

TFG

# PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO DE UNA PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL.

*Autora: Andrea Alonso Martín*

*Tutor: Jesús Manuel Quintero Febles*

Grado en Enfermería

Facultad de ciencias de la salud:  
Sección enfermería y fisioterapia.

Universidad de La Laguna

Sede La Palma





## **AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna. Sede La Palma

**PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO DE UNA PACIENTE EN  
DIÁLISIS PERITONEAL.**

Autora:  
Andrea Alonso Martín

Firma del alumno/a

Tutor: Jesús Manuel Quintero Febles

Vº. Bº del Tutor/a:

La Palma a 30 de Mayo de 2018

## Resumen

La insuficiencia renal crónica es una afección de los riñones mediante la cual se va perdiendo la función renal de una forma lenta y progresiva. Puede deberse a diferentes causas, y se clasifica por estadios según el nivel de filtrado de los riñones.

Cuando este nivel de filtrados glomerular es inferior al 15%, el paciente debe elegir un tratamiento sustitutivo. Hay varios tipos, uno de ellos es la diálisis peritoneal, que consiste en realizar mediante la membrana del peritoneo la función de filtrado y eliminación que los riñones no pueden llevar a cabo. Para ello, se introduce en el paciente a través de un catéter peritoneal, una cantidad de líquido con unas concentraciones determinadas de las sustancias que se pretenden eliminar y mediante osmosis y difusión se obtiene el objetivo.

En este trabajo se expondrá un plan de cuidados para una paciente con riñones poliquísticos, y una insuficiencia renal crónica secundaria a los mismos, que se somete al tratamiento de diálisis peritoneal.

### Palabras Claves

Diálisis peritoneal, proceso enfermero, insuficiencia renal crónica.

## Abstract

Chronic renal failure is a condition of the kidneys by which the renal function is lost slowly and progressively. It may be due to different causes, and it is classified by stages according to the filtering level of the kidneys.

When this level of glomerular filtering is less than 15%, the patient must choose a substitute treatment. There are several types, one of them is peritoneal dialysis, which consists in carrying out through the membrane of the peritoneum the filtering and elimination function that the kidneys can not carry out. To do this, a quantity of liquid is introduced into the patient through a peritoneal catheter, with certain concentrations of the substances that are to be eliminated, and through osmosis and diffusion the objective is obtained.

In this work, will be presented a care plan for a patient with polycystic kidneys and a chronic renal failure secondary to them, which undergoes peritoneal dialysis treatment.

### Keywords

Peritoneal dialysis, nursing process, chronic kidney disease,

# Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>pág. 1-12</b>
1.1. Anatomía renal.....	pág. 2-3
1.2. Insuficiencia renal crónica.....	pág. 4-5
1.3. Tratamientos para la insuficiencia renal crónica.....	pág.6-10
1.4. Poliquistosis renal autosómica dominante.....	pág.10-11
1.5. Justificación.....	pág.12
<b>2. Marco teórico empleado.....</b>	<b>pág.13-21</b>
2.1. Proceso enfermero.....	pág.13-15
2.2. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	pág.15-17
2.3. Taxonomía NANDA.....	pág.17-18
2.4. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC).....	pág.19-20
2.5. Clasificación de Resultados de enfermería (NIC).....	pág.20-21
2.6. Modelo AREA.....	pág.21
<b>3. Desarrollo del plan de cuidados.....</b>	<b>pág.22-44</b>
3.1. Descripción del caso clínico.....	pág.22
3.2. Valoración:	
3.2.1 Valoración por patrones M. Gordon.....	pág.23-26
3.3. Diagnostico:	
3.3.1 Diagnósticos enfermeros.....	pág.27-28
3.3.2 Aplicación Modelo AREA.....	pág.29
3.4. Planificación.	
3.4.1 Desarrollo de los diagnósticos enfermeros.....	pág.30-43
3.5. Ejecución y Evaluación.....	pág.44
<b>4. Bibliografía.....</b>	<b>pág.45-46</b>
<b>5. Anexo.....</b>	<b>pág.47-49</b>

## 1. Introducción:

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta a los riñones, provocando una disminución o pérdida de sus funciones. Según el tipo de daño que sufre el riñón se pueden diferenciar 3 tipos de insuficiencia renal: <sup>1</sup>

- 🍷 Insuficiencia renal aguda (IRA): La función renal se pierde de una manera rápida y progresiva, provocando una acumulación de sustancias de desecho debido a una disminución en la tasa de filtrado. Esta afectación de los riñones es temporal, y tras un tiempo el riñón vuelve a realizar sus funciones.
- 🍷 Insuficiencia renal crónica (IRC): La función renal se pierde de forma lenta y progresiva, y de una manera irreversible.
- 🍷 Insuficiencia renal terminal (IRT): Ya no hay función renal, o esta es muy escasa. El paciente está sometido a un tratamiento sustitutivo.

Según la localización de la causa por la que se produce esa insuficiencia renal existen 3 tipos: <sup>1</sup>

- 🍷 Pre-renal: La disminución del filtrado glomerular se produce por una disminución del flujo sanguíneo renal. Es decir, el riñón no se encuentra dañado, pero no puede realizar correctamente sus funciones porque existe un problema localizado anteriormente, que provoca que no le llegue la sangre necesaria. Puede ser causado por una hipovolemia, por un bajo gasto cardíaco o por alteraciones de la resistencia valvular renal y periférica causada por una vasodilatación sistémica o vasoconstricción renal.<sup>1</sup>
- 🍷 Renal: La causa de la insuficiencia está localizada en algún nivel del riñón, ya sea glomerular, vascular, tubular o intersticial. Algunas de las causas que provocan este tipo de insuficiencias son: Destrucción del tejido muscular, o de los glóbulos rojos, ya que la hemoglobina daña los túbulos renales. Otra causa es el mieloma múltiple, debido a hipercalcemia, glomerulonefritis aguda, hipertensión arterial maligna, vasculitis, o por el abuso de medicamentos y toxinas entre otras.<sup>1</sup>

- 👉 Post-renal: El riñón puede realizar sus funciones correctamente, pero por un problema en las vías urinarias se produce la insuficiencia renal. Puede ser causada por una hipertrofia benigna de próstata, cáncer de próstata, litiasis renal, cáncer de ovarios o colon-rectal, también por la ingesta de tratamientos que modifiquen el vaciado normal de la vejiga, o que el catéter urinario se encuentre obstruido.

## 1.1 Anatomía renal:

Poseemos dos riñones idénticos, con una forma parecida a la de una habichuela, y del tamaño de nuestro puño. Están situados debajo del diafragma, uno a cada lado de la columna vertebral, entre el peritoneo y la pared posterior del abdomen. El riñón derecho se encuentra más profundo debido al espacio que ocupa el hígado.<sup>2</sup>

Los riñones se encuentran entre la vena Cava y la arteria Aorta, las cuales se ramifican en venas renales y arterias renales, que son las que llevan a cabo la irrigación renal. En la parte superior de estos se encuentran las glándulas suprarrenales que llevan ese nombre por su localización, donde se lleva a cabo la función endocrina. De cada riñón sale un uréter que llega a la vejiga para realizar la función excretora.<sup>3</sup>

Los riñones se subdividen en dos partes, médula renal y corteza renal:

- 👉 La médula renal es la parte interna del riñón, en ella podemos encontrar las pirámides medulares de Malpighi. En cada riñón existen entre 16 y 20 unidades de estas pirámides, algunas de las mismas crecen fusionadas, de tal manera que pueden existir alrededor de ocho vértices denominados papilas, y que apuntan todos hacia la pelvis renal. En estas papilas se encuentra el área cribosa, que consiste en numerosos orificios pequeños por los cuales se drena la orina a los cálices renales, y de allí esta fluye hacia la pelvis renal, y desemboca en el uréter, y este en la vejiga.<sup>3</sup>

🍷 La corteza es la parte externa del riñón, envuelve la médula renal, y está cubierta por la cápsula renal. En su interior están las columnas renales, que se extienden hasta la médula renal, localizándose entre las pirámides renales.

En la corteza se encuentran las nefronas, que son las unidades funcionales básicas del riñón, encargadas de producir la orina. En cada riñón existen aproximadamente un millón de nefronas, cada una de ellas está formada por un corpúsculo renal y un túbulo renal.

El corpúsculo está formado por glomérulos, que son los encargados de llevar a cabo la primera fase de la creación de la orina, la filtración.

En los túbulos renales se producen las otras dos fases de la producción de la orina, la reabsorción tubular y la excreción tubular.<sup>3</sup>

Los riñones poseen 3 funciones: <sup>4</sup>

🍷 Filtrado y excreción: Se encargan de filtrar la sangre y eliminar el exceso de líquido y sustancias tóxicas. La sangre con desechos llega al riñón, y al pasar por las nefronas, estas actúan como filtro, eliminando el líquido en exceso y las sustancias que ya no se necesitan, y reabsorbiendo las que el organismo necesita.

🍷 Equilibrio químico: El riñón se encarga mediante homeostasis de mantener un equilibrio de las sustancias químicas de la sangre, que son el sodio, el fósforo y el potasio.

🍷 Endocrina: Los riñones se encargan de la producción de tres hormonas:

- ✓ La renina: Regula de tensión arterial.
- ✓ La eritropoyetina: Estimula la médula ósea para la formación de glóbulos rojos.
- ✓ El calcitriol: Mantiene los niveles de calcio en el cuerpo, por lo que ayuda a mantener los huesos sanos.

## 1.2 Insuficiencia renal crónica(IRC):

La insuficiencia renal es la disminución lenta, progresiva e irreversible de la función renal. Esta disminución se produce por la destrucción de un número importante de nefronas.<sup>5</sup>

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, en los últimos años ha aumentado el número de pacientes renales, tanto en países desarrollados como en desarrollo, esto ha provocado que cada vez se demanden más tratamientos sustitutivos. También ha aumentado la edad con la que los pacientes son admitidos en un programa de hemodiálisis.<sup>6</sup>

Las causas son diversas:<sup>5</sup>

- 🔴 Glomerulopatías:
  - ✓ Primitivas: normalmente las causas son desconocidas.
  - ✓ Secundarias: son secundarias a una enfermedad que ya padece el paciente:
    - Diabetes mellitus.
    - Amiloidosis.
    - Lupus eritematoso sistémico.
- 🔴 Nefropatías intersticiales crónicas:
  - ✓ De causa infecciosa, pielonefritis crónica.
  - ✓ De causa obstructiva, puede existir infección o no.
  - ✓ De causa nefrotóxica, por el consumo de analgésicos.
  - ✓ De causa metabólica, hipercalcemia
- 🔴 Nefropatías de origen vascular:
  - ✓ Nefroangiosclerosis.
  - ✓ Microangiopatía trombótica.
  - ✓ Poliarteritis nudosa y otras vasculitis.
  - ✓ Trombosis crónica de las venas renales.
- 🔴 Nefropatías constitucionales, que pueden ser hereditarias o no.
  - ✓ Enfermedades quísticas del riñón.
  - ✓ Displasias renales.
  - ✓ Nefropatía familiar hematórica.
  - ✓ Nefropatías metabólicas.
  - ✓

Los síntomas y signos de la insuficiencia renal crónica no son iguales en todos los pacientes que la padecen, y se deben a los siguientes factores patogénicos:<sup>5</sup>

- 🍌 Retención de “toxinas urémicas”. La función renal disminuye y como consecuencia en el cuerpo se acumulan sustancias que resultan tóxicas para nuestro organismo.
- 🍌 Estados deficitarios. Al no producirse el calcitriol en los riñones, se producen alteraciones muscula-esqueléticas, y tampoco la eritropoyetina, se puede sufrir anemia.
- 🍌 Adaptaciones hormonales. Como intento de solucionar algún problema que produce la IRC se producen alteraciones en las secreciones endocrinas, pero estas pueden dar origen a nuevas patologías. A esto se le denomina hipótesis del cambio. Por ejemplo, si el riñón no realiza su función correctamente se almacena fosfatos, lo que produce una hipocalcemia, por lo que aumenta las secreciones de PTH, por tanto, se produce un hiperparatiroidismo secundario.
- 🍌 Alteraciones electrolíticas. Se pueden producir acidosis metabólica, hiponatremia, hiperkaliemia o hipocalcemia.
- 🍌 Efectos de la hipertensión arterial. Tiende a provocar insuficiencia cardíaca congestiva, el desarrollo de arteriosclerosis o el empeoramiento de la IRC.

Como acabamos de ver la hipertensión arterial empeora la IRC, pero a sí mismo cuando esta empeora se produce un aumento de esta hipertensión, creándose así un círculo vicioso. Por lo que si se quiere obtener una progresión de la IRC de una forma retardada se debe actuar sobre la hipertensión. Incluso está recomendado el uso de bloqueantes ECA aún en enfermos normotensos, si padecen alguna enfermedad renal proteinúrica.<sup>6</sup>

Según el nivel de filtrado las insuficiencias renales pueden ser:

Estadio	Nivel de filtrado
1	100% - 90%
2	89% - 60%
3, este estadio se encuentra dividido en dos subniveles.	3A 59% - 45% 3B 44% - 30%
4	29% - 15%
5	Menor de 15%

### 1.3 Tratamientos de la insuficiencia renal.

Un paciente con una insuficiencia renal avanzada, en estadio 5, debe de elegir un tipo de tratamiento, que puede ser:

🍌 Un tratamiento conservador: consiste en actuar sobre los síntomas que va ocasionando la pérdida progresiva de las funciones del riñón, sin actuar sobre la misma. Normalmente suelen elegir esta opción pacientes mayores que deciden que ya han vivido suficiente y no quieren someterse a un tratamiento invasivo, sino pasar el tiempo que le queda en familia.

🍌 Un trasplante: Que puede ser de un donante cadáver o vivo.

Un trasplante de un donante cadáver, se produce cuando el fallecido era donante, o sus familiares deciden donar sus órganos. Se extraen los órganos y si tras unas pruebas de compatibilidad, un paciente es compatible con ese riñón, se le trasplanta.

Con un riñón es compatible la vida, por lo que también existe el trasplante de un donante vivo, si algún familiar o amigo es compatible con el paciente puede donarle uno de sus riñones. Si el paciente no posee ninguna persona cercana compatible que le pueda donar el riñón, existe una red de trasplante cruzado. Esta red permite que si existe un familiar de otro paciente que es compatible contigo y tu familiar es compatible con el otro paciente se produzca la donación.

🍌 Un tratamiento sustitutivo: Suple las funciones del riñón, existen dos tipos:

Hemodiálisis: Es el método que más se utiliza para tratar la insuficiencia renal. Los pacientes que se someten a este tratamiento deben de poseer un acceso vascular, que puede ser:

- ✓ Una fístula, unión mediante cirugía de una arteria y una vena, para aumentar el flujo de sangre circulante. Una vez realizada se debe de esperar unas semanas antes de comenzar a utilizarse.
- ✓ Un catéter, personas que han necesitado ser tratados de urgencia con la diálisis peritoneal y no poseían fístula, o personas que por sus características vasculares no se les puede realizar una fístula.

El tratamiento consiste en extraer sangre del paciente mediante el acceso vascular. Esta sangre es conducida a la máquina de diálisis por la línea arterial. Esta máquina hace pasar la sangre por un dializador, dentro del cual ocurren dos procesos.<sup>7</sup>

- ✓ Mediante difusión el dializador elimina de la sangre elementos como la urea y el potasio, que son sustancias que deberían ser filtradas por el riñón. El dializador posee una membrana que realiza la función de filtro, a un lado de esta membrana circula la sangre que posee altas concentraciones de estos elementos, y al otro lado de dicha membrana se encuentra el líquido de diálisis con baja concentración de los mismos. Entonces, mediante osmosis se produce la eliminación.<sup>7</sup>
- ✓ Por presión osmótica se realiza la ultrafiltración, que es la eliminación de líquido en exceso. La máquina de diálisis ejerce una presión sobre la sangre lo que lleva a que por presión osmótica pase el líquido sobrante de la sangre a la máquina. Esta técnica hace que se pierda peso, pero no peso relacionado con pérdida de grasa, sino con la pérdida del líquido en exceso que estamos hablando.<sup>7</sup>

La duración y frecuencia de las sesiones depende del paciente, cada paciente posee unas necesidades de filtrado. Pero por la general suelen durar entre 3 y 4 horas y realizarse tres veces por semana.

A los pacientes que se someten a hemodiálisis los nefrólogos, mediante diversas pruebas, les calculan el peso seco, que se trata del peso que debe de tener la persona sin que existiera exceso de líquido. El individuo es pesado antes y después de la diálisis. El peso pre-diálisis hace referencia al líquido que se ha ido acumulando de una sesión de diálisis a otra. Y el peso post-diálisis equivale al líquido que se le ha podido eliminar.

Debido a lo agresiva que es esta técnica no siempre se puede extraer todo el líquido que se debería, porque se pueden llegar a producir una serie de consecuencias negativas como calambres, hipotensiones, que si estas son severas pueden llegar a ocasionar incluso pérdidas de conocimiento.<sup>7</sup>

Diálisis peritoneal: En la diálisis peritoneal la membrana utilizada para realizar el intercambio es el mesotelio peritoneal, que recubre la cavidad abdominal y la de los órganos que se encuentran en su interior.<sup>5</sup> Esta membrana es semipermeable, lo que permite que algunas sustancias la traspasen y otras no.<sup>8</sup> Es esta cualidad la que hace posible la realización de la diálisis peritoneal.

Los pacientes que están en diálisis peritoneal no poseen una restricción alimenticia tan estricta como en la hemodiálisis, pero también deben de seguir una serie de pautas dietéticas.

Para poder realizar la diálisis peritoneal hace falta colocar un catéter peritoneal, que es la vía de acceso. Se coloca 2 centímetros por debajo del ombligo. El diseño de este catéter ha mejorado a lo largo de la historia de la diálisis peritoneal. Actualmente se trata de una prótesis en forma de tubo circular que puede ser de diversos materiales y que posee tres partes:<sup>9</sup>

- 👉 Una parte que se coloca intraperitoneal que posee numerosos orificios por los que se realiza la infusión y drenaje del líquido.
- 👉 Una segunda parte que es la intraparietal, que consta de uno o dos manguitos de Dracon, que permite que el tejido fibroso crezca y fije el catéter.
- 👉 Y la última parte es la externa, a la que se le conecta un adaptador apropiado a la diálisis peritoneal que se vaya a emplear.

Una vez colocado este catéter y tras esperar algunas semanas para que cicatrice correctamente ya se podría realizar la diálisis peritoneal. Para llevarla a cabo se introduce en el peritoneo, mediante el catéter, el líquido de diálisis. Las sustancias y líquido en exceso de la sangre que se encuentra en los múltiples capilares que irrigan la membrana peritoneal, mediante osmosis y difusión de soluto, pasan a estar en el líquido<sup>8</sup>, que luego se drena eliminando así estas sustancias y líquido sobrante.

Hay distintas modalidades de diálisis peritoneal:

🍷 Diálisis peritoneal intermitente. Esta técnica prácticamente ya no se utiliza. Se necesitaba de un recambio de catéter por sesión, estas sesiones duraban entre 10h y 14h, es decir de 15 a 20 intercambios, con volúmenes que variaban entre 1 y 2 litros, y se realizaban 2 o 3 veces a la semana.<sup>10</sup>

Se utiliza en casos agudos, es el tratamiento de diálisis peritoneal con cicladora (máquina de diálisis) más antiguo, y fue el primer tratamiento hospitalario de la IRC con éxito.<sup>11</sup>

🍷 Diálisis peritoneal continua ambulatoria. Esta modalidad permite que el paciente se realice la diálisis en su domicilio, y pueda realizar las actividades de su día a día. Generalmente consta de 4-5 intercambios, uno de ellos por la noche. El tiempo de cada uno de ellos varía entre 4-5 horas durante el día y 7-9 horas durante la noche, con una frecuencia diaria. La cantidad del líquido depende del tamaño del paciente normalmente oscila entre 2-2.5 litros por cada intercambio.<sup>10</sup> Esta modalidad se utiliza en pacientes crónicos, es la más empleada en todo el mundo y la más económica, ya que es totalmente manual, por lo que no se necesita máquina.<sup>11</sup>

🍷 Diálisis peritoneal automática. Se realiza en el domicilio, pero a diferencia del modelo anterior se emplea una cicladora automática. Esto permite realizar los intercambios por la noche mientras el paciente duerme, y durante el día el tiempo de ocupación el mínimo. Una de las ventajas más importante que posee es que hay una menor manipulación, por lo tanto, un menor riesgo de infección.<sup>10</sup> Las siguiente 4 modalidades son variantes de este tipo de diálisis.

🍷 Diálisis peritoneal intermitente nocturna. Consiste en varios intercambios de periodos de 30 minutos a 2 horas, durante 8-10 horas en la noche. La cicladora que se utilice en esta modalidad debe controlar los volúmenes de líquido, debido al total de líquido que se emplea. Esta modalidad está indicada para pacientes que realices el transporte de soluto rápido o con membrana peritoneal de alta permeabilidad.<sup>10</sup>

- Diálisis peritoneal continua cíclica. Posee dos periodos, por la noche se realizan entre 3 y 5 intercambios, con una duración de 9- 10 horas y una permanencia de dos. Cuando este finalizando la diálisis la cicladora introduce en el peritoneo un nuevo intercambio que permanecerá en su interior durante el día, unas 13 o 14 horas.<sup>11</sup>
- Diálisis peritoneal equilibrio continuo. Consiste en la realización de 3 o 5 intercambios por la noche, y un intercambio manual durante el día. La eficacia de esta modalidad desciende cuando los tiempos de permanencia son muy largos.<sup>10</sup> Es una técnica poco utilizada debido al gran tiempo que se debe invertir, se utiliza en paciente con grandes necesidades dialíticas. Lo que se suele realizar en estas cosas es entrar en hemodiálisis y hacer un descanso de la diálisis peritoneal.<sup>11</sup>
- Diálisis peritoneal Tidal. Para esta modalidad también se necesita de una cicladora. Se emplean volúmenes altos de líquido. Se caracteriza porque durante la diálisis siempre queda un volumen de reserva en el peritoneo.<sup>11</sup>  
En la primera infusión se utilizan 3 litros, tras una permanencia corta de 20 minutos se drena la mitad del líquido, y se vuelve a infundir la misma cantidad a la drenada pero de líquido limpio. Los tiempos de reemplazo del volumen tidal son de entre 4-6 minutos. El tiempo total de la diálisis es de entre 8-10 hora, y el volumen total de unos 30 litros.<sup>11</sup>

#### **1.4 Poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD):**

Se trata de una enfermedad monogénica multisistémica, que se caracteriza por la presencia de varios quistes en los riñones. Generalmente se trata de una enfermedad hereditaria. Es la principal causa de IRC en los adultos, y la tercera de las IRC terminales en pacientes que están sometidos a diálisis.<sup>12, 13</sup>

Los quistes se originan de los túbulos renales, en ellos se producen dilataciones que posteriormente se separan de los mismos y dan lugar a los quistes. Al principio de la enfermedad el tamaño de los riñones no se ve afectado, sin embargo, en el estadio final los riñones han aumentado bastante de tamaño.<sup>12</sup>

Características clínicas: <sup>12</sup>

- 🐛 Desarrollo y crecimiento quístico: En la PQRAD este crecimiento comienza en la etapa embrionaria, y continúan su crecimiento a lo largo de la vida del individuo.
- 🐛 Anomalía de la función renal: Desde estadios tempranos puede surgir disminución en la concentración de la orina, pudiéndose deber a un defecto celular por alteración de la poliquistina, o por modificaciones en la arquitectura medular por los quistes.
- 🐛 Hipertensión arterial: es la manifestación más frecuente de la PQRAD, y el factor que influye directamente en la progresión de esta enfermedad. La hipertensión arterial provoca una disminución del flujo sanguíneo renal.
- 🐛 Dolor: El dolor es el síntoma más frecuente, este puede ser agudo o crónico. El dolor agudo se puede deber a una infección de las vías urinarias, el tránsito de cálculos o hemorragias intraquísticas. Y el dolor crónico puede ser por la tracción del pedículo renal, la distensión de la cápsula renal o la compresión de las estructuras vecinas. Aunque hay pacientes con dolores crónicos únicamente por la presencia de los quistes.
- 🐛 Insuficiencia renal: El desarrollo de esta insuficiencia es muy variado. El estudio CRISP afirma que existe una asociación entre el aumento de tamaño renal y la disminución de la función renal. Por otra parte, el flujo sanguíneo del riñón proporciona otro pronóstico. Esto explica que haya pacientes en los que no se relaciona la gravedad de la enfermedad quística con la pérdida de función renal.

### **1.5 Justificación**

Este trabajo se lleva a cabo debido a la importancia del papel de la enfermería en los pacientes que se someten al tratamiento de diálisis peritoneal domiciliaria, ya que al tratarse de un tratamiento que el paciente realiza en su casa de manera autónoma, no posee una supervisión continua de un sanitario. Esto puede provocar situaciones de angustia y de ansiedad en el paciente, ya que en él recae la responsabilidad de realizar una buena práctica del tratamiento, para obtener unos buenos resultados.

La enfermera debe de realizar un seguimiento y evaluación del paciente, para asegurarse de que se está realizando la técnica correctamente, y para que la paciente pueda resolver cualquier duda que le surja.

Para que el paciente sea capaz de realizar el procedimiento correctamente, la enfermera deberá proporcionarle la educación que necesite. Aparte del apoyo psicológico o espiritual que la paciente pueda demandar.

Para que se cubran todas las necesidades del paciente de una manera óptima se debe de emplear el proceso enfermero, que como veremos en este trabajo, se trata de una herramienta mediante la cual se aplica el método científico de una manera estructural, lógica y sistemática.

Es necesario realizarlo de esta manera, ya que de esta forma se obtiene una imagen más holística del paciente, situación familiar, laboral, personal... Esto provoca que actuemos sobre los problemas más relevantes del individuo. Este proceso también nos proporciona una estructura en cuanto a objetivos que debemos alcanzar, intervenciones requeridas y actividades que se deben llevar a cabo. Por lo que permite estructurar y planificar de una forma ordenada y adecuada a las características de cada paciente, los problemas que presenta, la relación entre ellos, y el cómo y sobre cuales se actuarán para mejorar su estado de salud.

Debido a esta importancia se realiza este trabajo con el objetivo general de desarrollar un plan de cuidados individualizado a un paciente en tratamiento de diálisis peritoneal domiciliaria.

## 2. Marco teórico empleado

El proceso enfermero o plan de atención de enfermería (PAE) nos permite aplicar el método científico, y nos proporciona una estructura a seguir que consta de valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y valoración. Para llevar a cabo el PAE de la paciente en diálisis peritoneal se ha realizado una valoración siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, y se ha desarrollado el mismo según la taxonomía NANDA, NOC y NIC, eligiendo los diagnósticos enfermeros a desarrollar con el modelo área, y optimizando cada objetivo planteado para poder realizar una correcta valoración.

### 2.1 Proceso enfermero:

Se entiende como proceso enfermero, o proceso de Atención de Enfermería (PAE), la base del ejercicio de enfermería, al tratarse de la aplicación del método científico en la práctica asistencial del enfermero, lo que hace posible que presten los cuidados que demandan los pacientes, la familia o la comunidad de forma lógica, estructurada, homogénea y sistemática. <sup>14</sup>

La práctica de los cuidados ha evolucionado a lo largo de la historia, en los últimos años con la implantación de procedimiento, protocolos y planes de cuidado ha tenido un desarrollo importante. <sup>14</sup>



El PAE tiene varias etapas, que son<sup>15</sup>:

#### Valoración:

Se realiza la recogida de datos, existen distintos modelos de valoración según los datos que se quieran obtener. La información obtenida será la base para, a continuación, tomar las decisiones oportunas.<sup>15</sup>

La recogida de datos se puede realizar de fuentes primarias, datos que se obtienen directamente del paciente, como son la observación, la entrevista, la valoración física y los estudios de laboratorio o gabinete. O de fuentes secundarias, datos que se obtienen del expediente clínico o de referencias bibliográficas.<sup>16</sup>

#### Diagnóstico:

Enfermería obtiene conclusiones en base a la valoración realizada anteriormente, y elabora unos diagnósticos enfermeros que pueden ser diferentes a los diagnósticos médicos.<sup>15</sup>

Entendemos como diagnóstico enfermero aquellos enunciados que establecen algún problema que mediante la actuación enfermera se pueden reducir o prevenir. Hay cuatro tipos de diagnóstico que son:<sup>16</sup>

- ✓ Diagnóstico real: Se refieren a un estado de salud que se encuentra validado clínicamente por haber identificado en el paciente características definitorias principales.<sup>16</sup>
- ✓ Diagnóstico potencial o de riesgo: Descripción del estado de salud alterado que significa un riesgo para el paciente.<sup>16</sup>
- ✓ Diagnósticos posibles: Es la descripción de un problema que se sospecha y se necesitan datos adicionales.<sup>16</sup>
- ✓ Diagnósticos de bienestar: Juicio clínico del paciente que se encuentra a un nivel de salud y refiere querer estar a un nivel más elevado.<sup>16</sup>

#### Planificación:

En esta tercera fase en relación a los diagnósticos elegidos anteriormente se plantean los cuidados enfermeros que se van a llevar a cabo.<sup>15</sup>

Para realizar esta planificación de cuidados de una manera correctamente hay que:<sup>16</sup>

- ✓ Determinar los problemas que son de prioridad inmediata.
- ✓ Fijar los objetivos que se pretenden alcanzar.
- ✓ Definir las intervenciones que se van a llevar a cabo.
- ✓ Adaptar las intervenciones que se van a llevar a cabo al paciente.

#### Ejecución:

Es una fase decisiva del PAE, y se trata de llevar a la práctica las intervenciones que se han decidido realizar al paciente.<sup>15</sup>

Estas intervenciones deben de ser: <sup>16</sup>

- ✓ Consecuentes con el tratamiento o las acciones terapéuticas.
- ✓ Seguras tanto para el paciente como para la enfermera.
- ✓ Individualizadas.
- ✓ Y realistas, contando con los recursos disponibles.

#### Evaluación:

En esta última fase se valorará si el paciente a llegado a este punto ha obtenido los resultados planteados, de no ser así su evolución no sería correcta y habría que introducir algunos cambios en las decisiones tomadas.<sup>15</sup>

## **2.2 Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon:**

Marjory Gordon fue una enfermera y profesora de la escuela de enfermería de Boston. Creó los patrones funcionales a mediados de los años 70, para explicarles a sus alumnos la valoración de los pacientes.<sup>17</sup>

Los patrones funcionales son comportamientos mayormente comunes a todas las personas, se dan de una manera secuencial, y contribuyen a la calidad de vida, a su estado de salud y al logro de su potencial humano. Son de gran importancia para la salud del individuo, de la familia o la comunidad.<sup>18</sup>

Si la valoración se realiza siguiendo los patrones funciones se obtendrá bastante información del paciente de una manera sistemática y ordenada lo que facilita el análisis de estos datos.<sup>18</sup>

Marjory Gordon dividió la valoración en 11 patrones, especificando que se valora en cada uno de ellos. Estos patrones son:

 Patrón 1: Percepción - manejo de la salud:

En este patrón se valora como percibe la persona su propio estado de salud y bienestar, y como maneja todo lo relacionado con este estado.<sup>18</sup>

 Patrón 2: Nutricional – metabólico:

Se obtendrá la información relacionada con las costumbres de consumo alimenticio y de líquido, teniendo en cuenta las necesidades metabólicas del individuo. Y se averiguará si existe algún problema relacionado con la ingesta.<sup>18</sup>

 Patrón 3: Eliminación:

En este patrón se pretende recoger toda la información de la función excretora, ya sea intestinal, urinaria o de la piel, y todo lo relacionado con la misma: rutinas, utilización de ayudas, características de las eliminaciones...<sup>18</sup>

 Patrón 4: Actividad – ejercicio:

Este patrón nos da la información relacionada con las costumbres de ocio, así como la capacidad de la persona para la movilidad autónoma, para la actividad y para el ejercicio.<sup>18</sup>

 Patrón 5: Sueño – descanso:

Nos proporciona la información del paciente en cuanto a los patrones de sueño, descanso y relax. Así como las ayudas que se emplean para conseguir dormir o relajarse.<sup>18</sup>

 Patrón 6: Cognitivo – perceptual:

Nos proporciona la información relacionada con los sentidos, si hubiera algún tipo de problema o déficit en alguno de ellos, o si se emplea algún mecanismo para su corrección. También se valoran las capacidades cognitivas para la toma de decisiones, la memoria, las características del lenguaje, así como la ausencia o existencia de dolor.<sup>18</sup>

 Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto:

Este patrón valora como se determina la persona así mismo, en cuanto a imagen corporal, identidad y sentido de valía, y como actúa ante ello.<sup>18</sup>

 Patrón 8: Rol – relaciones:

Proporciona la información relacionada con el rol que desempeña la persona en el entorno familiar o en la sociedad, y las responsabilidades que este rol le hace asumir. También nos informaría si existirá algún problema en cuanto a relaciones familiares o sociales.<sup>18</sup>

 Patrón 9: Sexualidad - reproducción

Valora la información relacionada con los patrones de satisfacción o insatisfacción sexual, actividad sexual, así como datos ginecológicos e información relacionada con el patrón reproducción<sup>18</sup>

 Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

Este patrón describe la capacidad de la persona para resistir el estrés, como lo afronta, los mecanismo que emplea para manejar estas situaciones, y la capacidad que cree tener la persona para controlarlas, así como el sistema de apoyo con el que cuenta.<sup>18</sup>

 Patrón 11: Valores – creencias

Nos proporciona la información relacionada con los valores, objetivos y creencias de la persona, que la guían en la toma de decisiones.<sup>18</sup>

## **2.3 Taxonomía NANDA:**

Cuando se proporcionan unos cuidados de salud a un paciente, estos son llevados a cabo por diferentes profesionales, que tratan aspectos distintos del individuo, y utilizan sus propias taxonomías. Enfermería trabaja con la respuesta a los problemas de salud, así como con los procesos vitales del individuo, la familia, de un grupo o de la comunidad. De esta manera los diagnósticos de enfermería se pueden centrar en un problema, en un estado de promoción para la salud o en un riesgo potencial. Para realizar este trabajo de una manera ordenada se utiliza la taxonomía de NANDA International, INC.<sup>19</sup>

Una taxonomía es una manera de clasificar ideas, conceptos o fenómenos en categorías. Tratándose de un esquema de calificación jerárquica de grupos principales, subgrupos e ítems.<sup>19</sup>

La taxonomía NANDA surge en el año 1982, con el propósito de desarrollar, mejorar y promover terminología que refleje el juicio clínico de las enfermeras. Se revisa cada ciertos años, cambiando aquellos aspectos que se hayan quedado

desfasados, y añadiendo otros que debido a los cambios de la sociedad son necesarios para adecuarla a la práctica clínica.<sup>19</sup>

La NANDA, en su edición 2015-2016, contiene 235 diagnósticos de enfermería, divididas en 13 dominios y 47 clases.<sup>19</sup>

Los dominios son esferas de conocimiento, que se encuentran divididas en clases (agrupamiento por semejanza de atributos). Estos dominios son:<sup>19</sup>

1. Promoción de la salud.
2. Nutrición.
3. Eliminación e intercambio.
4. Actividad/Reposo.
5. Percepción/Cognición.
6. Autopercepción.
7. Rol/Relaciones.
8. Sexualidad.
9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés.
10. Principios vitales.
11. Seguridad/protección.
12. Confort.
13. Crecimiento/Desarrollo.

Un diagnóstico se encuentra correctamente fundamentado cuando su definición encaja con la valoración del paciente, y posee características definitorias, factores relacionados, o factores de riesgo. Si un diagnóstico no está bien fundamentado, no es apropiado para el paciente.<sup>19</sup>

-  Las características definitorias hacen referencia a como se manifiesta en la persona un diagnóstico.
-  Los factores relacionados, se puede entender como el motivo del diagnóstico enfermero.
-  Los factores de riesgo, factores que aumenten la posibilidad de padecer un problema.

## 2.4 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC):

La clasificación de resultados de Enfermería (NOC), está completamente relacionada con la taxonomía NANDA, de la que hablamos en el punto anterior, y con la clasificación de intervenciones de Enfermería, de la que se hablará en el siguiente punto. Cada NANDA posee unos NOC y NIC asociados, y a su vez cada NOC posee NIC asociados.<sup>20</sup>

Los distintos resultados constan de una definición, una o varias escalas de medida, una lista de indicadores relacionados y una bibliografía de apoyo. Se organizan de forma sistemática en la taxonomía NOC, que los agrupa según sus semejanzas, lo que permite una fácil identificación. Actualmente en la quinta edición de la NOC se recogen 490 resultados, y se distribuyen en 7 dominios:<sup>20</sup>

1. Salud funcional.
2. Salud fisiológica.
3. Salud psicosocial.
4. Conocimiento y conducta de salud.
5. Salud percibida.
6. Salud familia.
7. Salud comunitaria.

La primera edición de la NOC surgió en 1997, y consiste en aporta el lenguaje empleado en las etapas de identificación de resultados u objetivos y evaluación del proceso enfermero. Cada objetivo es un concepto mediante el cual se mide el estado de la persona, cuidador, familia o comunidad, antes y después de la intervención.<sup>20</sup>

Para una correcta medición de los resultados se señala una serie de indicadores, relacionados a los mismos, que posee el paciente. Son estos los que se valoran, y para realizarlo de una forma adecuada y es necesaria la operatización de estos indicadores, empleando para ello varias escalas.<sup>20</sup>

Hay resultados que todos los indicadores que se valoran con una misma escala, y otros en los que hace falta emplear varias. Todas estas escalas son del estilo Likert, es decir todas se puntúan del 1 al 5, entendiendo como 5 la mejor puntuación posible, y como 1 la peor posible.<sup>20</sup>

Cada valor dependiendo de la escala posee una referencia (nada adecuado, poco adecuado, muy adecuado...), pero se debe especificar más, aclarando en qué punto como se debe encontrar el paciente para obtener una puntuación u otra. También se especifica en que puntuación se encuentra actualmente la persona, cual es la puntuación que se desea conseguir, y en cuanto tiempo.<sup>20</sup>

## **2.5 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC):**

El equipo de la NIC, clasificación de intervenciones de enfermería, se fundó en 1987, y es la clasificación normalizada y completa de las intervenciones y actividades que los profesionales de enfermería llevan a cabo, incluyendo tanto aquellas que se utilizan en la práctica general, como las de áreas específicas.<sup>21</sup>

La edición actual es la sexta, y en ella se incluyen 554 intervenciones, cada una compuesta por una etiqueta, una definición, una referencia bibliográfica y las actividades que el enfermero debería de realizar para llevar a cabo la intervención. En total la NIC consta de alrededor de 13.000 actividades.<sup>21</sup>

Las intervenciones NIC abarcan el ámbito fisiológico y psicosocial. Se emplean para el tratamiento y prevención de enfermedades y para el fomento de la salud.<sup>21</sup>

En la segunda edición la NIC añaden una taxonomía, para permitir al enfermero localizar y elegir las intervenciones necesarias, proporcionándoles una estructura que ayude a planificar los cuidados. La taxonomía de la edición actual divide las intervenciones en 7 campos y 30 clases. Estos 7 campos son:<sup>21</sup>

1. Fisiológico: básico
2. Fisiológico: complejo
3. Conductual
4. Seguridad
5. Familia
6. Sistema sanitario
7. Comunidad

Antes de que la NIC fuera creada existía una única lista de actividades aisladas y sin ningún tipo de organización. Por lo que la creación de la misma ha supuesto un gran avance y mejora para el trabajo de enfermería. Ya que con ella se puede realizar de una manera más sencilla la elección de las intervenciones con etiqueta, que constan de una definición normal y su lista de actividades.

## 2.6 Modelo Área:

El modelo AREA es definido por el profesor Pesut como la tercera generación del proceso de atención de enfermería. Se trata de un instrumento que es de gran utilidad para resolver algunos problemas que ocasiona el proceso enfermero en la realidad clínica, y provoca que se emplee el razonamiento clínico. Este modelo permite estructurar el razonamiento clínico, incluyendo los problemas y centrándolos en los resultados que se quieran obtener. Ayudando a identificar los problemas prioritarios, y ofreciendo una estructura visual de la situación que ayuda a organizar el pensamiento y los conocimientos.<sup>22</sup>

De la valoración enfermera se obtiene información de la cual derivan consecuencias para los cuidados del paciente, y son varios los aspectos importantes en el Modelo AREA:<sup>22</sup>

-  El lenguaje y vocabulario clínico.
-  El marco.
-  La historia del paciente.

Por lo que el modelo AREA ayuda a realizar una valoración, además de estructurada y completa, centrada en la historia que cuenta el paciente.<sup>22</sup>

Tras la valoración, este modelo utiliza la estrategia de establecer redes de razonamiento entre los distintos diagnósticos, lo que provoca que cuando existen numerosos diagnósticos, se pueda racionalizar mejor el trabajo<sup>22</sup>, ya que al actuar sobre los diagnósticos principales se resolverán aquellos que estén relacionados con los mismos por la red de razonamientos.

## 3. Desarrollo del plan de cuidados:

### 3.1 Descripción del caso clínico

Paciente mujer de 50 años con una politiscosis y con una enfermedad renal crónica secundaria a la misma.

Acude a su médico por sensación de ácido que no se aliviaba tras 1 semana, después de realizarle una ecografía se dieron cuenta que tenía quistes en los riñones, por lo que la remiten al nefrólogo, debe acudir con una cierta frecuencia al mismo para las revisiones.

Cuando el filtrado de sus riñones es de 26 ml/min, ya llega al estadio 3B, y comienza a acudir también a la consulta de ERCA (enfermedad renal crónica avanzada).

En estas consultas se le informa sobre los distintos tipos de tratamientos que puede recibir, y opta por la diálisis peritoneal.

Hasta que le colocan el catéter peritoneal debe de llevar una dieta mandada por el nefrólogo y su enfermera. Durante este tiempo la paciente cae en una depresión, debido a los cambios que está sufriendo y a los que se verá sometida en un futuro.

Después de llevar dos meses con la diálisis peritoneal, dejó de estar depresiva, y empezó a aceptar mejor el estado en el que se encuentra.

Actualmente lleva 9 meses con la diálisis peritoneal, si bien es verdad que ya no se encuentra depresiva, lleva sus cuidados de una manera extrema, por miedo a equivocarse en algo.

De estos 9 meses con diálisis peritoneal el 7 primero se la realizaba con la máquina, pero como aún tienen una pequeña función residual, estos dos últimos meses se realiza la diálisis manual.

### 3.2 Valoración:

Los datos de la valoración de la paciente se han obtenido siguiendo la estructura de valoración de los 11 patrones de Marjory Gordon, explicados anteriormente.

#### 3.2.1 Valoración por patrones funcionales.

##### Patrón 1: Percepción – manejo de salud

La paciente se considera enferma, pero ha aceptado esta condición, y no ha dejado que la enfermedad cambie su estilo de vida.

##### Antecedentes familiares:

Madre: 74 años. Riñones poliquísticos. Trasplantada.

Hermano: 52 años. Riñones poliquísticos. En controles con nefrología.

Hermana: 48 años. Riñones poliquísticos. En controles con nefrología.

Hermano: 47 años. Riñones poliquísticos. En controles con nefrología.

##### Antecedentes personales:

- Torsión ovárica izquierda.
- Operada por incontinencia urinaria.

##### Problemas de salud:

- Riñones poliquísticos. En tratamiento con diálisis peritoneal.
- Hernia umbilical.

La paciente posee una buena adherencia al tratamiento según el test de Morinsky Green-Levin (ANEXO 1), tomando al día entre 4-5 fármacos.

Es alérgica al Augmentine.

Paciente sin hábitos tóxicos, no es fumadora, ni bebe alcohol, ni consume drogas.

Estado vacunal completo.

A estado ingresada únicamente una vez este año, para la colocación del catéter peritoneal.

##### Patrón 2: Nutricional – metabólico

La paciente posee una buena alimentación, sigue una dieta especial debido a la insuficiencia renal que sufre, y al tratamiento de diálisis peritoneal al que se encuentra sometida.

La dieta consiste en una dieta normo sódica, no se debe abusar del azúcar para controlar la tensión arterial, y hipo-proteica.

La paciente toma al día más o menos 1 litro de agua, ya que no posee una restricción de líquidos, debido a que sus sesiones de diálisis son diarias, y aún posee un poco de función excretora.

No tiene apetito, realiza las 5 comidas diarias, pero por que hay que realizarlas, no por tener ganas de comer. Estas comidas si las realiza con el menor líquido posible y cocinándolas adecuadamente para eliminar de los productos las sustancias que no debe de ingerir.

Posee dentición propia y sin alteraciones.

El estado de la piel es bueno, no presenta úlceras por presión, y posee un riesgo bajo de presentarlas, obteniendo una puntuación de 22 en la escala de Braden. (ANEXO 2)

La paciente posee una buena higiene general.

### Patrón 3: Eliminación

Como la paciente es portadora de un catéter peritoneal, se debe evitar que retenga heces, por lo que se toma diariamente un laxante vía oral. Con esto va al baño de 2 a 3 veces al día. Las heces son normales.

En cuanto a la eliminación urinaria, si que se ha visto reducida como consecuencia de la insuficiencia renal, pero aún va al baño con normalidad. Pudiendo ir al baño unas 4-5 veces al día, siendo la orina clara.

### Patrón 4: Actividad – ejercicio

La paciente en cuanto a actividad física es una paciente activa, que sale a caminar 1 hora casi todos los días. Debido a las piedras en los riñones tiene prohibido realizar ciertos deportes, por el impacto que realizan las mismas en el riñón. Solo pudiendo realizar natación o salir a caminar.

No posee síntomas de cardiopatías isquémicas, ictus, insuficiencia cardiaca o arteriopatías periféricas.

Totalmente independiente para realizar las actividades de la vida diaria, tanto las básicas como las instrumentales, según el índice de Katz. (ANEXO 3)

### Patrón 5: Sueño – descanso

Padece de problemas para dormir, durmiendo menos de 5 horas por noche, pero levantándose despejada y descansada, sin causa conocida y sin tomar nada para solucionarlo. Problema con el que ha convivido siempre, sin que haya variado tras los nuevos acontecimientos.

### Patrón 6: Cognitivo – perceptivo

Alteraciones visuales sí, portadora de gafas por padecer miopía y astigmatismo.

Actualmente no siente dolor, al comienzo de las sesiones de diálisis peritoneal sí, pero tras ajustarle el tratamiento este cesó.

No posee pérdida de memoria habiendo obtenido 0 fallos en el test de Pfeiffer. (ANEXO 4)

Orientada en tiempo y espacio, sin ninguna dificultad en la comprensión, ni alteración de la conducta.

En cuanto a nivel académico, posee el título de la EGB. No siguió estudiando porque comenzó a trabajar.

### Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

La paciente padece de ansiedad y actualmente no se encuentra en un estado depresivo, según el test de ansiedad y depresión de Goldberg. (ANEXO 5)

Se encuentra satisfecha consigo misma, aunque siempre hay cosas en las que se puede mejorar.

Ha sufrido cambios en su cuerpo, como son la implantación del catéter peritoneal, que aunque actualmente ella refiere tenerlo asumido, no le gusta que se den cuenta de que lo tiene.

### Patrón 8: ROI – relaciones

Vive en familia con su hijo y su marido, y posee una familia unida que la apoya en todo momento.

Su círculo de amistades es bueno, salen a tomar algo, y no ha dejado de hacerlo tras el diagnóstico.

### Patrón 9: Sexualidad y reproducción

Al comienzo del tratamiento sí que hubo una disminución de las relaciones sexuales, por miedo que le sucediera algo al catéter, y por parte de la paciente por vergüenza de que la vieran de ese modo. Pero actualmente llevan una vida sexual con normalidad.

La menstruación le comenzó a los 12 años, y la menopausia comenzó actualmente, a los 50 años.

### Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés

No tolera correctamente las situaciones de estrés, ya que no se apoya en nadie por no preocupar a la otra persona, aunque posee una familia muy unida y que se preocupa por ella brindándole su apoyo. A veces la situación la desborda y es cuando entra en estado de ansiedad y depresión.

### Patrón 11: Valores – creencia

Se apoya en Dios, al que le pide fuerzas y ayuda cuando se encuentra en peor estado. Suele acudir a misa todas las semanas.

Se preocupa por su futuro, pero sobre todo del futuro de los demás si a ella llegara a pasarle algo.

No le teme a la muerte porque “morir es ley de vida, y si Dios lo quiere así, pues así será”

### 3.3 Diagnóstico:

#### 3.3.1 Diagnósticos enfermeros

Inicialmente se seleccionaron las categorías diagnosticas susceptibles de ser desarrolladas en el plan de cuidados. Mostrándose a continuación agrupadas por patrones funcionales:

Patrón 1: Percepción- manejo de la salud.

**DE** [00004] RIESGO DE INFECCIÓN.

Patrón 2: Nutricional-metabólico.

**DE** [00025] RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS.

**DE** [00028] RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS.

**DE** [00046] DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

**DE** [00195] RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO.

**DE** [00197] RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL.

Patrón 3: Eliminación.

**DE** [00015] RIESGO DE ESTREÑIMIENTO.

**DE** [00016] DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.

**DE** [00023] RETENCIÓN URINARIA.

Patrón 4: Actividad-ejercicio.

**DE** [00203] RIESGO DE PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ.

Patrón 5: Sueño-reposo.

**DE** [00095] INSOMNIO.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo.

**DE** [00161] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS.

Patrón 7: Auto percepción-autoconcepto.

**DE** [00118] TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.

**DE** [00146] ANSIEDAD.

**DE** [00152] RIESGO DE IMPOTENCIA.

Patrón 8: Rol-relaciones.

Patrones funcionales. No existe ningún diagnóstico activo relacionado con este patrón.

Patrón 9: Sexualidad- reproducción.

Patrones funcionales. No existe ningún diagnóstico activo relacionado con este patrón.

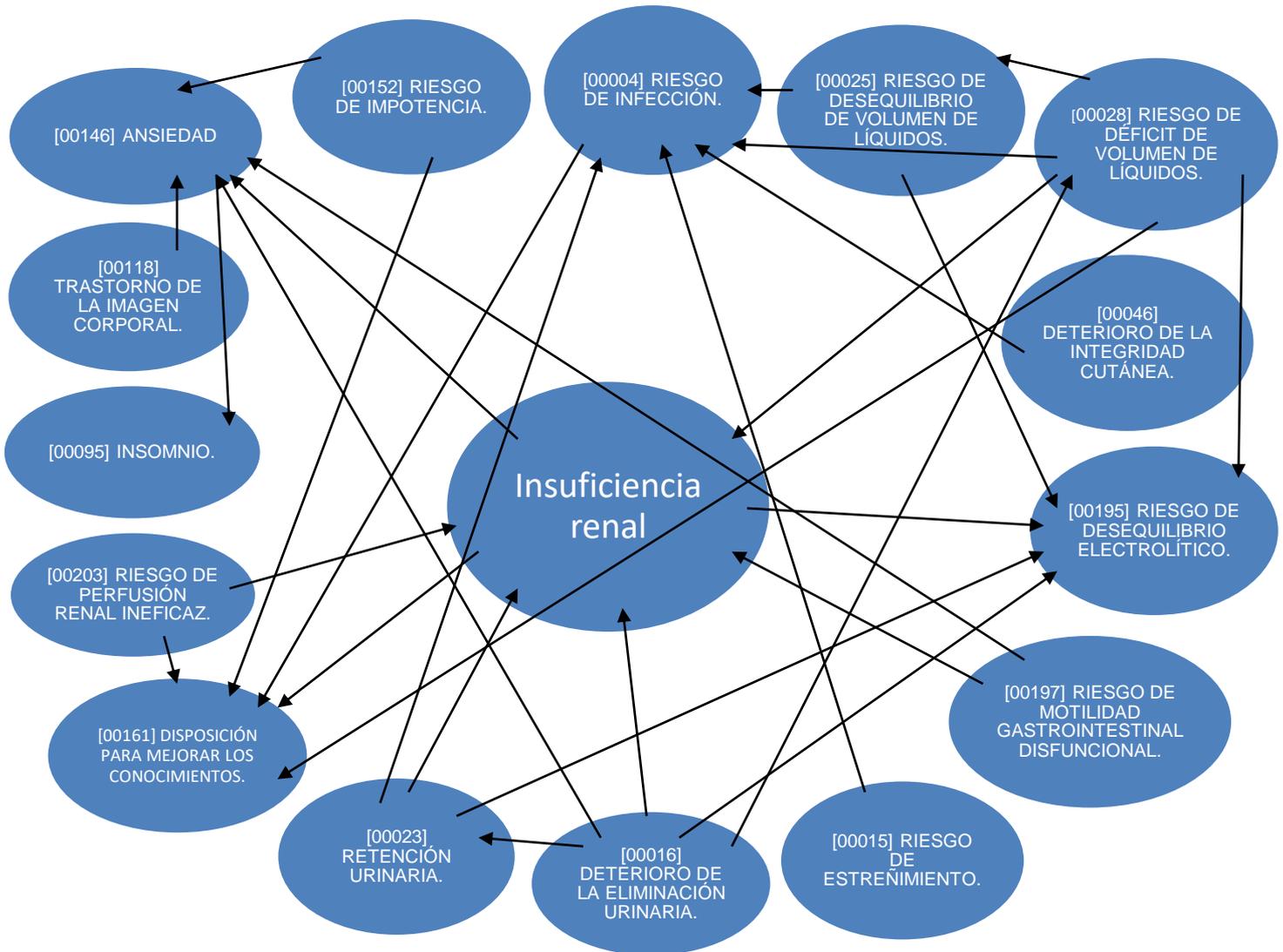
Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés.

Patrones funcionales. No existe ningún diagnóstico activo relacionado con este patrón.

Patrón 11: Valores-creencias.

Patrones funcionales. No existe ningún diagnóstico activo relacionado con este patrón.

### 3.3.1 Modelo Área.



Tras aplicar el modelo AREA se concluye que las categorías diagnósticas sobre las que se actuarán son las siguientes, debido a que, tras realizar la red de razonamientos entre las distintas categorías diagnósticas, estas son las que presentan una mayor interrelación:

- De** [00004] RIESGO DE INFECCIÓN.
- De** [00195] RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO.
- De** [00146] ANSIEDAD.
- De** [00161] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS.

### 3.4 Planificación:

#### 3.4.1 Desarrollo de los diagnósticos enfermeros.

**NANDA [00004] Riesgo de infección.** La paciente es vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud. Relacionado con un procedimiento invasivo, el hecho de poseer un catéter peritoneal, y tener que conectarse y desconectarse. Y relacionado también con una retención de los fluidos corporal, por la propia insuficiencia renal.

NOC [1902] CONTROL DEL RIESGO. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.

Indicadores:

 [190202] Controla los factores de riesgo ambientales. Valorado con la escala "m", entendiéndolo siguiente:

1. Nunca demostrado: No sabe cuáles son estos factores.
2. Raramente demostrado: Conoce algunos factores, pero no sabe controlarlos.
3. A veces demostrado: Conoce los distintos factores, pero no sabe controlarlos.
4. Frecuentemente demostrado: Conoce los distintos factores, pero solo sabe controlar algunos.
5. Siempre demostrado: Tiene el conocimiento de los distintos factores y sabe controlar cada uno de ellos.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

 [190203] Controla los factores de riesgo personales. Valorado con la escala "m", entendiéndolo siguiente:

1. Nunca demostrado: No sabe cuáles son estos factores.
2. Raramente demostrado: Conoce algunos factores, pero no sabe controlarlos.
3. A veces demostrado: Conoce los distintos factores, pero no sabe controlarlos.

4. Frecuentemente demostrado: Conoce los distintos factores, pero solo sabe controlar algunos.

5. Siempre demostrado: Tiene el conocimiento de los distintos factores y sabe controlar cada uno de ellos.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

 [190207] Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas. Valorado con la escala “m”, entendiendo lo siguiente:

1. Nunca demostrado: No conoce ninguna estrategia.

2. Raramente demostrado: Conoce estrategias, pero no realiza ninguna.

3. A veces demostrado: Utiliza alguna estrategia, pero no sigue una frecuencia adecuada.

4. Frecuentemente demostrado: Utiliza una estrategia de control de riesgo con la frecuencia adecuada.

5. Siempre demostrado: Realiza mínimo dos estrategias de control con una frecuencia adecuada.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

NIC [5510] Educación para la salud. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

 Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.

 Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

 Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.

NIC [6540] Control de infecciones. Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- 🕒 Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- 🕒 Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- 🕒 Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, apropiado.
- 🕒 Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.
- 🕒 Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

NIC [3660] Cuidados de las heridas. Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.

Actividades:

- 🕒 Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- 🕒 Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- 🕒 Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.
- 🕒 Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

NOC [1908] DETECCIÓN DEL RIESGO. Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.

Indicadores:

🕒 [190801] Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. Valorado con la escala "m", entendiendo lo siguiente:

1. Nunca demostrado: No conoce ningún signo ni síntoma de riesgo.
2. Raramente demostrado: Solo reconoce aquellos signos y síntomas que ya ha padecido anteriormente.
3. A veces demostrado: Reconoce los signos, pero no los síntomas.
4. Frecuentemente demostrado: Reconoce los signos y síntomas, pero no sabe actuar.

5. Siempre demostrado: La paciente sabe reconocer todos los signos y síntomas, y sabe actuar.

Puntuación actual: 3

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

 [190813] Controla los cambios en el estado general de salud. Valorado con la escala "m", entendiéndolo siguiente:

1. Nunca demostrado: No sabe los cambios que puede sufrir.
2. Raramente demostrado: Conoce algún cambio que puede sufrir, pero no sabe controlarlos.
3. A veces demostrado: Conoce los cambios, pero no sabe controlarlos.
4. Frecuentemente demostrado: Conoce los cambios y solo sabe controlar algunos.
5. Siempre demostrado: Conoce el proceso de la enfermedad, sabe los posibles cambios en el estado general a los que se enfrenta y los controla.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

NIC [6610] Identificación de riesgos. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades:

-  Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
-  Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
-  Aplicar las actividades de reducción del riesgo.
-  Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.

**NANDA [00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico.** Vulnerable a cambios en los niveles de electrolitos séricos, que pueden comprometer la salud. Relacionado con la disfunción renal.

NOC [2302] ACLARACIÓN DE TOXINAS SISTÉMICAS: DIÁLISIS.

Aclaración de las toxinas del organismo con diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Indicadores:

 [230209] Edema. Valorado con la escala “n”, entendiendo cada valor como:

1. Grave: Posee edemas en más de tres lugares, y al menos uno le obstaculiza algún movimiento.
2. Sustancial: Posee dos edemas, y al menos uno le obstaculiza algún movimiento.
3. Moderado: Posee un edema y le obstaculiza realizar algún movimiento.
4. Leve: Posee un edema no muy grave.
5. Ninguno: No posee edemas.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 3 meses.

NIC [2150] Terapia de diálisis peritoneal. Administración y monitorización de la solución de diálisis peritoneal dentro y fuera de la cavidad peritoneal.

Actividades:

-  Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.
-  Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria.
-  Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción)
-  Calentar el líquido de la diálisis antes de la instilación.
-  Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida.
-  Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.
-  Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.

NIC [2080] Manejo de líquidos/electrólitos. Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.

Actividades:

- 📌 Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).
- 📌 Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad sérica y gravedad específica de la orina).
- 📌 Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).

NOC [0501] ELIMINACIÓN INTESTINAL. Formación y evacuación de heces.

Indicadores:

- 📌 [50121] Eliminación fecal sin ayuda. Valorado con la escala "a", entendiendo cada valor como:
  1. Gravemente comprometido: Defeca cada dos días tomando laxantes y administrándose enemas.
  2. Sustancialmente comprometido: Defeca cada dos días tomando laxantes diarios, sin uso de enemas.
  3. Moderadamente comprometido: Las defecaciones son diarias, pero se toma un laxante todos los días.
  4. Levemente comprometido: Defecaciones diarias, tomándose un laxante de vez en cuando, cuando sea necesario.
  5. No comprometido: Va al baño mínimo una vez al día sin necesidad de laxantes, ni enemas

Puntuación actual: 3

Puntuación diana: 4

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

NIC [0450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal.  
Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal.

Actividades:

- 🕒 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- 🕒 Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.
- 🕒 Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación fecal. Siempre teniendo en cuenta la dieta prescrita por la insuficiencia renal.

NIC [0430] Control intestinal. Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.

Actividades:

- 🕒 Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
- 🕒 Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
- 🕒 Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.

NOC [0504] FUNCIÓN RENAL. Capacidad de los riñones para regular los líquidos corporales, filtrar la sangre y eliminar los productos de desecho a través de la formación de orina.

Indicadores:

- 🕒 [50402] Balance de ingesta y diuresis en 24 horas. Valorado con la escala "a", entendiendo cada valor como:
  1. Gravemente comprometido: Diuresis inferior a 200 ml diarios.
  2. Sustancialmente comprometido: Diuresis diaria entre 200-500ml.
  3. Moderadamente comprometido: Diuresis diaria entre 500-1000ml.
  4. Levemente comprometido: Diuresis diaria entre 1000-1500ml.
  5. No comprometido: Diuresis superior a 1500ml diarios.

Puntuación actual: 3

Puntuación diana: 3

Tiempo en el que se va a realizar: La cantidad de meses que se encuentre en tratamiento de diálisis peritoneal.

👁️ [50419] Hipertensión. Se valora con la escala “n”, entendiendo cada punto como:

1. Grave: Tensiones arteriales superiores de 190/100.
2. Sustancial: Tensiones arteriales entre 180/90 y 190/100
3. Moderado: Tensiones arteriales entre 140/90 y 180/90.
4. Leve: Tensiones arteriales que oscilan entre 130/80 y 140/90.
5. Ninguno: Tensiones arteriales inferiores a 130/80.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

NIC [5510] Educación para la salud. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

- 👁️ Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo.
- 👁️ Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
- 👁️ Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

NIC [5614] Enseñanza: dieta prescrita. Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

Actividades:

- 👁️ Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- 👁️ Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- 👁️ Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.

**NANDA [00146] Ansiedad.** Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Relacionado con grandes cambios, manifestado por angustia, incertidumbre, nerviosismo, sufrimiento, preocupación y temor.

NOC [1211] NIVEL DE ANSIEDAD. Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Indicadores:

 [121117] Ansiedad verbalizada. Valorando con la escala “n”, entendiendo cada valor como:

1. Grave. Obtiene una puntuación de 9 afirmaciones en el test de Goldberg.
2. Sustancial: Obtiene una puntuación de 7 o 8 afirmaciones en el test de Goldberg.
3. Moderado: Obtiene una puntuación de 5 o 6 afirmaciones en el test de Goldberg.
4. Leve: Obtiene una puntuación de 4 afirmaciones en el test de Goldberg.
5. Ninguno: Obtiene una puntuación de 0 o 3 afirmaciones en el test de Goldberg.

Puntuación actual: 2

Puntuación diana: 4

Tiempo en el que se va a realizar: 5 meses.

NIC [5820] Disminución de la ansiedad. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Actividades:

-  Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
-  Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
-  Escuchar con atención.
-  Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

NIC [5270] Apoyo emocional. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- 🕒 Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- 🕒 Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- 🕒 Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- 🕒 Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

NIC [5240] Asesoramiento. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades:

- 🕒 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- 🕒 Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- 🕒 Establecer metas.
- 🕒 Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.

NIC [6040] Terapia de relajación. Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

Actividades:

- 🕒 Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- 🕒 Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- 🕒 Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- 🕒 Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- 🕒 Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- 🕒 Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).

NOC [1302] AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores:

 [130210] Adopta conductas para reducir el estrés. Valorado con la escala "m", entendiendo cada valor como:

1. Nunca demostrado: No conoce ninguna conducta para reducir el estrés.
2. Raramente demostrado: Conoce algunas conductas para reducir el estrés pero no emplea ninguna.
3. A veces demostrado: Conoce las distintas conductas para reducir el estrés pero no adopta ninguna.
4. Frecuentemente demostrado: Conoce las distintas conductas y utiliza una de ellas pero no con la frecuencia necesaria.
5. Siempre demostrado: Conoce las distintas conductas, y adopta al menos dos de ellas con la frecuencia necesaria.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

 [130222] Utiliza el sistema de apoyo personal. Valorada con la escala "m", entendiendo cada valor como:

1. Nunca demostrado: No tiene apoyo familiar.
2. Raramente demostrado: Tiene apoyo familiar, pero ella no lo acepta.
3. A veces demostrado: Solo se apoya cuando realmente lo necesita, no les cuenta lo que le sucede para que no se preocupen.
4. Frecuentemente demostrado: Le cuenta algunas cosas y se apoya medianamente en sus familiares.
5. Siempre demostrado: Es capaz de contar a sus familiares cualquier problema para recibir su apoyo.

Puntuación actual: 3

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 4 meses.

NIC [5440] Aumentar los sistemas de apoyo. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades:

- 👉 Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- 👉 Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- 👉 Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

**NANDA [00161] Disposición para mejorar los conocimientos.** Patrón de información cognitiva relacionada con un tema específico o su adquisición, que puede ser reforzado. Manifestado por expresar deseo de mejorar el aprendizaje.

NOC [1857] CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL. Grado de conocimiento transmitido sobre la enfermedad renal, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.

Indicadores:

- 👉 [185708] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad. Valorado con la escala “u”, entendiendo cada valor como:
  1. Ningún Conocimiento. No conoce ninguna estrategia.
  2. Conocimiento escaso. Conoce alguna estrategia, pero no sabe llevarlas a la práctica.
  3. Conocimiento moderado. Conoce todas las estrategias, pero no sabe llevarlas a la práctica.
  4. Conocimiento sustancial. Conoce las distintas estrategias, pero solo sabe llevar a la práctica alguna de ellas.
  5. Conocimiento extenso. Conoce las distintas estrategias, y sabe llevarlas a práctica.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

 [185702] Signos y síntomas de enfermedad renal. Valorado con la escala “u”, entendiéndolo cada valor como:

1. Ningún Conocimiento. No conoce los síntomas y signos de la enfermedad.
2. Conocimiento escaso. Conoce algunos síntomas, pero ningún signo.
3. Conocimiento moderado. Conoce algunos síntomas y algunos signos de la enfermedad.
4. Conocimiento sustancial. Conoce todos los síntomas y algunos signos de la enfermedad.
5. Conocimiento extenso. Conoces los síntomas y signos de su enfermedad.

Puntuación actual: 3

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses.

 [185701] Enfermedad renal específica. Valorado con la escala “u”, entendiéndolo cada valor como:

1. Ningún Conocimiento: No sabe la enfermedad padece.
2. Conocimiento escaso: Sabe qué enfermedad padece, pero no en qué consiste, ni sus consecuencias
3. Conocimiento moderado: Conoce en qué consiste la enfermedad, pero no sus consecuencias.
4. Conocimiento sustancial: Conoce en qué consiste la enfermedad, y algunas consecuencias.
5. Conocimiento extenso: Conoce en qué consiste la enfermedad y sus consecuencias.

Puntuación actual: 4

Puntuación diana: 5

Tiempo en el que se va a realizar: 2 meses

NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad. Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- 🕒 Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- 🕒 Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.
- 🕒 Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.
- 🕒 Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- 🕒 Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, según corresponda.

NIC [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento. Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- 🕒 Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento.
- 🕒 Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- 🕒 Explicar el procedimiento/tratamiento.
- 🕒 Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento.
- 🕒 Describir las valoraciones y actividades posteriores al procedimiento y el fundamento de las mismas.

### **3.5 Ejecución y valoración del plan de cuidados:**

Este plan de cuidados tendrá un tiempo de ejecución de 5 meses, durante los cuales se citará a la paciente cada 15 días para abordar las distintas intervenciones que se han decidido realizar. Se realizará un total de 10 sesiones de 30 minutos cada una.

En estas sesiones se llevarán a cabo las actividades que se han elegido para abordar cada intervención. Gracias a la operatización de los objetivos, se realizará de manera sencilla una valoración continua de los avances de la paciente, pudiéndose modificar el tiempo de actuación y el número de sesiones si se cree conveniente, así como las actividades, para adecuarlas más a la paciente, y al avance de sus conocimientos.

Al inicio de cada sesión se le pedirá a la paciente que resuma brevemente lo hablado en la sesión anterior, de esta forma nos aseguramos que la información la está entendiendo correctamente.

Tras acabar este período se realizará una valoración final en la cual se observará si se han cumplido los objetivos requeridos, y si no hay ningún otro problema sobre el que actuar que haya surgido durante el tiempo en el que se ha llevado a cabo este PAE.

## 4. Bibliografía

1. RD Natural. **Insuficiencia renal**. [Internet]; Acceso: 05/05/2018. Disponible en: <http://www.rdnatural.es/blog/insuficiencia-renal/>.
2. Thews G, Mutschler E. Anatomía, fisiología y pato fisiología del hombre. Málaga:Reverté; 1983.
3. Redacción Onmeda. Anatomía de los riñones: Corteza renal. [Internet]; Acceso: 20/05/2018. Disponible en: [https://www.onmeda.es/anatomia/anatomia\\_rinon-estructura-de-los-rinones-1405-2.html](https://www.onmeda.es/anatomia/anatomia_rinon-estructura-de-los-rinones-1405-2.html)
4. Medical education institute. Riñones; como funcionan, como fallan, lo que usted puede hacer. 2015. Madison (Wisconsin)
5. Remón Rodríguez C. Nociones Generales de la I.R.C. Tratamiento: Conservador y dialítico (HD y TR). ¿Cuál es el momento idóneo del comienzo del tratamiento sustitutivo? En: Martín Espejo JL, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Diálisis Peritoneal. 3ª ed. Córdoba: SEDEN; 2003 p. 9-29.
6. Torres Zamudio C. Insuficiencia renal crónica. Rev. Med. Hered. 2003; 14 (1): 1-4.
7. Fundación renal Iñigo Alvarz de Toledo. La Hemodiálisis. [Internet] Acceso 10/05/2018. Disponible en: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/la-hemodialis/>
8. Trujillo Campos C. Diálisis peritoneal:Concepto, Indicaciones y Contraindicaciones. En: Martín Espejo JL, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Diálisis Peritoneal. 3ª ed. Córdoba: SEDEN; 2003 p. 83-87.
9. Solera Rodríguez MJ. Tipos de catéter peritoneales más usales. Protocolo de implantación del grupo de Diálisis Peritoneal de Andalucía. En: Martín Espejo JL, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Diálisis Peritoneal. 3ª ed. Córdoba: SEDEN; 2003 p. 89-94.
10. Ila García A. Diferentes Tipos de Diálisis Peritoneal. En: Martín Espejo JL, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Diálisis Peritoneal. 3ª ed. Córdoba: SEDEN; 2003 p. 113-120.
11. Sánchez Payán J. Diferentes Tipos de Diálisis Peritoneal. En: Martín Espejo JL, Montes Delgado R, editor. Diálisis Peritoneal. 2ª ed. Córdoba: SEDEN; 1999 p. 93-103.
12. Irazabal M.V., Torres V.E. Poliquistorir renal autosómica dominante. Nefrología Sup Ext. 2011; 2(1):38-51
13. Durán Álvarez S. Enfermedad renal poliquística autosómica dominante. Rev Cubana Pediatr. 2007;79(3)
14. Actualización en Enfermería. Metodología Enfermera. [internet] Acceso: 12/05/2018. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/>

15. Universidad internacional de Valencia. Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas. [Internet]. Acceso: 12/05/2018. Disponible en: <https://www.universidadviu.es/proceso-atencion-enfermeria-concepto-etapas/>
16. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson J.M. Fundamentos de enfermería. Conceptos, procee y práctica. Vol1.5ªed.Madrid: Getafe: McGrawHill; 1998
17. Potter P.A, Griffin Perry A. Enfermería Mosby 2000. Fundamentos de Enfermería. Volumen 2. 3ª ed. Barcelona: Mosby; 1996
18. Fernández, C, Garrido, M, Santo Tomás, M, Serrano, D. Enfermería Fundamental. Barcelona: MASSON; 2000
19. NANDA International. Diagnósticos enfermeros, definiciones Y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
20. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Coordinador. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Londres: Elsevier España; 2014.
21. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Coordinador. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona Elsevier España; 2014.
22. Bellido Vallejo J.C. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. Inquietudes. 2006; 35: 21-29

## 5. ANEXOS

Anexo 1:

### Test de Morisky-Green-Levine para evaluar adherencia al tratamiento

¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos para la HTA?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Toma el medicamento en horas diferentes a lo indicado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Cuando se siente bien, ¿deja de tomar el medicamento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Si alguna vez el medicamento le cae mal, ¿deja de tomarlo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

Se consideran

- Adherentes (ADT) a quienes contestan **No** a las cuatro preguntas
- No-adherentes (NADT) a quienes contestan **Sí** a una o más.

Anexo 2:

### ESCALA DE BRADEN

Riesgo de úlceras por presión.  
 Braden-bergstrom <13 = alto riesgo  
 Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado  
 Braden-bergstrom >14 = bajo riesgo

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Anexo 3:

**VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-**

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente.</b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía ).	X
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	X
	<b>Dependiente.</b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso del WC</b>	<b>Independiente:</b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	X
	<b>Dependiente.</b> Precisa ayuda para ir al W.C.	
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente.</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	X
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente.</b> Control completo de micción y defecación.	X
	<b>Dependiente.</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	X
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
<b>Puntuación Total</b>		<b>0</b>

0- 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

2- 3 puntos = incapacidad moderada.

4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Anexo 4:

**Test de Pfeiffer**

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	0
¿Qué día de la semana es hoy?	0
¿Dónde estamos ahora?	0
¿Cuál es su nº de teléfono?	0
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	0
¿Cuántos años tiene?	0
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	0
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	0
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	0
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	0
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	0
<b>Puntuación Total</b>	<b>0 errores</b>

Anexo5:

## ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? **SI**
  2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? **SI**
  3. ¿Se ha sentido muy irritable? **NO**
  4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? **SÍ**  
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
  5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? **SÍ**
  6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? **SI**
  7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) **NO**
  8. ¿Ha estado preocupado por su salud? **SÍ**
  9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? **SI**
- TOTAL ANSIEDAD= **7 AFIRMACIONES**

---

### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía? **NO**
  2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas? **NO**
  3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? **NO**
  4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? **NO**  
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
  5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
  6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
  7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
  8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
  9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
- TOTAL DEPRESIÓN= **NINGUNA AFIRMACIÓN**

Se considera ansiedad si contesta a 4 o más preguntas de forma afirmativa.  
Se considera depresión se contesta a 2 o más preguntas de forma afirmativa.