múltiples factores y causas. El cambio que genera la resistencia periférica o el desbalance en el gasto cardiaco puede ser un factor predisponente para la aparición de la hipertensión aunados con factores que no permiten controla ni regular la

presión en la sangre. Además, existen factores genéticos, pero no hay evidencia significativa para poder demostrar o evidenciar su naturaleza poligénica (8).

La fisiopatología sobre la hipertensión arterial tiene diversas hipótesis, pero todas convergen en un mismo concepto, denominado a este trastorno como una condición que se debe a múltiples factores. Por todo ello la probabilidad de la veracidad de estos aspectos es alta ya que se observan múltiples coincidencias en todas ellas. Por ello se mencionan algunos factores que pueden ser los más comunes en esta enfermedad:

- La disminución funcional del sistema nervioso autónomo relacionado con el aumento de la actividad que sufre el sistema nervioso simpático.
- El aumento del sodio, cloruro y agua en la permeabilidad renal relacionado con las vías de paso que poseen los riñones al manejar el sodio, siendo esta una variación genética.
- El aumento de la actividad de sistema renina-angiotensina-aldosterona expandiendo el volumen extracelular por retención de líquidos resultando en él es sistema vascular una resistencia mayor.
- La disfunción del endotelio vascular porque las arterias comienzan a tener menor vasodilatación.
- Y la resistencia a la insulina que se relaciona con la diabetes mellitus tipo 2, la intolerancia a la glucosa, la obesidad, la hipertensión entre otros

Manifestaciones clínicas:

Para poder identificar otras anomalías diferente a la hipertensión, la exploración física debe ser con mayor especificidad, ya que en ocasiones se puede apreciar algunos cambios en la retina, evidenciar hemorragias y exudados (depósito de líquidos), además de cambios menos notorios como es el estrechamiento de arteriolas y exudados algodonosos (infartos pequeños), y cuando hay casos graves se presenta el papiledema (edema del disco óptico). Las personas que tienen la presión alta pueden ser asintomáticas por varios años, empero la aparición de signos y síntomas en su gran mayoría presentan lesiones vasculares y diversas manifestaciones clínicas que ven la afectación que tiene los órganos y sistemas que son irrigados. Asimismo, una secuela de

la hipertensión es la arteriopatía coronaria, el infarto al miocardio o ambas. Además, la insuficiencia cardíaca que causa grandes daños al corazón se debe a la hipertrofia ventricular izquierda, y esta surge debido al aumento que sufre el ventrículo por la alta carga de trabajo, teniendo que contraerse con una fuerza mayor para compensar la presión elevada. También, cuando el corazón sufre daños considerables se considera como una insuficiencia cardíaca. Igualmente se debe tener en cuenta los cambios patológicos que sufre el riñón manifestándose en el aumento del nitrógeno ureico y la creatinina pudiéndolo evidenciar en pruebas sanguíneas, además puede aparecer la nicturia.

Valoración y Hallazgos diagnósticos

Se debe de tener en cuenta la elaboración completa de la historia clínica, es de suma importancia realizar una meticulosa y adecuada exploración física. Se evalúan las retinas y se evalúan los exámenes de laboratorio analizando la existencia de daño a algún órgano blanco. Los exámenes de rutina realizados por laboratorio son diversos, a nivel sanguíneo esta la creatinina, el potasio, el sodio, además de tener en cuenta exámenes en ayunas como lo son la glucosa y el análisis de colesterol completo, y valorar los resultados de la orina; también es de suma importancia la evaluación del electrocardiograma. Al hallar niveles altos de urea y creatinina en sangre o variaciones inadecuadas de la albúmina se debe de considerar la existencia de algún daño renal.

Tratamiento Médico:

El tratamiento tiene como finalidad reducir la morbilidad y mortalidad producida por la enfermedad cardiovascular. Para ello se debe de mantener la presión arterial (PA) dentro del parámetros normales, además de controlar diversos factores de riesgo (FR) sobre todo cardiovasculares (CV), evitando la aparición de enfermedades secundarias o generar secuelas a nivel físico, psíquico o social. De la misma forma se debe de corregir los diversos FR como los es la obesidad, la diabetes el uso del tabaco, los niveles altos de colesterol y el sedentarismo ya que estos aumentan significativamente el riesgo que ocasionar alguna enfermedad cardiovascular. También para comenzar a regular la PA, se debe de realizar transformaciones en el estilo de vida, y en algunos casos este es coadyuvado con la ingesta medicamentosa, todo esto

importante para lograr un adecuado cumplimiento en su tratamiento y es por ello importante brindar la educación e información al paciente.

Modificaciones del estilo de vida

Las modificaciones del estilo de vida pueden normalizar la PA en algunos hipertensos, contribuye en todos al descenso de la misma y mejora la eficacia antihipertensiva de los fármacos. En la Tabla 1 se hallan las principales medidas no farmacológicas que contribuyen al descenso de la PA (9).

Reducción de Peso

La reducción de peso se hace a base de dietas hipocalóricas, las cuales debe ser seguidas por los hipertensos obesos, los cuales deben evitar contraer el síndrome metabólico el cual está asociado a los FR CV (10), todo ello debe de considerarse al momento de la ingesta calórica con el objetivo de obtener el peso deseado, llegando a valores en perímetro de cintura de 102 cm y 88 cm en varones y mujeres respectivamente. Asimismo, un moderado descenso del peso de aproximadamente 4,5 kg, induce una reducción de la PA (11), siendo esta la única medida del tratamiento no farmacológico capaz de lograr algún grado de reducción en las cifras de la PA.

Ejercicios regular isotónicos

La realización habitual de actividad física conlleva a hábitos de vida saludable incidiendo la disminución de contraer enfermedades CV. Realizar caminatas, trote, ciclismo, natación o ejercicios de alto impacto también suma para evitar estos males (12). El ejercicio logra beneficios positivos especialmente cuando estos ejercicios son aeróbicos logrando obtener niveles bajos en la PA en reposo (13). De la misma manera cuando ya estos se van convirtiendo en hábito se debe de ir incrementando su duración llegando a 1 hora por 5 veces semanales, se debe tener en cuenta que la realización de fuerza o ejercicios competitivos no aplican en estas recomendaciones.

Tabaquismo

El abandono del hábito de fumar es recomendable y necesario, al ser valorado con el MAPA (Monitoreo ambulatorio de la PA) se evidencia presiónes altas diurnas, además se evidencia una mayor resistencia a la insulina, obesidad visceral y el aumento del tono simpático, facilitando la progresión de la insuficiencia renal (12).

Limitación en la ingesta de Sal

El consumo limitado del sodio dietético, así como la disminución en la ingesta de sal son eficaces para la disminución de la PA. Diversos estudios en epidemiología señalan una prevalencia menor de HA cuando el consumo de sodio está por debajo de 75 mEq al día (14).

1.1.2. Anemia

La principal causa de anemia en la ERC es la producción inadecuada de eritropoyetina endógena, hormona que actúa sobre la diferenciación y maduración de los precursores de la serie roja. También hay diversos factores que evitan la adecuada respuesta adecuada de la eritropoyetina disminuyendo la producción de glóbulos rojos, esto se debe a un aumento de toxinas de urea o de un proceso inflamatorio, la disminución de los niveles de hepcidina impide el mantenimiento de un estado férrico adecuado acortando la vida media de los hematíes produciendo deficiencia en la vitamina B12, ácido fólico y otros (15).

Otra causa en pacientes renales donde aparece la anemia, son aquellos que el nivel de filtrado glomerular estimado (FGe) es de leve a moderado, pero se debe de diferencia de la anemia ferropénica, siendo esta la más frecuente en pacientes que reciban tratamiento antiagregantes o anticoagulantes, aunque en ocasiones se puede dar el caso de presentar estas dos anemias.

Anemia en la Enfermedad Renal Crónica:

Los niveles de hemoglobina deben de ser de Hb < 13g/dl y < 12g/dl en varones y mujeres respectivamente, valores menores hace referencia a la anemia, precisando ello la definición diagnóstica a conllevando a un mejor tratamiento.

En caso de Hb baja no explicada se debe confirmar ese valor antes de iniciar el estudio (16).

Causas:

La excesiva pérdida sanguínea, la inadecuada ingesta de macro y micronutrientes, eritrocitos inmaduros entre otros pueden causar anemia, además de ello se ve afectado el hierro, ácido fólico, vitamina b12, vitamina A entre otros, con lo cual al tener estos valores en mínimo produce la anemia (17) (18).

Hemoglobina:

Conceptualizada como proteína globular en donde se encuentran en altas concentraciones los glóbulos rojos que ingresan al torrente sanguíneo permitiendo llevar oxígeno a todos los órganos, regiones y tejidos. Los resultados son valorados en gramos por decilitro (g/dL) y representa su cantidad por unidad de volumen (19).

Según OMS, los valores normales sanguíneos fluctúan entre 13,0–17,0 g/dL y 12,0–15,0 g/dL en varones y mujeres respectivamente (20).

Mecanismo de Adaptación de la Anemia

Cuando existe una disminución en la concentración de Hb sanguínea aumenta la síntesis de eritropoyetina (Epo). La hipoxia hística constituye el principal mecanismo de adaptación, pero también existen otros que están relacionados con el sistema CV y el hematopoyético. Este último tiene la función de producir un estímulo para aprovechar la hemoglobina que está disponible. También la anemia logra adaptarse al sistema circulatorio produciendo vasoconstricción generalizada que aumenta el gasto cardiaco y la redistribución sanguínea (volemia) y aumento del volumen plasmático (21).

- **Estímulo Eritropoyetico:**

La activación de estímulo tiene como objeto aumentar la cantidad de eritrocitos circulantes, los eritroblastos y disminuir etapas madurativas de la eritropoyesis favoreciendo así la el aumento de la Hb y la salida precoz de eritrocitos en

circulación. De la misma manera cuando el aumento eritropoyetico sea de 7 a 8 veces los eritrocitos tendrán una maduración en menos tiempo con un promedio de 4 días, aumentando así los reticulocitos y generando eritrocitos maduros de mayor tamaño (21).

- **Mejor uso de la Hemoglobina disponible:**

Generado por el aumento de la concentración intraeritrocitaria de 2,3-DPG, reduciendo la predilección de la Hb al oxígeno. Este proceso favorecerá a la liberación de oxígeno en tejidos con presiones parciales muy bajas de O₂, adaptando así la capacidad de la sangre para oxigenar cuando existe insuficiente Hb disponible (21).

- **Adaptación del Sistema Cardiocirculatorio:**

Encargado de garantizar la oxigenación provee respuestas inmediatas ante la anemia redistribuyendo esta para llevar el oxígeno hacia todos los órganos vitales, generando dos procesos bien definidos, redistribuyendo el flujo sanguíneo y aumentando el débito cardíaco.

A. Manifestación clínica en el Síndrome anémico:

Un trastorno subyacente es la anemia, para ello se debe de considerar y distinguir las manifestaciones clínicas propias o si esta es por enfermedad subyacente generando síndrome anémico. Este síndrome está conformado por signos y síntomas en los cuales se evidencia la baja concentración de Hb y que desarrolla mecanismos de compensación, es por ello que para facilitar su estudio se llega a clasificar en:

- **Palidez:**

Signo característico de la anemia causada directamente por la vasoconstricción generalizada y la disminución paulatina que tiene la Hb en sangre. Además, cuando la anemia llega a tener valores muy por debajo de lo establecido la piel comienza a ponerse de una coloración pajiza, observándose con mayor notoriedad en el velo del paladar, región subungueal y sobre todo en la conjuntiva ocular. La anemia varía en intensidad, en los niveles leves puede

pasar desapercibida la palidez, pero cuando estos niveles de anemia son moderados o graves las características físicas son más resaltantes observándose también la constitución de paciente aparte de la coloración de su piel, dando indicios del diagnóstico clínico (21).

- **Síntomas Generales**

El que está más ligado a la anemia es la astenia, cansancio general, por lo que comúnmente es característico de las personas con esta condición. Otro síntoma presente es la disnea causada por esfuerzo, dificultades respiratorias como la ortopnea y la fatiga muscular aun con pequeños esfuerzos. Se debe tener en cuenta estas sintomatologías ya que pueden ser productos de las otras enfermedades por ello es de suma importancia la valoración de la historia clínica y la exploración física que se le debe de realizar al paciente (21).

- **Trastornos Cardiorrespiratorias:**

Son constantes en la anemia moderada o intensa, principalmente cuando la anemia se presenta de manera brusca. La anemia que aparece lentamente o solapada, moderada o relativamente intensa y que llega a ser crónica puede estar presentes dentro de la sintomatología cardiorrespiratoria, ya que esta ha desarrollado mecanismos de adaptación. En la anemia se evidencia un único signo apreciable atribuido a fenómenos hemodinámicos cardiacos secundarios, debido a la disminución de la volemia mostrándose un soplo sistólico funcional en base y punta. En pacientes con trastornos cardiocirculatorios latentes que tengan avanzada edad puede llegar a descompensarse con mayor facilidad ocasionando la aparición de sistemas propios de insuficiencia cardiaca congestiva causada por edema pulmonar, hepatomegalia, ascitis entre otros, también insuficiencia coronaria por infarto al miocardio o ángor, signos de claudicación intermitente o accidentes cerebrovasculares agudos (21).

- **Trastornos Neuromusculares:**

Su aparición está presente independientemente de la edad, sintomatología presente en menor frecuencia en las anemias. Sus características son los cambios en la conducta del paciente, insomnio, las cefaleas constantes,

vértigos, trastornos visuales y muchas veces suele producir poca capacidad de concentración y mayor desorientación (21).

- **Trastornos Gastrointestinales:**

Los trastornos gastrointestinales están relacionados frecuentemente con la anemia generalmente cuando esta es de índole carencial. En la mayoría de los casos la presentación esta enmascarada y no la relaciona con la pérdida de peso. Frecuentemente pueden llegar a convertirse en anorexia, causar náuseas y constipación. Cuando los síntomas son evidentes esta se debe a la presencia de una enfermedad subyacente (21).

- **Trastornos de la Función Renal:**

La anemia disminuye el flujo y a filtración glomerular ocasionando vasoconstricción, esta a su vez genera el estímulo para secretar hormonas como la aldosterona favoreciendo la retención de agua ocasionando en las extremidades edemas, asimismo al cursar con una anemia muy intensa, la creatinina en plasma tendrá aumentos transitorios en su concentración (21).

- **Trastornos del Ritmo Menstrual:**

Una de las causas más frecuentes de anemia en mujeres jóvenes en la hipermenorrea conceptualizada como una mayor intensidad de flujo en las menstruaciones, aunque esta es controlada con una buena respuesta a la ingesta de hierro oral. También, cuando la anemia se presenta de modo intenso, el ritmo menstrual suele disminuir o desaparecer causando la amenorrea, que muchas mujeres tienen a normalizarla. Frente al descenso de la hemoglobina, el organismo regula la actividad menstrual en el sentido de disminuir o anular la pérdida hemática. Éste fenómeno es tan evidente que constituye el motivo principal de la consulta (21).

Tratamiento de la Anemia en la Enfermedad Renal Crónica:

El tratamiento de la anemia asociada a la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se basa en la terapia con hierro, agentes estimuladores de la eritropoyesis (AEE), y eritropoyetina (EPO).

Indicaciones de la Ferroterapia

Los niveles de Hb pueden ser nivelados por la administración de hierro, inclusive los que no presentan evidencia de ferropenia logrando conseguir regular la Hb en los niveles esperados. Se debe de considerar que el déficit del hierro se halla asiduamente en pacientes con ERC y esto puede ocasionar anemia generando hiporrespuesta a los AEE-EPO, por ello se debe corregir estas respuestas con el objetivo de optimizar la eritropoyesis, asegurándose que el paciente reciba el tratamiento adecuado, se debe considerar los parámetros antes y durante el tratamiento con el fin de reducir las dosis de AEE-EPO logrando generar una respuesta propicia, tomando en consideración el riesgo o los beneficios que conlleva la intervención especialmente cuando esta es administrada por vía intravenosa.

Administración oral del Hierro

El tratamiento inicial se debe de realizar con hierro oral en los pacientes que padecen ERC no importa si están o no con diálisis peritoneal, las dosis indicadas para los adultos deben contener 200mg/día de hierro, los cuales deben ser suministrados de preferencia en ayunas y repartidas entre 2 a 3 tomas durante todo el día. Se debe de tener en cuenta que este tratamiento puede acarrear problemas gastrointestinales causando intolerancia, problemas de absorción intestinal entre otros, los cuales puede obligar al paciente a tomar otros métodos para suplir esta deficiencia de hierro, considerando la vía intravenosa una de las soluciones.

Administración de Hierro intravenoso

Cuando no se llegan a cumplir los objetivos con la administración oral por lo menos por 3 meses, aparecen problemas gastrointestinales o el nivel alcanzando de hierro no es suficiente se debe de modificar el plan de intervención, cambiándolo por la aplicación intravenosa de hierro. De la misma manera, se indica cuando los pacientes cursan con anemia grave y requieran una respuesta rápida de la Hb, o aquellos con procesos inflamatorios crónicos muestren déficit funcional de hierro (IST<20% con ferritina normal-elevada), especialmente si requieren AEE-EPO.

Los pacientes con ERC-5D en hemodiálisis, se consideran improbables de alcanzar los valores idóneos de hierro con ingesta oral debido a la gran cantidad de uso de ella, por lo cual el tratamiento en este caso es por la vía intravenosa, especialmente los que realizan diálisis peritoneal ya que estos pacientes suelen presentar una deficiencia de hierro a niveles demasiados bajos o hasta nulos, principalmente los pacientes que tienen por tratamiento los AEE-EPO.

La administración se debe de realizar en un centro hospitalario, con indicaciones médicas del Nefrólogo para la administración intravenosa de hierro (22).

1.1.3. Insuficiencia Renal Crónica

Conceptualizada como el resultado de la pérdida progresiva, paulatina e irreversible de las nefronas causando daños en las funciones renales, determinado por el descenso de la filtración glomerular (23). La insuficiencia renal crónica tiene diversos tiempos de desarrollo, esta puede iniciarse en pocos meses pasando rápidamente a llegar a una fase terminal, donde la única solución conlleva a diálisis continuas o hasta el trasplante para continuar con la vida. De la misma manera esta enfermedad puede estar oculta por largo periodos de tiempo, pasando por fases temporales, esto se debe a que las nefronas que quedan intactas se adaptan y suplen las funciones continuando el trabajo con normalidad, sin alterar el filtrado glomerular, aunque aún siga existiendo la disminución progresiva de las mismas (24). Estas respuestas que tiene el riñón de adaptarse al cambio continuo evitan su decaimiento y mantiene la vía interna adecuada propiciando así que la vida sea factible.

Motivos con mayor frecuencia:

Comúnmente la nefropatía hipertensiva puede cursar junto con la hipertensión primaria, y las personas con mayor predisposición son los varones que tengan más de cincuenta y cinco años y que padezcan de insuficiencia renal además la evolución de esta enfermedad debe ser lenta, los valores de proteinuria solo deben de tener una leve disminución, aunque esta sea aún curse de modo

progresivo, no asimétrica y pueda estar acompañada de lesiones cardiovasculares (25)

Asimismo, esta complicación que afecta gravemente a los riñones es conocida como nefropatía diabética relacionada con la diabetes tipo 1 y 2. Existe un gran porcentaje de personas que padecen de diabetes que cursan con enfermedad renal, siendo el 40% diagnosticados por exámenes del laboratorio como la microalbuminuria en orina o la albumina en la misma (26).

Factores de Riesgo:

Catalogados en dos grandes grupos, el primero son los que no se pueden modificar como son la edad, la raza, el sexo y condiciones de nacimiento, seguidos por el segundo que son los factores modificables que van a ser los condicionantes para el inicio y desarrollo de la enfermedad, todo ello basado en los niveles de proteinurias.

Además, se debe tener en cuenta que 3 de cada 4 pacientes que padecen de hipertensión es consecuencia de la enfermedad. De la misma forma las cifras que debe tener los pacientes que padecen este mal son valores menores de 140 por 90 mmHg y en pacientes que además tengan como diagnóstico la diabetes o niveles inadecuados de proteinuria estos deben de mantener una presión menor a 130 por 80 mmHg (27). También es importante el monitoreo de la presión arterial, evaluación que se realiza por un periodo de 24 horas para poder visualizar la existencia de presiones altas que no estén debidamente controladas mientras realiza sus actividades normales.

El principal pronosticador de la nefropatía diabética son los valores inestables de proteinuria, aunque el sobrepeso, la obesidad y la diabetes alcanza hasta un 50% de características que podrían dar indicios que se estaría iniciando algún problema relacionado con la ERC, siendo por ello muy importante cuidar los niveles elevados de azúcar en sangre para evitar un desencadenante mayor. Los estudios evidencian que la obesidad está íntimamente vinculada con la ERC aumentando su riesgo, esto se debe a que debe de haber una hiperfiltración glomerular causada por el excesivo peso del paciente, de la misma forma la dislipidemia ocasiona efectos adversos en el árbol vascular,

estudios experimentales refieren que por esta enfermedad se comienza a deteriorar la función renal originando daños. De la misma manera el consumo de tabaco aumenta enormemente el riesgo cardiovascular, considerándolo como el de principal factor de relevancia, del cual se debe de tomar acciones inmediatas para su total control eliminándolo por completo. (28)

Signos e Indicios:

Se debe estar atentos a los indicios que presenta el paciente, ya que cuando la actividad renal se va alterando poco a poco disminuye su filtrado glomerular bajando hasta un 70%, las nefronas comienzan a adaptarse evitando generar estragos, pero que progresivamente cuando esta filtración va decayendo, el riñón ya no puede adaptarse aumentando la diuresis para poder liberar solutos de su carga.

De la misma forma, otro de los primeros indicios es la nicturia y la poliuria, esto se va evidenciando cuando el filtrado glomerular decae a valores menores de 30ml por minuto, iniciando las manifestaciones del síndrome urémico como lo son la poca concentración, la fatiga al realizar las actividades, náuseas, edemas, insomnio, anorexia entre otros. Pero es importante determinar si estas características son provenientes de la enfermedad en estudio o son provocadas por otra enfermedad. (29)

Prevención:

Las medidas primarias son las que se brinda a toda la población en general promoviendo y promocionando la salud, seguidas con aquellas que van a permitir ralentizar la evolución de la enfermedad renal. Mientras que la secundaria inicia con la detección temprana de las mismas, una vez que se diagnostica la enfermedad en fases incipientes es más fácil retrasar el desarrollo de la ERC evitando llegar a casos extremos. Por último, está la tercera, que está presente en los pacientes que padecen fallo renal, que están iniciando diálisis o un tratamiento sustitutivo, fomentando el tratamiento con mayor efectividad para así evitar complicaciones posteriores evitando la uremia y disminuyendo los problemas cardiovasculares. (23)

Tratamiento:

El tratamiento consiste en detener o aplazar el avance de la ERC, para ello tener controlada la presión arterial es importante. Además del suministro de inhibidores de enzima impidiendo la conversión a angiotensina, retrasando así el desarrollo de la enfermedad. También se debe de comenzar con una dieta baja en proteínas logrando un retraso en la aparición de síntomas de la uremia, esta dieta debe ser administrada por el especialista, el nutricionista conformara una serie de recomendaciones para la ingesta alimentaria adecuada para el paciente evitando así el desbalance nitrogenado, evitando la desnutrición con el nivel calórico adecuado.

La sustitución de la eritropoyetina y de la vitamina D3 es necesaria, asimismo verificar la funcionalidad que tiene el riñón hacia el calcio para poder realizar el cambio si es que lo requiriese y no causar daños renales. (26)

Después de haber pasado por los tratamientos indicados anteriormente, significa que la enfermedad ya es crónica y que requiere una terapia o una intervención más invasiva como son las diálisis o llegar a necesitar un trasplante. Por ello mientras el paciente va llegando a sufrir de IRC, debe de ir buscando otras opciones de intervención médica con el fin de retrasar aún más el trasplante.

La diálisis o hemodiálisis es la terapia que consiste en sustituir parcialmente los riñones, este tratamiento consiste en filtrar las toxinas y el agua de la sangre, esto lo hace mediante una membrana semipermeable ayudando así a nivelar los minerales que se localizan en la sangre. (26) También está el tratamiento que es aplicado en la casa de paciente y es de uso diario, el cual consiste en el uso del recubrimiento abdominal utilizándolo como un filtro, esta terapia se llama diálisis peritoneal.

El último recurso del paciente que padece este mal es el trasplante, que es la sustitución del riñón restituyendo todas sus funciones, este órgano puede provenir de un donante vivo o de un cadáver. Este tratamiento es el mejor de todos ya que restituye todas las funciones de este órgano mejorando enormemente su calidad de vida, pero la posibilidad de acceso a ello es muy

limitada, por eso los pacientes siempre comienzan con la diálisis para su supervivencia. (30)

Complicaciones:

Mientras la enfermedad renal va avanzando, las funciones comienzan a fallar cada vez más, los riñones dejan de trabajar adecuadamente afectando a la gran parte de los sistemas orgánicos. Aunados a este mal están otros que hacen aun peor la calidad de vida del paciente, estas enfermedades son la hipertensión, la anemia o desnutrición, la dislipidemia, la diabetes que puede ocasionar neuropatías, osteopatías y que pueden conllevar a un mayor riesgo al sistema cardiovascular. Todo ello está asociado al nivel de filtrado glomerular, si este es menor a 60 ml por minuto/1,73 m² hay que tomar las precauciones del caso, ya que estas complicaciones son vitales y la prevención o remisión de las misma hace más duradera la calidad de vida. (30)

1.2 Teorías de Enfermería

Virginia Henderson. “Teoría de las necesidades Básicas Humanas”

El Modelo de Virginia Henderson parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. Este modelo conceptualiza a la persona como un ser holístico, que está integrado por diferentes compuestos como lo son el biológico, el psicológico, los aspectos socioculturales y los de índole espiritual conllevando una interacción entre todos ellos lo cual hará que la persona se desarrolle a su máxima potencialidad. (31, 32, 33).

El papel primordial de enfermería según V. Henderson es ayuda a las personas que este padeciendo o no una enfermedad, a mantener o recobrar su salud o en estar en sus últimos momentos de vida asistiéndolo llegándoles a cumplir las necesidades que requieran y que no pueden hacerlo en estos momentos por diversas razones, por ello el papel importante de la enfermería es favorecer la recuperación de la persona en el menor tiempo posible buscando así su independencia. (31, 32, 33).

La/El enfermera/o es quien asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar hasta la muerte (34).

La independencia del individuo se da con las pautas que brinda el personal de enfermería, además de ello debe de considerar las influencias externas, las cuales pueden ser nocivas para el paciente afectando su calidad de vida y por ende su estado de salud (31).

Concepto de necesidad:

El ser humano tiene diversas necesidades, para V. Henderson estas deben ser aquellas que permitan que la persona mantenga una salud adecuada teniendo los conocimientos básicos para adquirirla, por ello es que establece 14 necesidades básicas, en las cuales están incluidas todos los componentes de la persona como un ente holístico (31).

Las necesidades básicas de todo ser humano según Henderson son:

1. Respiración normal.
2. Alimentación adecuada con buena hidratación.
3. Eliminación de desechos por las vías correspondientes.
4. Adecuado control postural y movimientos.
5. Sueño reparador.
6. Elección de vestimenta de acuerdo a la estación.
7. La temperatura corporal debe ser estable.
8. Tener hábitos de higiene y cuidado con la piel.
9. Mantenerse alejados de los peligros y evitar ser el problema.
10. Expresar sus sentimientos y emociones
11. Seguir normas de convivencias.
12. Realizarse profesionalmente o personalmente.
13. Realizar actividades de disfrute.
14. Fomentar el aprendizaje en todos los niveles ayudara a la mejora de ánimo y por ello a una salud normal.

Estas necesidades tienen una dualidad muy importante la primera es la **universalidad** siendo estas esenciales y básicas para la vida y la segunda es la **especificidad** que se establece de manera diferente en cada uno. (31)

Las actividades que el personal de enfermería realiza son denominadas por V. Henderson, como **cuidados básicos de enfermería**. Estos cuidados se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente (31).

“Modelo de Promoción de la Salud”

Nola Pender plantea un modelo que desarrolla la promoción de la salud, fomenta las actividades donde permite desarrollar recursos a las personas generando el mantenimiento o aumento de su bienestar.

Para poder entrelazar la ciencia y la enfermería se crea este modelo con la finalidad de identificar factores que influyen comportamientos de vida saludable, además promueve una guía donde examina el proceso biopsicosocial motivando conductas que promuevan una adecuada salud. (35)

El modelo de la promoción a la salud es un modelo de enfermería para evaluar la acción y las conductas que se realiza para promover la salud y como estas se van entrelazando con las experiencias y comportamientos de cada persona para su participación en una buena salud. (36)

El constructo de este modelo se basa en la teoría del aprendizaje social de Montgomery juntamente con el modelo que evalúa expectativas, ambas teorías procedentes de la psicología.

Principales conceptos del modelo

Este modelo se divide en dimensiones, todas basadas en la promoción de la salud.

1. Conducta previa, esta está relacionada al comportamiento que está acostumbrado a realizar actualmente o en el pasado, estos ocasionan consecuencias directas o indirectas en el comportamiento hacia la promoción de la salud.
2. Factores personales, son aquellos componentes que tienen influencia para que el individuo interactúe con su medio y permita favorecer conductas que promuevan la salud, dentro de esta promoción están incluidos diversos aspectos como son los socioculturales, psicológicos y biológicos, así mismo los que estos repercuten positivamente en la salud y el conocimiento de barreras hacia el fomento de la promoción de la salud.
3. Influencias situacionales: viene dada por las creencias y conocimientos que brinda una situación o acontecimiento vivido y que puedan ayudar a comprometerse o a alejarse de la promoción de la salud.
4. Factores cognitivo-preceptuales: relacionadas con los sentimientos y motivaciones que tiene la persona en relación a la promoción de la salud.

1.3 Cuidados de Enfermería:

Cuidados de Enfermería en Insuficiencia renal Crónica

Un paciente que este padeciendo de enfermedad crónica necesita de cuidados especiales, para ello es importante contar con un profesional idóneo que cuente con la preparación específica con conocimientos adecuados y las habilidades necesarias para aumentar el bienestar del paciente. Muchas veces el uso de equipos de hemodiálisis en los pacientes hace que la intervención sea rutinaria y repetitiva, dejando un poco de lado el objetivo principal de la enfermería, la cual está dedicada al cuidado de pacientes, pero hay actividades que permiten la interacción con el paciente generando mayor contacto con el personal de enfermería. Es importante recalcar que la atención brinda por enfermería busque lograr el mayor bienestar del paciente. (37)

Los cuidados que se deben de brindar a un paciente que padece daño renal está supeditada a dietas hipo sódicas, las cuales evitan alteraciones en los

electrolitos y disminuir el riesgo de convulsiones, es importante revisar los signos vitales, según los periodos de tiempo que el medico ha indicado, y tomar la presión arterial o verificar el ritmo cardiaco para evitar la aparición de otras enfermedades, también estar atentos si se reportan casos de cefalea porque esta puede ser predecesor de un a ACV. (38) Además se debe procurar una dieta donde el paciente pueda disfrutar de los alimentos y que esta sea dividida durante todo el día, evitando así la anemia o la anorexia, de la misma manera se debe controlar si esta ingesta es adecuada sin que produzca nauseas, vomito o diarreas los cuales nos darían indicios de algunos malestares gastrointestinales, es importante incentivar la higiene bucal con mayor ahincó para reducir el aroma a orina, estar atentos si el volumen de orina comienza a disminuir, y ser comprensibles con el paciente si hubiese casos de nicturia brindando el apoyo emocional necesario. Si aun con los cuidados del caso se sospecha de presencia de anemia brindar hierro según indicación médica y estar vigilantes a hemorragias. Verificar la conciencia del paciente comprobando si aparecen alteraciones neurológicas, también se debe asegurar su integridad física procurando que la cama tenga barandas evitando caídas, además la piel debe tener una buena higiene reduciendo el riesgo de prurito o laceraciones, y si se observa manchas urémicas debe de darlo a conocer. (39)

Cuidados de Enfermería en Hipertensión Arterial

El enfermero tiene que tener presente como va evolucionando la enfermedad, los cambios que se van dando en su estilo de vida y cuales medicamentos debe de tomar para poder controlar la hipertensión. La enfermera puede animar al paciente para que consulte con un dietista que le ayude a disminuir de peso. Estos programas consisten en restringir el consumo de grasas y sodio, a cambio de consumir frutas y verduras haciendo actividad física regular. Las glándulas gustativas tardan de 2 a 3 meses en la adaptación del cambio de consumo de sal, pero suele ayudar al menor consumo de esta. La enfermera ayuda a elaborar y cumplir con un régimen adecuado de ejercicio permitiendo al paciente generar hábitos en la realización de la actividad física teniendo como objetivo principal disminuir su peso ayudando también a que se reduzca la presión arterial en este proceso. (40)

1.4 Estudios Relacionados:

En México, la prevalencia de la hipertensión arterial en personas que tienen entre 20 y 69 años es de 30.7%, y de estos la mitad no reciben ningún tipo de medicación para controlarlo, es por ello que esta población tiene altos riesgos de desarrollar una enfermedad crónica renal, esto se debe a que la hipertensión no está estable, hay gran cantidad de personas que padecen de obesidad y la pirámide poblacional esta invertida. (41)

También, en Puerto Rico durante el 2007 se observó un aumento de las enfermedades crónicas que causó alarma. El sobrepeso y la obesidad fue una de las enfermedades más comunes con un 65% de personas que lo padece, además comenzaron a diagnosticarse más personas con diabetes mellitus 12.5%, y casi un 33% tenía la presión alta, además consecuencia de estos malos hábitos el aumento del colesterol alcanzo al 77,1% de la población, todo ello fue preocupante porque el 10% de los habitantes no contaban con un seguro médico. (42)

En el Perú, EsSalud realizo un estudio piloto en el año 2007, esta investigación se realizó en centros asistenciales buscando determinar la prevalecía de ERC en las redes de la Libertad, Loreto, Junín y Ancash, investigación realizada a pacientes con diagnósticos de diabetes, hipertensión o ambas a la vez, comprobando una incidencia de ERC de casi el 24%, dividido en 5 estadios los porcentajes de 4,7%, 7,3%, 11,2% 0,5% y 0,1% de menor a mayor. En el 2008, la misma institución comparo el estudio con pacientes de la Sierra, observando un aumento de la prevalencia por pacientes con ambas enfermedades con un a proteinuria promedio de 16% de esta población. (43)

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1 Valoración:

2.1.1 Datos Generales:

▲ Nombre del paciente	:	G.M.F.
▲ Fecha de Nacimiento	:	15/03/1975
▲ Edad	:	42 años
▲ Género	:	masculino
▲ Estado Civil	:	conviviente.
▲ Grado de Instrucción	:	secundaria completa.
▲ Número de hijos	:	dos
▲ Religión	:	católico
▲ Dirección	:	Jr. Huamán Poma N° 214 – Zarate.
▲ Peso de ingreso	:	64.200Kg.
▲ Talla	:	1.60 cm.
▲ Peso Seco	:	63Kg.
▲ Fecha de Ingreso a la Clínica	:	19/07/2018

Diagnostico medico:

Enfermedad Renal Crónica, en etapa 5, con fecha de inicio de hemodiálisis del 8 de junio del 2018, con tiempo de enfermedad de siete meses, con 300cc de micción espontanea durante 24 horas y además con una fistula arteriovenosa en el miembro superior izquierdo.

Antecedentes Personales:

A la evaluación el paciente refiere antecedentes patológicos como la hipertensión arterial, además cursa con un proceso de anemia además indica que no ha pasado por ninguna cirugía.

Motivo de la Consulta:

Paciente refiere que acudió con análisis de laboratorio, por lo que tenía sintomatología urémica con náuseas, vómitos, inapetencia, con dificultad para dormir, edemas en miembros inferiores (+).

2.1.2 Situación Problemática:

Paciente de sexo masculino de iniciales G.M.F. con 42 años de edad, natural de Lima, con antecedentes de anemia, hipertensión arterial, con diagnóstico de Enfermedad Renal crónica en etapa 5 con tratamiento de hemodiálisis realizado de forma ambulatoria con una frecuencia de 3 veces por semana, con un periodo de 7 meses desde su inicio, además el paciente muestra un acceso vascular localizado en el miembro superior izquierdo denominada fistula arteriovenosa.

En el proceso de hemodiálisis en paciente entra caminado, recibe apoyo del personal técnico al momento de ingresar, a la observación general se le observa con un estado general regular, de contextura delgada y un poco frágil, de tez pálida, con apariencia de dolor, nauseoso y con presencia de edemas en miembros inferiores.

A todo ello paciente refiere “me siento ansioso, preocupado por mi enfermedad actual, a veces con dolores de cabeza pulsantes, y nauseoso; vivo con mi familia, mi esposa me apoya en el taller para solventar los gastos, ha disminuido mi apetito, solo ingiero mucho líquido y no puedo dormir por las noches”

Funciones Vitales:

P. Arterial : 170/80 mmHg F. Cardiaca : 96x'

F. Respiratoria :22x'

Temperatura : 36,8 ° C

SPO2 : 98%

Exámenes Auxiliares: (24/07/2018) VALORES NORMALES

- Hematocrito: 32 % 36 – 48 %
- Hemoglobina: 10.66 gr/dl 12 – 16 gr/dl
- Glucosa: 79 mg/dl 80.0 – 120.0 mg/dl
- Grupo Sanguíneo: A RH+

Bioquímica Sanguínea: VALORES NORMALES

Urea – Pre:	155 mg/dl	20 – 50 mg/dl
Urea – Post:	36 mg/dl	20 – 50 mg/dl
Creatinina Sérica:	9.1 mg/dl	0.6 – 1.3mg/dl
Fosforo:	4.6 mg/dl	2.50 – 4.50 mg/dl
Calcio:	9.01 mg/dl	8.40 – 10.50 mg/dl
Proteína total:	6.3 G/DL	6.4 – 8.3 G/DL
Albumina:	3.7 G/DL	3.5 – 5.0 G/DL

Electrolitos: VALORES NORMALES

Sódio:	149 mmol/L	135 – 145 mmol/L
Potasio:	3.7 mmol/L	3.5 – 4.3 mmol/L

Indicaciones Médicas:

- Hemodiálisis 3 v/s – 3:30 h (Ambulatorio)
- Enalapril 10 mg 1 tab/día
- Eritropoyetina 2000 UI 3 v/s S/C
- Hierro 100 mg 1 ampolla EV - 1 v/s
- Diclofenaco 75 mg EV diluido con CNa 20cc condicional al dolor

Alergias a Medicamentos: Niega

2.1.3 Clasificación por modelos:

PATRONES Y/O MODELOS	CARACTERÍSTICAS
<p style="text-align: center;">1 Promoción de la salud</p>	<p>Durante el tratamiento el paciente muestra poca colaboración en su cuidado.</p>
<p style="text-align: center;">2 Nutrición</p>	<p>Falta de ingesta alimentaria por poco apetito ocasionando pérdida de peso corporal. Peso: 63kg. Piel pálida y presencia de edemas en miembros inferiores (+).</p>
<p style="text-align: center;">3 Eliminación e intercambio</p>	<p>Cantidad de orina en 24 horas: 300cc. Entre cada diálisis toma gran cantidad de líquidos.</p>
<p style="text-align: center;">4 Actividad y reposo</p>	<p>Paciente que no puedo conciliar el sueño por la noche originado por dolores de cabeza y en estado de reposo, de contextura delgada, frágil y con Hb: 10,66 gr/dl indicando anemia.</p>
<p style="text-align: center;">5 Percepción y cognición</p>	<p>A la evaluación se le observa orientado en tiempo, espacio y persona.</p>
<p style="text-align: center;">6 Auto percepción</p>	<p>Se muestra ansioso, con preocupación por el padecimiento actual.</p>
<p style="text-align: center;">7 Rol/Relación</p>	<p>Domiciliado en casa familiar. Su esposa le apoya en el taller para solventar los gastos.</p>
<p style="text-align: center;">8 Sexualidad</p>	<p>Poco activo, en reposo, débil.</p>
<p style="text-align: center;">9 Afrontamiento/tolerancia al estrés</p>	<p>Paciente ansioso, a veces con dolores de cabeza, acalorado.</p>
<p style="text-align: center;">10 Principios vitales</p>	<p>Con creencias en el catolicismo, abocado a los dogmas de Dios.</p>

<p style="text-align: center;">11 Seguridad y protección</p>	<p>Paciente con edemas en miembros inferiores, además de un acceso vascular, fístula arteriovenosa en hemisferio izquierdo del miembro superior. Además, se siente preocupado por su enfermedad.</p>
<p style="text-align: center;">12 Confort</p>	<p>Paciente refiere dolores de cabeza pulsantes, se evidencia con facie de dolor. Escala de dolor EVA: 6/10 Moderado.</p>

2.2 Diagnósticos de Enfermería.

1. Dolor agudo (cefalea) r/c malestar, náuseas, conducta expresiva e informe codificado (EVA) 6/10
2. Patrón respiratorio ineficaz r/c déficit de oxígeno a los tejidos por disminución de la hemoglobina Hb: 10.66 gr/dl
3. Ansiedad r/a desconocimiento sobre el proceso de su enfermedad y manejar hábitos saludables.
4. Sobrecarga de volumen de líquidos r/c falla de los mecanismos reguladores e/p aumento del peso y edemas periféricos.
5. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos: fístula arterio venosa.

2.3 Planteamiento de Objetivos y Prioridades

Valoración	Diagnostico	Programación	Intervención	Evaluación
<p>Datos personales:</p> <p>Referencias del paciente:</p> <p>“Dolores de cabeza”</p> <p>Datos Objetivos:</p> <p>Facie de dolor, malestar, nauseoso.</p> <p>FC: 96x’</p> <p>FR: 22x’</p> <p>PA: 170/80 mmHg.</p> <p>(EVA) 6/10</p>	<p>Dolor agudo (cefalea) r/c malestar, náuseas, conducta expresiva e informe codificado (EVA) 6/10</p>	<p>Disminuir el dolor del paciente durante el tratamiento de Hemodiálisis.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se controló Funciones Vitales: FC, FR, PA. 2. Se valoró dolor de cabeza, tiempo de duración, particularidades, factores que pueden desencadenarlo. 3. Administración lenta de 01 ampolla de 50 mg de Diclofenaco diluido en CINA 20cc. 4. Se colocó al paciente en posición de Fowler brindando confort y comodidad. 5. Se suministró 01 tableta de Enalapril 10mg vía oral. 6. En la historia clínica se registraron todos los procedimientos realizados. 	<p>Paciente refiere disminución del dolor de cabeza. (EVA) 2/10</p> <p>FC:72x’</p> <p>FR: 20x’</p> <p>PA: 140/70 mmHg.</p>

Valoración	Diagnostico	Programación	Intervención	Evaluación
<p>Datos personales:</p> <p>Referencias del paciente:</p> <p>“Dolores de cabeza” “Ha disminuido mi apetito”</p> <p>Datos Objetivos:</p> <p>Contextura delgada, débil, palidez.</p> <p>FR:22x’</p> <p>STO2: 98%</p> <p>Hematocrito: 32%</p> <p>Hemoglobina: 10.66 gr/dl.</p> <p>Peso: 64.200Kg.</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c déficit de oxígeno a los tejidos por disminución de la hemoglobina.</p>	<p>Paciente lograra recuperar patrón respiratorio, con valores aceptables.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se valoró funciones vitales, enfatizando FR. 2. Se colocó al paciente en posición de Fowler. 3. Se evaluó la saturación del oxígeno. 4. Se realizó análisis de AGA, revisando los valores. 5. Se administró Eritropoyetina 2000 UI SC, 3 veces por semana según indicación médica. 6. Se administró Hierro 100mg 1 ampolla EV, 1 vez por semana según indicación médica. 7. Se administró O2xCNB 3Ltx’ 8. Se controló hemoglobina mensualmente 	<p>Paciente refiere respirar mejor.</p> <p>FR: 20x’</p> <p>STO2: 98%</p> <p>Hb: 11.50gr/dl.</p>

Valoración	Diagnostico	Programación	Intervención	Evaluación
<p>Datos personales:</p> <p>Referencias del paciente:</p> <p>“Solo ingiero mucho líquido”</p> <p>Datos Objetivos:</p> <p>FR:22x', FC: 96x'</p> <p>PA: 170/80 mmHg. Edema +</p> <p>Diuresis:300ml/24h</p> <p>Peso: 64.200Kg</p> <p>Peso Seco: 63Kg.</p> <p>Resultados de laboratorio:</p> <p>Creatinina: 9.1mg/dl</p> <p>Urea: 155mg/dl</p>	<p>Sobrecarga de volumen de líquidos r/c falla de los mecanismos reguladores e/p aumento de peso y edemas periféricos</p>	<p>Pacte lograra eliminar la sobrecarga de volumen de líquidos con la hemodiálisis.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de peso al iniciar tratamiento. Peso: 64.200Kg. 2. Se realizó programación para la terapia de hemodiálisis, monitorización constante. Programación de ultra filtrado 1200, duración ambulatoria 3:30 horas, flujo de sangre 250, Sodio 13.8 y temperatura de 36.7°. 3. Después de cada diálisis se controla las variaciones de peso. 4. Monitorización de signos vitales. 5. En la historia clínica se registraron todos los procedimientos realizados. 6. Se brindó educación al paciente y familia sobre el adecuado seguimiento en su tratamiento y la generación de hábitos saludables. 	<p>Edemas disminuidos del paciente, se logró tener como UF. efectivo 1200</p> <p>FR: 20x'</p> <p>FC: 72x'</p> <p>PA: 140/70 mmHg.</p> <p>Peso: 63Kg.</p>

Valoración	Diagnostico	Programación	Intervención	Evaluación
<p>Datos personales:</p> <p>Referencias del paciente:</p> <p>“Me siento ansioso, preocupado por mi enfermedad actual”</p> <p>“No puedo dormir por las noches”</p> <p>Datos Objetivos:</p> <p>Malestar.</p>	<p>Ansiedad r/a desconocimiento sobre el proceso de su enfermedad y manejar hábitos saludables.</p>	<p>Paciente lograra disminuir la ansiedad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se esclareció el mensaje a través del uso de preguntas y retroalimentación 2. Se favoreció la expresión de sentimientos. 3. Se animó a la manifestación de sentimientos y percepción. 4. Se proporcionó información sobre el proceso de la enfermedad, su tratamiento y el pronóstico. 5. Se deriva a psicóloga para su intervención terapéutica. 6. Se brindó un ambiente tranquilo libre de ruidos. 7. Se proporcionó educación al paciente y familia sobre el adecuado seguimiento en su tratamiento y la generación de hábitos saludables. 8. En la historia clínica se registraron todos los procedimientos realizados. 	<p>El paciente refiere sentirse más tranquilo, acepta su enfermedad.</p> <p>Conciliar el sueño.</p>

Valoración	Diagnostico	Programación	Intervención	Evaluación
<p>Datos personales:</p> <p>Referencias del paciente:</p> <p>Datos Objetivos:</p> <p>No hay signos y síntomas.</p>	<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos: fistula arterio venosa.</p>	<p>El paciente no presentara infección.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de los signos vitales y control de infección. 2. Aplicación de medidas de bioseguridad en cada procedimiento. 3. Valoración del acceso vascular y limpieza de la piel con agentes antibacterianos. 4. Se colocó cánulas posteriores de forma rotativa y se comprueba permeabilidad del acceso para evitar una recanulación. 5. Se brindó información a los familiares y al paciente sobre la infección, sus síntomas y signos. 6. Se realizó lavado de mano y uso de guantes para el manejo de la máquina de hemodiálisis 7. Se controló hemograma mensualmente. 	<p>Paciente sin infección</p> <p>T°: 36.8°C</p>

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones

1. El objetivo está relacionado a eliminar y controlar la sobrecarga de líquidos realizado por medio de las sesiones de hemodiálisis. Durante las primeras 3 horas de la terapia de diálisis se monitoriza al paciente, controlando sus constantes corporales, ya que se observa pérdida de sangre abundante suponiendo algún riesgo o complicación a futuro, además se mantiene en observación su estado general y sus funciones cognitivas
2. La intervención está basada según las disposiciones NANDA, planificando los cuidados que brinda el personal de enfermería, buscado evidenciar la eficiencia del trabajo de la intervención en el cuidado y manejo del paciente en la unidad de hemodiálisis asegurando el éxito de la recuperación.
3. Se realizó valoraciones utilizando diversos modelos de intervención, concluyendo con los diagnósticos de enfermería, obtenidos con datos fiables que brinda una base teórica donde se puede encontrar información y características de los hábitos de vida y salud del paciente y de sus familiares o personas cercanas.
4. Se ha realizado la intervención basada en el presente plan, se buscó brindar la mayor cantidad de información posible y de la forma más clara. Además, se hace presente que esta intervención basada al cuidado del paciente ha sido exitosa y se ha concluido con los objetivos que se planteó.
5. El (PAE) es el instrumento científico que permite planificar el cuidado enfermero del paciente con IRC.

3.2 Recomendaciones

- a. Se debe de incentivar y realizar programas que fomente la intervención integral hacia los pacientes que padecen insuficiencia renal y que tienen tratamiento de hemodiálisis, estos programas tienen que abordar todos los aspectos que se relaciona con el diagnostico, se debe tener presente los aspectos personales, sociales y familiares del paciente para una mejor recuperación.
- b. Se recomienda la realización de actividades lúdicas, actividades físicas de su agrado y actividades de índole social buscando la disminución de la ansiedad, mejorando la depresión, o consiguiendo disminuir el dolor, generando una calidad de vida mejor.
- c. Mantener actualizadas las guías de atención de enfermería; así como los protocolos de atención y planes de cuidados para este tipo de pacientes.
- d. Aplicar los cuidados de enfermería de una manera continua para obtener resultados favorables.

A las autoridades del Centro de Diálisis Virgen de Lourdes, fomentar programas educativos sobre el tratamiento de hemodiálisis, además de la incorporación de planes estratégicos para brindar charlas o capacitaciones del adecuado uso y manejo para el cumplimiento adecuado de tratamiento.

A los jefes de servicio de hemodiálisis, direccionar a los personales correspondientes para que puedan brindar sesiones educativas relacionados con temas de índole psicológico y temas socioemocionales dirigidos a los pacientes y a los familiares, asimismo si se evidencia síntomas de algún problema psicológico derivar al profesional idóneo para su intervención previniendo el desarrollo de alguna enfermedad mental y pueda llevar su tratamiento de hemodiálisis con una mejor disposición.

Referencias Bibliográficas

- (1) Manual MSD; Por James I. McMillan, MD, Associate Professor of Medicine, Nephrology Fellowship Program, Loma Linda University Véase en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-renales-y-deltracto-urinario/insuficiencia-renal/introducci%C3%B3n-a-lainsuficiencia-renal>
- (2) Seguro Social de Salud ESSALUD. Normas y procedimientos de enfermería para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Lima: ESSALUD; 2013.
- (3) Sosaya DC. Conocimiento sobre autocuidado de la fav y estado del acceso vascular en pacientes hemodializados. 1era ed. Trujillo Perú: Monografias.com S.A; 2012 (actualizado 10 octubre 2012; citado 12 de diciembre 2015). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos104/conocimiento-autocuidadofavi-y-estado-del-acceso-vascular-pacientes-hemodializados/conocimiento-autocuidado-favi-y-estado-del-accesovascular-pacientes-hemodializados.shtml>.
- (4) Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood pressure. (1997). Archives of Internal medicine, 157(21), 2413 – 2446.
- (5) Burt, V.L., Cutler, J.A., Higgins, M., Horan, M.J., Labarthe, D., Whelton, P., et al. (1995 a). Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension inthe adult US population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension, 26(1), 60-69.
- (6) Kaplan, N. (2002). Clinical hypertension (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- (7) Burt, V. L, Whelton, P., Roccella, E. J., Brown, C., Cutler, J. A., Higgins, M., et al. (1995b). Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. Hypertension, 25, 305-313.
- (8) Dominiczak, a. F., Negrin, D. C., Clark, JS., Brosnan, M. J., McBride, M. W., & Alexander, M. Y. (2000). Genes and hypertension: From gene

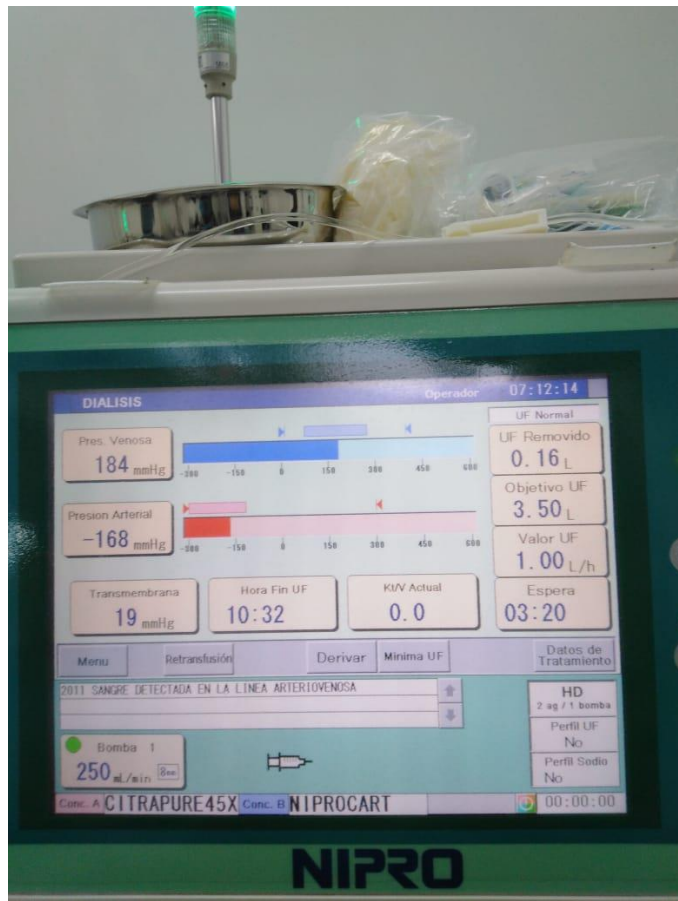
- mapping in experimental models to vascular gene transfer strategies. *Hypertension*, 35(1, Pt. 2), 164-172.
- (9) Treatment of Mild Hypertension Study Research Group. The treatment of Mild Hypertension Study. Final results. *JAMA* 270:713-724, 1993.
 - (10) Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
 - (11) Wassertheil-Smoller S, Blafox MD, Oberman AS, Landfong HG, Davis BR, Wylie-Rosett J. The trial of antihypertensive interventions and management (TAIM) Study. *Arch Intern Med* 152:131-136, 1992.
 - (12) Kaplan NM. Lifestyle Modifications for Prevention and Treatment of Hypertension. *J Clin Hypertens* 2004; 6(12):716-719.
 - (13) World Hypertension League. Physical exercise in the management of hypertension: a consensus statement by the World Hypertension League. *J Hypertens* 9:283-287, 1991.
 - (14) Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results of 24-hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ* 297:319-328, 1988.
 - (15) Babitt JL, Lin HY. Mechanisms of anemia in CKD. *J Am Soc Nephrol*. 2012;23:1631-4.
 - (16) Locatelli F, Barany P, Covic A, De Francisco A, Del Vecchio L, Goldsmith D, et al., on behalf of the ERA-EDTA ERBP Advisory Board. Kidney disease: Improving global outcomes guidelines on anaemia management in chronic kidney disease: A European renal best practice position statement. *Nephrol Dial Transplant*. 2013;28:1346-59.
 - (17) Nestel P, Davidsson L. Anemia, Deficiencia de Hierro y Anemia Ferropriva. Grupo Consultor Internacional de Anemia Nutricional (INACG). Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, Oficina de Salud Global, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), Junio 2004.
 - (18) Latham M. Carencia de hierro y otras anemias nutricionales. En *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Colección FAO:

- Alimentación y nutrición N° 29. Roma, 2002
<http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s0h.htm#bml7x>.
- (19) Pineda AE. Determinación de hierro sérico en estudiantes de 17 a 25 años con cifras de hemoglobina baja del curso de nivelación de la Facultad De Ciencias Químicas de la Universidad de Guayaquil [tesis doctoral]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Químicas; 2014. URL disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7691/1/BCIEQMBC063%20Pineda%20Alb%C3%A1n%20Elba%20del%20Roc%C3%ADo.pdf>.
- (20) Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011:(WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- (21) J. Sans Sabrafen , Besses RC , Vives CJ. HEMATOLOGIA .4ª ed. España: S.A. ELSEVIER; 2006.
- (22) KDIGO. Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2012;2:279-335.
- (23) 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermero renal. Lola Andreu Periz, Enriqueta Force San Martín – Masson, S.A. – Ronda General Mitre 148 – Barcelona España.
- (24) Colombia medica – Universidad del valle. Otero, Luis Mariano – Enfermedad renal crónica, Vol33, num1, 2002, pp. 38-40.
- (25) Medline Plus – Información de salud. Véase en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000471.htm>
- (26) Tratado de enfermedades renales. Segunda edición -Arthur Greenberg – HARCOURTBRACE. Madrid - Barcelona.
- (27) SOCIEDAD PERUANA DE NEFROLOGIA. “Guía Clínica Para El Manejo Inicial Del Paciente Con ERC” (Año 2010) Véase en: http://www.spn.pe/archivos/guias_spn/PARA_IDENTIFICACION_EVALUACION_Y_MANEJO_INICIAL_DEL_PACEINTE_CON_ERC_EN_EL_PRIMER_NIVEL_DE_ATENCION.pdf
- (28) ILACID Instituto Latinoamericano de Ciencia y Desarrollo. Actualización clínica en nefrología. ESSALUD – UNDAC.

- (29) Prevención, diagnóstico y tratamiento de la ERC TEMPRANA – Consejo de Salubridad General México. Véase en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf
- (30) Revista nefrológica – Sociedad española de nefrología. 2016 IMPACT FACTOR: 1.183 Véase en: <http://www.revistanefrologia.com/en-monografias-nefrologia-diaarticulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- (31) Rodríguez JB, Carrión MR, Espina MA, Jiménez JP, Oliver MC, Péculo JA, et al. Marco conceptual, proceso enfermero en EPES. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2005.
- (32) Porcel A. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de los pacientes hospitalizados. Granada: Universidad de Granada; 2011.
- (33) Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
- (34) Propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizado en las amenazas de parto pre término [Internet]. Academica-e.unavarra.es. 2016 [revisado 23/03/2016]. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Ana%20Mart%C3%ADnez%20Pe%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (35) Jannaina FV. Análise do diagrama de promocao da saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm 2005; Vol 18 N°3:237.
- (36) Fawcwt J. Analisis an evaluation of contemporary nursing knoweledg. Editorial FA Davis Company Philadelphia. E.U. 2000 p3.
- (37) Enfermería Nefrológica versión On-line ISSN 2255-3517 Enferm. Nefrol. vol.19 no.3 Madrid jul. /sep. 2016. “Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática” Véase en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S22542884201600300003

- (38) Instrucción clínica: Cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. Oscar Eduardo López Montoya – CCSSCENDEISSS – Región Huetar Atlántica – Limon – Febrero 2014. Prezi. Véase en:
https://prezi.com/3pix4qboqr_h/cuidados-de-enfermeria-en-pacientescon-insuficiencia-renal/
- (39) Equipo de respuesta a urgencias en HEMODIALISIS - INNOVATING IN TRAINING – Asociación mexicana de enfermeras en nefrología (AMENAC). Manual del participante. J. Isabel Z. Silva, Dante A. Gonzales
- (40) Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (1997). Archives of Internal Medicine, 157(21), 2413- 2446.
- (41) Jiménez, A. (2011). Epidemiología de la Insuficiencia Renal. [Video en línea]. Recuperado el 02 de julio 2013, de <http://www.mediacampus.unam.mx/?q=node/1331&page=3> Consultad:7-13
- Latarjet, M. & Ruiz A. (2008). Anatomía humana. (4th ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- (42) Cangiano, J. (2008). El impacto global de la enfermedad renal. Revista para los médicos de Puerto Rico, (4). 12-13
- (43) EsSalud (2008). Plan nacional de salud renal. Perú: s/edi.

ANEXOS





**CENTRO DE DIALISIS
VIRGEN DE LOURDES SAC**

FICHA DE REPORTE

Paciente: **GAVIDIA MEDINA FREDESBINDO**
N° de HD: **10**

Código de Afiliación al SIS: **2-41081534**
Frecuencia de HD: **3V/S**

Fecha: **23/10/2018**
Turno: **IV**

**I.- PARTE MEDICA
EVALUACION MEDICA**

PROBLEMAS CLINICOS:

1.- **ERC S**
2.- **HTA**

EVALUACION: Signos y Sintomas

*Paciente estable sin sobrecarga de Volumen
MV presente en ASGFS sin adventicias
NO EDEMA.*

PA 160/80

PRESCRIPCION:

Hrs HD: **3.5**
Heparina: **R**
Peso Seco: **66**

QB: **350**
QD: **500**
Baño: **B**

CND: **L**
Na Inicial: **136**
Na Final: **136**

Área de Filtro: **1.8**
Membrana: **PSF**
Condic. Serolog.: **(-)**

UF: **700**
CENTRO DE DIALISIS
VIRGEN DEL LOURDES S.A.C.

MEDICO:
C.M.P.:

Firma y Sello

Dr. ALFREDO MENDOZA BEDRIANA
MEDICO NEFROLOGO
C.M.P. 012146 R.N.E. 4281

I.- PARTE DE ENFERMERIA

N° A Inicial: **160/80**
N° A Final: **150/70**
Peso Inicial: **66.7**
Peso Final: **65.900**

N° de Maq: **167**
Marca/Mod: **Surdlat**
ACCESO ART: FAX Inj. CVC
VASC. VEN Vp Inj. CVC

Vol. Filtro: **-**
Reuso de Filtro: **N**
Reuso L.A.: **N**
Reuso L.V.: **N**

OBSERVACION INICIAL:

*Paciente adulto moduro, ingresa lotep no refiere
malecias, ingresa 770 ambulatorio de 140 por FAX
del local 23 quince, se evidencia TH16, gueto
en apuro UF: 700*

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

HR	P.A.	P	QB	CND	RA	RV	PTM	OBSERVACIONES
7:00	160/80	72	350	130.6	-78	139	-18	Inicia H
8:00	140/70	72	350	130.6	-79	138	-18	S/O
9:00	140/70	72	350	130.6	-80	139	-17	S/O
10:00	150/70	72	350	130.6	-81	138	-18	S/O
10:30	150/70	72						Fin H

OBSERVACION FINAL:

auto estable

ASPECTO DEL FILTRO **A**

NF. Inicia HD: **CENTRO DE DIALISIS
VIRGEN DEL LOURDES S.A.C**

EP: *[Signature]*
Lic. SOFIA RAQUEL HERNANDEZ PEREZ
Enfermera Asistencial
C.F.P. N° 54417

Firma y Sello

ENF. Inicia HD: **CENTRO DE DIALISIS
VIRGEN DEL LOURDES S.A.C**

CEP: *[Signature]*
Lic. SOFIA RAQUEL HERNANDEZ PEREZ
Enfermera Asistencial
C.F.P. N° 54417

Firma y Sello

EPO	1
FE	-
B12	1
CAL	---
Otro	---