



UAGro

**Posgrado de Enfermería en Cuidados Intensivos
Especialidad en Cuidados Intensivos
Generación 2019-2020**

Trabajo de investigación:

**Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería
En el paciente con Enfermedad Renal Crónica
usando como base la Teoría de Margaret Jean Watson.**

**Para obtener el diploma de la
Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos**

PRESENTA:

L.E. Gema Itzamara Pastrana Ramos.

Director interno: Dra. Norma Angélica Bernal Pérez Tejada.

Director externo: M.C.E. Miguel Ángel Cuevas Budhart.

**línea de generación. Calidad de los procesos del cuidado
intensivo al paciente en estado crítico**

Grupo disciplinar Gestión y Docencia en enfermería

Fecha: Julio 2020



INDICE	
1. INTRODUCCIÒN	3
2. JUSTIFICACIÒN	6
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 Objetivo general	7
3.2 Objetivos específicos	7
4. METODOLOGÌA	7
5. MARCO TEORICO.....	8
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	8
5.2 El cuidado como objeto de estudio	9
5.3 Proceso de atención de enfermería	9
5.4 Modelo de Teoría de Caring	10
5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado.....	11
5.5 Etapas del proceso atención de enfermería.....	12
5.5.1 Valoración	12
5.5.2 Diagnostico.....	12
5.5.3 Planeación.....	13
5.5.4 Ejecución	14
5.5.5 Evaluación	14
5.5.6 Problemática de salud de la persona	14
5.5.7 Diagnostico tratamiento	17
6. RESUMEN DEL CASO CLINICO.....	22
7. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÒN DE ENFERMERIA	23
7.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado	23
7.2 Diagnósticos de enfermería según el caso	27
7.3 Planificación de intervenciones.	28
7.4 Ejecución de intervenciones	28
7.5 Evaluación	32
8. PLAN DE ALTA.....	33
9. CONCLUSIONES	33
10. BIBLIOGRAFÌA	35
11. GLOSARIO DE TERMINOS	
12. ANEXOS	

1. INTRODUCCION

La ciencia de enfermería está basada en un amplio marco teórico y su arte radica en las habilidades del cuidado y capacidades de cada enfermera. Los profesionales de esta área reconocen la necesidad de que todos deben actuar profesionalmente y ser responsables de la atención que ofrecen y para asegurar la planificación y entrega efectiva de los cuidados de enfermería, se ha adoptado un enfoque estructurado llamado “Proceso de Enfermería” (Ramirez, 2016)

El proceso de enfermería, consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático lo cual da sustento y permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención con alto profesionalismo que se brindara a las personas. (Burgos & et.al., 2009)

Dicho proceso es el fundamento en que se basa el ejercicio de la enfermería, al considerar el método de trabajo de la especialidad, que proporciona lógica organización para que este personal realice sus acciones, de forma tal, que la atención que brinde pueda dar solución a las necesidades inherentes al cuidado de la salud del individuo la familia y la comunidad.

Este proceso de enfermería, logra delimitar el campo específico de enfermería que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud. Al aplicar el PAE, las enfermeras (os) emplean el pensamiento crítico, logrando satisfacción profesional, y brindan una atención holística e individualizada comprometiendo a los usuarios en el cuidado propio de su salud. (NANDA-I, 2018-2020)

La teórica Jean Watson, desarrolló la teoría del cuidado humano entre el año de 1975 y el año 1979, planteando que la profesión enfermera en el momento del cuidado, debe ofrecer un cuidado humanizado al paciente y considerando la enfermería una ciencia. Esta teoría pertenece a la escuela del Caring (cuidado). Las teóricas de esta vertiente, consideran que las enfermeras pueden incrementar la

mejora en la calidad de los cuidados a las personas, si consideran factores no perceptibles tales como; la espiritualidad y la cultura las cuales juegan un papel importante y fuertemente vinculado en el desarrollo, evolución y desenlace del padecimiento en el individuo. (Izquierdo, 2015)

Las enfermeras en la práctica diaria, realizan un gran número de actividades: recogen información de los pacientes, valoran sus problemas y las alteraciones de sus necesidades, establecen objetivos, planifican cuidados, realizan intervenciones que responden a los objetivos y a la planificación de los cuidados, aplican tratamientos y, finalmente, evalúan la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería y su evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos, en todo este proceso se producen múltiples interacciones sentimentales y emocionales. (Izquierdo, 2015)

Sin embargo, no es posible lograr una atención completa con el cumplimiento de los tratamientos médicos, se necesita de un pensamiento científico donde se aplique la base teórica de la profesión.

El proceso atención de enfermería que sirve de guía para el trabajo práctico: permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones y proporciona las bases para las investigaciones, contribuyendo a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, Además exige del profesional sólidas capacidades profesionales y culturales, para cubrir las necesidades afectadas y permitiendo sintetizar conocimientos teóricos y prácticos. También permite cambiar el modo de actuación de enfermería de un modo autónomo a uno deliberado, responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades afectadas del paciente para prestarle ayuda calificada. (Naranjo & et.al, 2018)

Un diagnóstico de enfermería constituye la base para la selección de las intervenciones de enfermería para lograr resultados, que son responsabilidad de las enfermeras (NANDA-I, 2018-2020)

La profesión de Enfermería, como todas las que trabajan en el área de la salud, debe realizar su práctica en un contexto siempre cambiante y lleno de incertidumbre. Esta realidad social y política guía al sistema formador a promover que se inculque y se desarrolle en las nuevas generaciones, la capacidad de comprender la necesidad humana, para intervenir en los determinantes y condicionantes sociales.

Existe un cambio emergente filosófico en la promoción de la salud, como acción anticipada, que demanda medidas orientadas a prevenir, promover y modificar las condiciones de vida en el individuo, la familia y comunidad. Englobar este cambio propicia calidad en los cuidados, favorecer la vigilancia de la salud y la educación sanitaria. Esto insta a formar un profesional enfermero (a) dinámico y transformador, y para ello es necesario indagar las relaciones existentes de los diferentes conocimientos que le aportan las asignaturas que se desarrollan en los planes de estudio. En este contexto, la dinámica favorece un pensamiento abierto y libre, que acrecienta la capacidad crítica, para brindar cuidados a nivel sanitario. (Ponti & al, 2017)

2. JUSTIFICACION

El Proceso de Enfermería y su aplicación como un instrumento óptimo, se hace esencial y necesario, como guía en el cuidado de Enfermería, ya que ofrece directrices de aplicación lógica, secuencial y evaluable teniendo como objetivo el satisfacer las necesidades humanísticas como lo plantea la teórica Jean Watson en el cuidado del paciente, buscando englobar todos los factores que juegan un papel importante para el restablecimiento de la salud.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

- Implementar un proceso de enfermería transpersonal con base en los 10 procesos del cuidado, propuestos por la teórica Jean Watson, a un paciente con enfermedad renal crónica.

Objetivos Específicos

- Buscar la mejoría de los parámetros fisiológicos del paciente con ERC complicada, haciendo uso de los PLACE.
- Mejorar diversos aspectos fenomenológicos que influyan en la salud de la paciente Implementando los procesos del cuidado del Caring.

4. METODOLOGIA

El método científico que se utilizó para realizar este trabajo de investigación fue el PAE, este se dividió en las siguientes etapas y fases.

- I. Valoración: en esta etapa se realizó lo siguiente:
 - Se realizó una entrevista a profundidad a la paciente con ERC, con la finalidad de recabar los datos relacionados con su condición de salud, con base en el mapa de cuidado, adaptado por Olea et al., éste me permitió organizar la información obtenida en los siguientes apartados: fisiológico, social, espiritual, psicológico y rubros específicos sobre nutrición, eliminación y comunicación.
 - Después de la organización de los datos significativos, estos se analizaron con un enfoque fenomenológico de la experiencia- el significado que tiene el enfermar de ERC- con énfasis en la espiritualidad y la cultura.

- Para la formulación de diagnósticos de enfermería se utilizó la base taxonómica de NANDA-I.
- II. Intervención: en esta etapa se llevó a cabo la planificación y ejecución de las intervenciones, para la cual fue necesario lo siguiente:
- Visualización y direccionamiento de la teoría en la práctica para identificar los momentos de cuidado con base en los 10 factores caritativos de cuidado (FCC) que posteriormente Watson denomina proceso caritas de cuidado (PCC) para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.
 - Elaboración de los planes de cuidado de enfermería (PLACE) con la interrelación NANDA-I (diagnósticos de enfermería), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification)
 - Implementación de las intervenciones, por lo cual fue indispensable la grabación y el uso de anotaciones en el diario de campo, a fin de evaluar la efectividad de las intervenciones durante esta fase.

5. MARCO TEORICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

La historia de la enfermería profesional empezó con Florence Nightingale, fue ella quien después de que un grupo de mujeres otorgaran sus servicios de organización y cuidado a los heridos de Scutari, durante la Guerra de Crimea, surgiera la idea de crear una escuela de enfermería en el hospital St. Thomas de Londres donde se fijó el nacimiento de la enfermería moderna. (Raile & et.al., 2011)

Según la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, profesión proviene del latín *professio-onis* acción y efecto de profesar. Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución (Real Academia Española, 2014)

En el año de 1959 Bixler y bixler publicaron un conjunto de criterios adaptados a la enfermería en la American Journal of Nursing. Estos criterios establecían que una profesión hacia lo siguiente:

- 1- En su práctica, utiliza un cuerpo de conocimiento especializado bien definido y bien organizado que está en el nivel intelectual del aprendizaje superior.
- 2- Aumenta constantemente el cuerpo de conocimiento que utiliza y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso de método científico.
- 3- Confía la formación de sus profesionales a centros de educación superior.
- 4- Aplica su cuerpo de conocimiento en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.
- 5- Funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional.
- 6- Atrae a individuos con cualidades intelectuales y personales que ensalzan el servicio por encima del beneficio personal y que reconocen que han escogido como un trabajo de por vida.
- 7- Lucha por compensar a sus profesionales proporcionándoles libertad de acción, oportunidades de crecimiento profesional y seguridad económica.

Entonces, enfermería cumple con los criterios para considerarse una profesión.

5.2 Cuidado como objeto de estudio

La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar *cuidado* profesional a las *personas* que, en interacción continua con su *entorno*, viven experiencias de *salud*-enfermedad. (Amexcua, 2020)

5.3 Proceso de Atención de enfermera

El Proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, por Hall, a la que posteriormente otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: Valoración, planeación y ejecución, Yura y Walsh en 1967, establecieron

cuatro etapas: Valoración, planificación, realización y ejecución. La etapa diagnóstica fue incluida entre los años de 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente lo conocemos, compuesto por cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Martínez, 2016)

El PAE es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones. Las capacidades que enfermería debe poseer al usar el proceso de enfermería, se pueden dividir en 3 categorías: cognitiva (pensamiento, razonamiento), psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos, valores) (Ramírez-Eliás, A., 2018)

5.4 Modelo de teoría de Caring.

Las teorías sirven para guiar el pensamiento y la acción para la práctica en la profesión de la enfermería (Raile & et.al., 2011), Watson define este término como “un grupo imaginativo de conocimientos, ideas y experiencias que se representa simbólicamente y busca iluminar un fenómeno dado”

La teoría del “cuidado humano”, propuesta por Jean Watson, se desarrolló entre 1975 y 1979, (Evangelista, 2020) “caritas” es una palabra en latín que significa: valorar, apreciar, prestar atención especial, sino una atención afectuosa. (Raile & et.al., 2011).

Esta teoría, se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, la filosofía de Jean Watson sostiene que el cuidado humano comprende; un compromiso moral (proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica). La experiencia, percepción y la conexión (mostrando interés profundo a la persona). (Ramírez & al., 2015)

Para Watson, su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en las practicas, si no, que también incluyan el proceso de cuidado transpersonal. (Raile & et.al., 2011)

5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

FACTORES CARITATIVOS DE CUIDADO (FC)	PROCESOS CARITAS DE CUIDADO (PCC)
FC1: formación humanista-altruista en un sistema de valores	PCC1: práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente
FC2: incorporación de la fe-esperanza	PCC2: ser auténticamente presente, permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad
FC3: el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros	PCC3: el cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión
FC4: el desarrollo de una relación de ayuda y confianza	PCC4: desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza
FC5: la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos	PCC5: estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida
FC6: el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	PCC6: el uso creativo de uno mismo, como participe en el arte de cuidar
FC7: La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal	PCC7: participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido, y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro
FC8: la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural	PCC8: creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental, de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz
FC9: la asistencia con la gratificación de necesidades humanas	PCC9: la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger
FC10: el reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales	PCC10: la fenomenología, concepto que Watson define así: "se refiere al énfasis en la comprensión de las personas, de cómo las cosas aparecen ante ellas... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión.

5.5 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El PAE está constituido por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

5.5.1 Valoración

la valoración del paciente consiste en la recogida de los datos subjetivos y objetivos, así como un análisis de la información histórica proporcionada por el paciente/familia o que se encuentre en su expediente clínico. Las enfermeras también recogen datos sobre los elementos positivos del paciente (para identificar las oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (para la prevención o el desplazamiento de problemas potenciales). Esta valoración puede estar basada en una teoría de enfermería en particular. (NANDA-I, 2018-2020)

para la recogida de datos se deberá tener presente la existencia de datos objetivos y datos subjetivos: (Hernández, 2018)

- Datos objetivos

Estos datos son obtenidos a través del examen físico o exploración clínica, con la finalidad de encontrar información global del estado de salud-enfermedad en la que se encuentra la persona.

- Datos subjetivos

Son los aspectos reportados por el paciente, la familia, el acompañante que permiten conocer sus valoraciones acerca de lo que va a surgir, para ayudar al enfermo a incorporar esos criterios a la valoración general.

5.5.2 Diagnóstico

La segunda etapa del PAE es el diagnóstico, consiste en la identificación de los problemas de salud para enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Para emitir el juicio de enfermería, hay que partir del conocimiento de que necesidad tiene afectada el individuo o la familia. (Hernández, 2018). Se trata entonces de la

identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.

Un diagnóstico de enfermería puede centrarse en: (NANDA-I, 2018-2020)

- **El diagnóstico real:** un ensayo clínico con respecto a una respuesta humana indeseable una condición de salud/ proceso de la vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.
- **El diagnóstico del riesgo:** un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para el desarrollo de una respuesta humana no deseado a una condición de proceso salud/vida.
- **Diagnóstico promoción de la salud:** un juicio clínico sobre la motivación del deseo para aumentar el bienestar y lograr potencial para la salud humana. Estas respuestas se expresan como una disposición a mejorar los comportamientos de salud específicos y pueden ser utilizados en cualquier estado de la salud. En las personas que no pueden expresar su propia voluntad de mejorar los comportamientos de salud, las enfermeras pueden determinar la existencia de una condición de promoción de la salud y actuar para el beneficio del individuo.

5.5.3 Planeación

En esta etapa, se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. (Hernández, 2018)

Una vez que fueron identificados los diagnósticos de enfermería, es importante que durante la etapa de planeación se tenga prioridad de aquellos problemas de salud que pueden poner en peligro la vida del usuario y así atenderlos primero.

Existe una clasificación de los resultados de enfermería (NOC) este es un sistema que se puede utilizar para seleccionar las medidas de resultado relacionadas con el diagnóstico de enfermería. (NANDA-I, 2018-2020).

5.5.4 Ejecución

Una intervención es cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que una enfermera realiza para mejorar los resultados del paciente. La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una taxonomía de intervenciones que pueden ser utilizadas de manera independientes (profesional de enfermería) como interdisciplinario (p. ej. Médicos, terapeutas respiratorios y fisioterapeutas). (NANDA-I, 2018-2020)

5.5.5 Evaluación

La última etapa es la evaluación, esta es la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan de cuidados de enfermería, esto quiere decir que se miden los resultados obtenidos.

5.5.6 Problemática de salud de la persona

Definición

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una disminución de la función renal demostrada por la TFG de $<60\text{mL}/\text{min}$ en 1.73m^2 , o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente. (GPC, 2019)

Criterios para la definición de ERC	
Marcadores de daño renal (Uno o más)	<ul style="list-style-type: none"> • Albuminuria (AER $\geq 30\text{mg}/24$ horas; ACR $\geq 30\text{mg}/\text{g}$ ($\geq 3\text{mg}/\text{mmol}$)) • Anormalidades del sedimento de orina • Electrolito y otras anomalías debidas a trastornos tubulares.

	<ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades detectadas por histología • Anormalidades estructurales detectadas por imagen • Historia de trasplante de riñón
TFG disminuida	TFG < 60ml/min/1.73m ² (TFG categorías G3a-G5)

La última clasificación de KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) define seis categorías de acuerdo al filtrado glomerular y tres niveles de albuminuria. Esta clasificación de ERC tiene como objetivo señalar indicadores pronósticos relacionados al deterioro de la función renal y daño cardiovascular. (KDIGO, 2012)

Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1.73m ²)			Albumina		
			Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			<30mg/g <3mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300mg/g >30 mg/mmol
G1	Normal o elevado	≥90			
G2	Ligeramente disminuidos	60-89			
G3a	Ligera moderadamente disminuido	a 45-59			
G3b	Moderada gravemente disminuido	a 30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

Verde	Riesgo bajo (si no hay otros marcadores de enfermedad, no hay ERC)
Amarillo	Riesgo moderadamente aumentado
Naranja	Alto riesgo
Rojo	Riesgo muy alto

Etiología

La GPC, divide a los factores de riesgo en dos; factores de riesgo modificables y factores de riesgo no modificables.

Modificables

- Hipertensión
- Diabetes
- Obesidad
- Infección sistémica
- Tabaquismo
- Inflamación sistémica
- Proteinuria
- Dislipidemia
- Anemia

No modificables

- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Pertener a alguna minoría étnica
- Bajo peso al nacer
- Historia familiar de enfermedad renal crónica.

También, existen factores que influyen en la probabilidad y en la tasa de progresión de ERC los cuales incluyen:

- Tasa de filtrado glomerular y la categoría de albuminuria.
- El grado de albuminuria
- La causa de la enfermedad renal

Clínica

Cuando la función renal se encuentra mínimamente alterada (FG 70-100% del normal) la adaptación es completa y los pacientes no tienen síntomas urémicos. (Manual Washington de terapeutica mèdica , 2010)

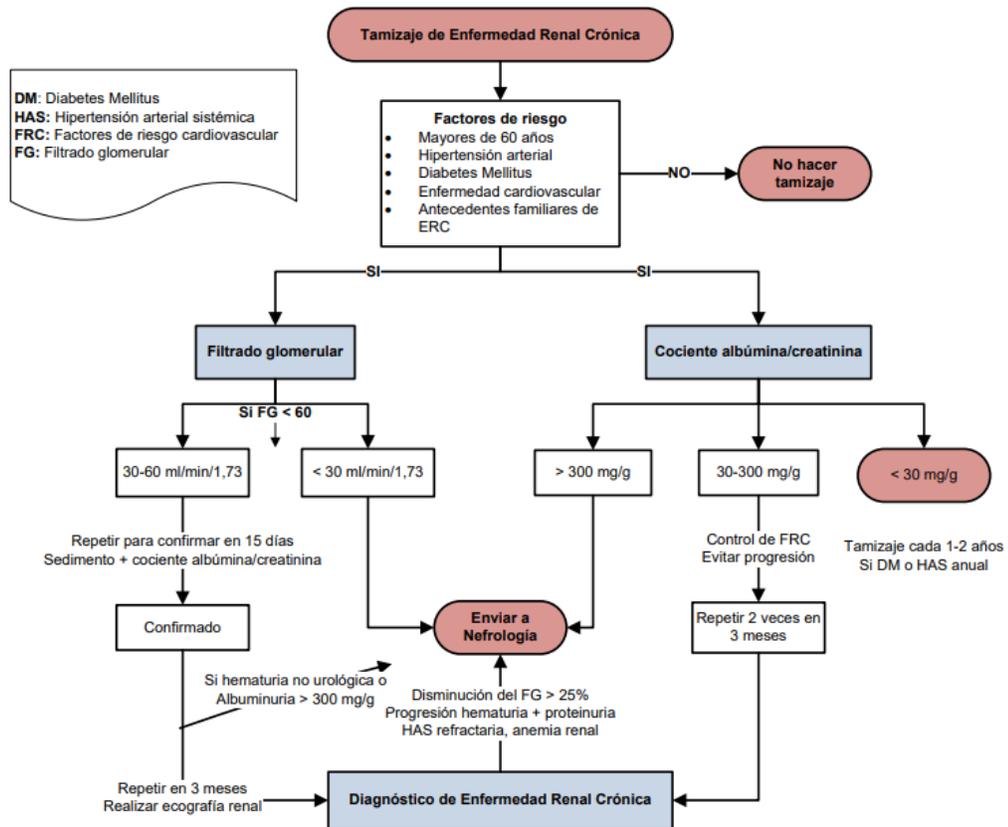
A medida que incrementa la destrucción de las nefronas, disminuye la capacidad de concentración del riñón y aumenta la diuresis para eliminar la carga obligatoria de solutos. La poliuria (emisión de orina > 3 litros en 24 horas) y la nicturia (expulsión involuntaria de orina durante la noche) son los principales síntomas.

Cuando el FG disminuye por debajo de 30ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y nausea, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias e insomnio. Cuando la enfermedad renal evoluciona lentamente, hay enfermos que se mantienen asintomáticos hasta etapas terminales, con $FG \leq 10\text{ml/min}$.

5.5.7 Diagnostico tratamiento

Diagnostico

La ERC debe detectarse mediante un tamizaje poblacional, ya que durante muchos años puede desarrollarse la enfermedad sin presentar signos ni síntomas (lorenzo & et.al.)



(GPC, 2019)

- Historia clínica:

Presentar atención a la sintomatología urinaria como: nituria, poliuria, polidipsia, disuria o hematuria, obtener una historia completa de enfermedades sistémicas, exposición a tóxicos renales, infecciones y antecedentes familiares.
- La detección de la enfermedad renal crónica basándose en estimaciones de la TFG es una evaluación más precisa. Para estimar la TFG se utiliza la ecuación de (CKD-EPI) con la cual se predice de forma más precisa el pronóstico de la enfermedad.

- Formula: $FGe = 141 \times \text{mín} (Cr_s/k, 1)^\alpha \times \text{máx} (Cr_s/k, 1)^{0,209} \times 0,993^{\text{edad}} \times 1,018$ [si mujer] $\times 1,159$ [si raza negra]
- Análisis de orina:
 1. Medición de creatinina
 2. Medición albuminuria
 3. Hematuria
 4. Leucocituria
 5. Densidad relativa de la orina reducida: mediante la medición de la diuresis de 24 horas.
- Análisis de sangre:
 1. Anemia (normocítica y normocrómica)
 2. Concentración elevada de creatina, urea, ácido úrico, potasio, fosfatos y PHT, triglicéridos y colesterol.
 3. Hipocalcemia
 4. Acidosis metabólica
- Pruebas de imagen:
 1. Ultrasonido renal

Es el estudio de imagen de primera línea para la evaluación de personas con enfermedad renal no diagnosticada: este estudio 1) determina la presencia, tamaño y forma de los riñones y evalúa el grosor de la cortical previo a la biopsia renal, 2) identifica uropatía obstructiva, 3) evalúa cicatrices renales, 4) identifica enfermedad renal poliquística.
 2. Ecografía

Se realiza con el fin de comprobar que existen dos riñones, medir su tamaño, analizar su morfología y descartar obstrucción urinaria.

 - ❖ Riñones por debajo de 9 cm, según superficie corporal indican cronicidad e irreversibilidad.
 - ❖ Riñones de tamaño normal favorecen el diagnóstico de un proceso agudo

- ❖ Riñones que presentan una diferencia de tamaño superior a 2cm. Puede ser debido a patología de la arteria renal, reflujo vesicouretral.

3. Angio-TAC

Su mayor ventaja es la administración de contrastes por vía intravenosa, que permiten visualizar el calibre de la luz y las características de la pared arterial en tres dimensiones.

Los estudios con contraste se deben realizar solamente en casos de necesidad absoluta, teniendo en cuenta el alto riesgo de nefropatía por contraste.

- **Biopsia renal**

Es un procedimiento invasivo, indicado cuando existen dudas diagnósticas de la enfermedad renal primaria o el grado de cronicidad del daño tisular.

Tratamiento

El tratamiento de la ERC se centrará en evitar los factores de riesgo, modificación de la dieta, control de la presión arterial, tratamiento adecuado de las enfermedades asociadas, y en último término, la preparación para el tratamiento sustitutivo renal. (Manual de Washington de terapèutica mèdica, 2011)

- **Restricción en la dieta**

El requerimiento diario en adultos con ERC y una masa corporal normal es de 35Kcal/ kg: 50-60% de carbohidratos, $\leq 30\%$ de grasas, la ingesta diaria recomendada de proteínas depende de la TFG (ml/min/1,73 m²): $>60 = 0,8-1,0$ g/kg; $25-60 = 0,8$ g/kg; $<25 = 0,6$ g/kg, restricción de sodio <3 g/día, potasio se deberá restringir 60 mEq/día en pacientes con hiperpotasemia, restringir el fosfato en la dieta hasta 800-1000 mg/día

- **Reducir la proteinuria**

El objetivo es conseguir una proteinuria <1 g/d, es esencial el tratamiento dirigido a la causa de la proteinuria (glomerulopatía primaria o secundaria)

si no hay contraindicaciones, usar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA-II)

- **Hipertensión**

La hipertensión no controlada acelera el deterioro de la función renal, lo recomendado es mantener una presión arterial en pacientes con ERC <130/80 mmHg, deben utilizarse preferentemente IECA y bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA) debido a que estos reducen la presión intraglomerular y tienen propiedades renoprotectoras.

- **Diabetes**

Un control estricto de la glucosa en sangre puede disminuir la tasa de daño renal progresivo, controlar la glucosa retrasará el desarrollo de albuminuria, la progresión de microalbuminuria que lleva a proteinuria.

- **Anemia**

En pacientes con ERC es frecuente la anemia normocítica y se debe buscar cuando la TFG disminuya <60 ml/min (fase 3), si la saturación de transferina es <20% o la concentración de ferritina es <200 mg/dL.

Se recomienda plantear la repleción de hierro con:

- ❖ Gluconato férrico 125mg, ocho dosis.
- ❖ Hierro sacarosa 100mg, 10 dosis
- ❖ Hormonas eritropoyéticas: epoetina y la darbepoetina pueden ser eficaces para el tratamiento de la anemia, hasta mantener hemoglobina en 10 a 12 g/dL.

- **Tratamiento sustitutivo renal (TSR)**

El TSR está indicado cuando el tratamiento médico conservador no permite controlar los trastornos metabólicos de las nefropatías, el tratamiento normalmente se inicia cuando el aclaramiento de la creatinina disminuye por debajo de 10ml/min en pacientes no diabéticos o por debajo de 15 ml/min en pacientes diabéticos, o si la TFG es de 15-20 ml/min/1,73m².

1. Diálisis peritoneal

Utiliza la membrana peritoneal del paciente como filtro selectivo y se instila líquido de diálisis en la cavidad peritoneal

2. Hemodiálisis

Se bombea sangre a contracorriente hacia una solución de diálisis en el interior de una membrana extracorpórea. Esto puede realizarse de forma intermitente (3 a 4 horas al día) o de forma continua durante 24 horas, dependiendo de la estabilidad hemodinámica y de los objetivos del tratamiento.

3. Trasplante

Ofrece la mejor supervivencia a largo plazo y es el tratamiento que mejor sustituye las funciones de filtro y endocrinas del riñón.

6. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Paciente femenina de la cuarta década de la vida, con diagnóstico médico de enfermedad renal crónica diagnosticada y tratada desde los 18 años con hemodiálisis e hipertensión arterial sistémica con el mismo tiempo de evolución y controlada con antihipertensivos (prazosina, carvedilol, iverisartan y nifedipino) 3 años después a la edad de 21 años es sometida a trasplante renal de donante vivo (madre) que le es funcional por 9 años, actualmente bajo tratamiento sustitutivo renal por HD desde hace 1 año.

Padecimiento actual: La paciente se presentó al servicio de hemodiálisis para recibir su sesión correspondiente, refiere al interrogatorio: dificultad respiratoria, ansiedad, sudoración, cefalea, hinchazón de rostro y piernas, a la toma de signos vitales se registran los siguientes parámetros: T/A 140/90mmHg, FC: 92 lpm, FR: 27rpm, temperatura:37.5°C, satO₂: 92% a la exploración física se encuentra consciente, orientada, aletargada, con diaforesis y anasarca, ingurgitación yugular, campos pulmonares con estertores bibasales, ruidos cardíacos rítmicos, movimientos torácicos aumentados, abdomen sin alteraciones, extremidades con edema +++, pulsos periféricos palpables, llenado capilar +3 segundos.

Se inicia tratamiento por hemodiálisis con la finalidad de estabilizar balance hidro-electrolítico.

7. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

7.1 valoración clínica del sujeto de cuidado

Se realizó una entrevista a profundidad de la paciente, con la finalidad de recabar datos relacionados con su salud, con base en el mapa de cuidado propuesto por Mitchell et al., adaptado por Olea et al., el cual me permitió organizar la información obtenida en los siguientes apartados: fisiológico, social, espiritual (sistema de creencias y valores) y psicológico (manejo del estrés) y en rubros específicos sobre nutrición, eliminación y comunicación.

ASPECTOS FISIOLÒGICOS

Paciente adulta de 31 años de edad, con ERC e HAS diagnosticada y tratada desde los 18 años con HD 3 años después sometida a trasplante renal de donante vivo (madre) a la edad de 21 años, funcional por 9 años, y actualmente en TSR por HD desde hace 1 año.

Paciente que presenta sobrecarga hídrica, disnea, hipertensión, taquicardia, anasarca, ansiedad y letargo.

NUTRICIÓN:

come 3 veces al día en adecuada cantidad y calidad, consume leche 3/7, carne de puerco 1/7, carne de res 2/7, pollo 2/7, verduras 2/7

ELIMINACIÓN:

Excretas: 1 a 2 veces por día

Orina: Anuria <100ml amarilla turbia concentrada.

ASPECTOS ESPIRITUALES, SISTEMA DE CREENCIAS Y VALORES:

De religión católica inculcada por sus padres, aferra su fe a la imagen de la virgen de Guadalupe, refuerza sus creencias acudiendo a misa los días domingos buscando apoyo espiritual.

CAMPO FENOMÈNICO DEL PACIENTE

Es una mujer resignada, trata de afrontar la realidad de su padecimiento y los múltiples tratamientos a los cuales ha sido sometida.

No realiza ninguna terapia ocupacional, comenta que al inicio de su padecimiento presentó profunda tristeza por la pérdida de la libertad a su corta edad, sin embargo, debido a su disciplina se ha adaptado a su realidad con esta enfermedad

Mantiene una preocupación constante por el proceso de donación que le realizó su madre por el miedo a que sufra el mismo proceso que ella está viviendo

ASPECTOS SOCIALES:

Vive en casa de sus padres,

Tiene una amiga de Ometepec quien la visita no a menudo, mantienen comunicación por medio de las redes sociales.

Su mamá es quien la acompaña a sus sesiones de hemodiálisis.

COMUNICACIÓN:

Tiene buena relación con sus padres, sus hermanos mantienen comunicación con ella por vía telefónica

MANEJO PSICOLÒGICO DEL ESTRÉS:

Colabora con las labores del hogar, apoya con el cuidado de su abuela de 90 años de edad.

Historia clínica		
Nombre: Araceli R.A	Sexo: Femenino	Edad: 31 años.
Domicilio actual: Acapulco de Juárez Guerrero		Fecha de ingreso: 06- marzo-2021
Lugar de origen: Acapulco de Juárez, Guerrero		Escolaridad: preparatoria
Estado civil: Soltera	Grupo sanguíneo y RH: O positivo	Ocupación: Ama de casa
Religión: Católica	Tipo de interrogatorio: directo	
Diagnóstico de ingreso: ERC		
Antecedentes heredofamiliares		
<ul style="list-style-type: none"> • abuelo paterno, finado, 60 años, causas accidentales. • Abuela paterna, finada de 58 años, causas naturales • Abuelo materno, finado, 82 años, causas naturales • Abuela materna, viva, 90 años, sana. • Padre: vive, aparentemente sano. • Madre: Vive, aparentemente sana. • Hermanos: 2 viven 		
Antecedentes personales no patológicos		
<p>Habita en casa propia elaborada con materiales perdurables, cuenta con agua, luz y drenaje; 3 cuartos en donde habitan 4 personas baño diario con cambio de ropa, aseo bucal 2 veces al día, come 3 veces al día en adecuada cantidad y calidad, consume leche 3/7, carne de puerco 1/7, carne de res 2/7, pollo 2/7, verduras 2/7. Esquema de vacunación completa. tabaquismo ocasionalmente, alcoholismo negativo, toxicomanías negativas,</p>		
Antecedentes gineco-obstetricos		
Menarca: 13 años Duración: 5 días irregular G:0 P:0 C:0 A:0 VSA: 19 años método de planificación familiar: de barrera Número de parejas sexuales: 2 Citología cervical: sin datos de malignidad en última prueba Hemorragia vaginal a los 17 años, desconoce causas y tratamiento		

Antecedentes personales patológicos

- Enfermedades propias de la infancia: sarampión, varicela, no referidas
- Enfermedades crónicas degenerativas: HAS desde los 18 años, tratadas con:
 1. Prazocina 1mg C/8hrs
 2. Carvedilol 6.25 mg C/24hrs
 3. Iversartan 150 mg C/12 hrs
 4. Nifedipino 30 mg C/12 hrs
- Quirúrgicos,
 - biopsias de riñón a los 18 años
 - biopsia de hígado a los 20 años
 - trasplante de renal izquierdo a los 21 años por su mamá (funcional por 9 años)
 1. eritropoyetina 4000 ui IV C/ER días
 2. prednisona 5mg C/24hrs
 3. ácido fólico 1tab diaria
 4. furosemide 40mg c/24hrs
 - colocación de catéter permacath para hemodiálisis, por azoemia.
- Fistula Arterio-Venosa (FAVI) para diálisis en región braquial.
- Traumáticos: interrogados y negados
- Alergias: Negadas
- Transfusionales: múltiples trasfusiones por antecedentes de anemia aplastica

Prueba	Resultado	Valor de referencia
Electrolitos de 4		
Sodio (NA ⁺)	140 mmol/L	137 - 145
Potasio (K ⁺)	6.3 mmol/L	3.5 - 5.1
Cloro sérico	106.0 mmol/L	98.0 - 107.0
Química sanguínea		
Glucosa	104.0 mg/dL	74.0 – 110
Urea	257.0	15.0 – 36.0
Creatinina sérica	14.10	0.70 – 1.20
Ácido úrico	5.6	2.5 – 6.5
Colesterol total	168	145 – 200
Triglicéridos	141	65 – 170
Nitrógeno ureico	120.7	5.0 – 24.0
Proteína C reactiva ultrasensible	5.00	3.00 – 8.00
Biometría hemática		
Leucocitos	6.23 x10 ³ /uL	4.50 – 10.00
Eritrocitos	2.37 x10 ⁶ /uL	3.50 – 5.40
Hemoglobina	7.52 gr/dl	10.50 – 14.00
Hematocrito	26.40 %	32.00 – 42.00
Plaquetas	130 x10 ³ /uL	150 - 450
Tiempos perfil		
Tiempo de protombina	16.0 seg	11.0 – 14.0
Tiempo de trombolastina parcial	45.1 seg	20.0 – 40.0

7.2 Diagnósticos de enfermería según el caso

De los datos obtenidos en la valoración y la revisión de la historia clínica, surgen los diagnósticos enfermeros reales y potenciales, por lo cual se utilizó la taxonomía NANDA de acuerdo a esto se eligieron los siguientes diagnósticos de enfermería.

Signos y síntomas	Dominio alterado	Clase	Diagnóstico de enfermería
-------------------	------------------	-------	---------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Edema • Hipertensión • Ansiedad • Temor 	2 Nutrición	5 Hidratación	00026 Exceso de volumen de líquidos.
	11 Seguridad/protección	1 Infección	00004 Riesgo de infección
	9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés	2 Respuesta de afrentamiento	00147 Ansiedad ante la muerte

7.3 Planificación de intervenciones

7.4 Ejecución de intervenciones

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 2 Nutrición		CLASE: 5 Hidratación																	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVECIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN	EVALUACION (NOC) PUNTUACIÓN DIANA															
00026 Exceso de volumen de líquidos DEFINICIÓN: Incremento en la retención de líquido isotónico FACTORES RELACIONADOS: <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de los mecanismos reguladores • Exceso de aporte de líquidos CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la presión arterial • Alteración del patrón respiratorio • Anasarca • Aumento de peso en un corto periodo de tiempo • Azoemia • Edema 	Equilibrio hídrico (0601)	(2080) Manejo de líquidos/electrolitos	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	M:4 A: 12 060101 <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> 060112 <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> 060118 <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1	2		3	4	5													
	1	2		3	4	5													
	1	2		3	4	5													
DOMINIO II: Salud fisiológica CLASE G: líquidos y electrolitos DEFINICIÓN: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares INDICADORES: (060101) presión arterial (060112) Edema periférico (060118) Electrolitos séricos	DEFINICIÓN: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos DOMINIO 2: fisiológico complejo CLASE G: Control de electrolitos y acido básico ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos. • Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados. • Proceder a la restricción de líquidos si es oportuno. • Administrar diuréticos prescritos según corresponda. • Preparar a paciente para hemodiálisis. 																		

DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés		CLASE 2: respuestas de afrontamiento												
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN	EVALUACION (NOC) PUNTUACIÓN DIANA										
<p>(00147) ansiedad ante la muerte</p> <p>DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocado por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticipación de sufrimiento • Confrontación con la realidad de una enfermedad terminal. • Percepción de inminencia de la muerte <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • impotencia • Temor al sufrimiento relacionado con la agonía. • Tristeza profunda 	<p>(1404) autocontrol del miedo</p> <p>DOMINIO III: Salud psicosocial</p> <p>CLASE O: autocontrol</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable</p> <p>INDICADORES: (140403) busca información para reducir el miedo (140407) utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo</p>	<p>(5270) Apoyo emocional</p> <p>DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión</p> <p>DOMINIO 3: Conductual</p> <p>CLASE R: ayuda para el afrontamiento</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar con el paciente que le ha desencadenado las emociones • Realizar un acompañamiento en su proceso de enfermedad. • Administrarle en horarios oportunos los ansiolíticos que disminuyan su estado ansioso. • Vigilancia continua para evitar acciones que comprometan su estado de salud. 	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>M:4 A: 8</p> <p>140403</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>140407</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5										
1	2	3	4	5										

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA														
DOMINIO 11: Seguridad/protección		CLASE 1: Infección												
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</u>	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVECIONES DE ENFERMERIA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN	EVALUACION (NOC) PUNTUACIÓN DIANA										
<p>(00004) Riesgo de infección</p> <p>DEFINICIÓN: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos invasivos (sesiones de hemodiálisis) 	<p>(1102) control del riesgo</p> <p>DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>CLASE T: Control del riesgo</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables</p> <p>INDICADORES: (190208) modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (190220) identifica los factores de riesgo</p>	<p>(6540) control de infecciones</p> <p>DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos</p> <p>CAMPO 4: seguridad</p> <p>CLASE IV: Control de riesgo</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. • Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas. • Enseñar al personal de cuidados el correcto lavado de manos. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados con el paciente. • Mantener un ambiente aséptico optimo mientras se realiza el procedimiento de conexión y desconexión de paciente a la máquina de hemodiálisis. • Administración profiláctica de antibióticos cuando sea adecuada • Instruir al paciente y la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador. 	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>M:4 A:8</p> <p>190208</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>190220</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5										
1	2	3	4	5										

7.5 Evaluación

Los 10 procesos caritas de cuidado

En el **PCC1**: la empatía fue el valor que más se puso en práctica para el cuidado de la paciente con ERC, se logró establecer una conexión rápida y así se creó un ambiente de confianza entre enfermera-paciente.

EI PCC2: se optó por escuchar sus creencias y apoyarla en lecturas bíblicas, reforzando con esto su arraigo a su religión y a la esperanza de la mejora en su salud.

PCC3: se educó a la paciente sobre la importancia de su autocuidado y el alto valor que tienen para prolongar la evolución del padecimiento

PCC4: Implementé estrategias de comunicación basada en la plática de las actividades diarias, gustos, costumbres, etc. Para fortalecer el vínculo enfermera-paciente.

PCC5: Se entabló una conversación analizando las expresiones y ayudándole a formar un pensamiento crítico que de valor a sus pensamientos

PCC6: Se desarrollaron técnicas de actuación rápida para las complicaciones frecuentes que desarrolla, como: relajación, cambios de posición, etc

PCC7: Empatice en todo momento con mi paciente y su enfermedad buscando comprender las expectativas que el buscaba en mi persona como profesional de salud.

PCC8: Se mantuvieron en todo momento la implementación de los indicadores de calidad, y se capacitó a los familiares sobre estos

PCC9: Proporcioné cuidados básicos para mantener la dignidad y bienestar que mi paciente requería.

PCC10: se le proporcionó apoyo emocional buscando causa-efecto de su padecimiento, buscando la aceptación de la evolución y desenlace de la enfermedad

8. PLAN DE ALTA

El plan de alta de enfermería es un documento importante que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador.

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se sugiere seguir las instrucciones dadas por el especialista. Tomando en cuenta las restricciones y la importancia de mantenerlas en casa.
Indicaciones de uso seguro de medicamentos	<p>El paciente tendrá que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previo a la toma de sus medicamentos para sus padecimientos crónicos, realice una valoración de su presión arterial y glicemia capilar. • No suspender el tratamiento. • No auto medicarse. • Tomar sus medicamentos en los horarios indicados por su médico tratante.
Actividades/ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Evite el sedentarismo • Realice ejercicio de 10 a 15 minutos al día. • Ejercicios pasivos

Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Limpieza e hidratación de la piel • Cepillado de dientes • Mantener la higiene íntima • Mantener ropa cómoda y limpia
Identificación de signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda información necesaria para poder identificar signos de alarma, que hacer y cuando acudir al médico.

9. CONCLUSIONES

Se logró administrar cuidados de enfermería a través del “caring” a una paciente con ERC. Para lograr esto se utilizaron los 10 procesos caritas de cuidado los cuales fueron propuestos por la teórica Jean Watson, el reconocimiento del propio ser espiritual de la enfermera fue imprescindible para abordar el plano fenomenológico de la otra persona y que esta iniciara el camino a la aceptación de la salud-enfermedad y vida-muerte.

Implementar el proceso de atención de enfermera, utilizando la teoría del cuidado transpersonal permite desarrollar una conciencia de cuidado y establecer una relación sólida de ayuda-confianza a través de los 10 procesos de cuidado del “caring”, lo cual facilita que la paciente con ERC alcance un notable grado de armonía en su mente, su cuerpo y su espíritu.

La incorporación de los 10 procesos del cuidado del caring, en el plan de cuidado de enfermería transpersonal, de la paciente con ERC, implica que el profesional de enfermería desarrolle valores humanos esenciales y se reconozca como un ser espiritual y de ayuda.

BIBLIOGRAFIA

- Amaro, M. (2004). *Revista cubana de enfermería*. Obtenido de Comisión Nacional de Ética y Bioética en Enfermería: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010
- Burgos, M., & et.al. (2009). *Enfermería como profesión, artículo de opinión* . Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010
- Evangelista, C. (2020). *Análisis de la teoría de Jean Watson de acuerdo con el modelo Chinn y Kramer*. Obtenido de revista de enfermería referencia: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388265454015/html/index.html>
- Foster, C. (2010). *Manual Washington de terapéutica médica* . barcelona : Copyright.
- foster-et.al., C. (2011). *Manual de Washington de terapèutica mèdica*. Barcelona: copyright.
- GPC. (2019). *La Enfermedad Renal Crónica (ERC)*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GER.pdf>
- Guerrero-Ramirez, R. (2016). *cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*.
- Hernández, f. (2018). *Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente*. Obtenido de <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/5844/3242>
- Izquierdo, E. (2015). *Enfermería: como teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153f.pdf>
- KDIGO. (2012). *Kidney Disease Improving Global Outcomes* . Obtenido de https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
- lorenzo, & et.al. (s.f.). *Enfermedad Renal Crónica*. Obtenido de revista Nefrología al día : www.nefrologiaaldia.org/136.
- Martínez, T. (2016). *evaluación de la calidad de la atención de enfermería en la clínica internacional Trinidad*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf162f.pdf>

- NANDA-I. (2018-2020). En *Diagnosticos de enfermeria 11° edicion* (pág. 86). Barcelona: Mc Graw- Hill Interamericana.
- NANDA-I. (2018-2020). *Diagnosticos de enfermeria 11° edicion* . Madrid.
- NANDA-I. (2018-2020). *Diagnosticos enfermeros*. Barcelona : Elsevier .
- Naranjo, Y., & et.al. (2018). *Proceso Atencion de Enfermeria desde la perspectiva docente*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2018/amc186n.pdf>
- Olea, C., & et.al. (2012). *modelo de cuidado de enfermeria para la mujer con cancer de mama a traves de la integraciòn de la dimensiòn espiritual* . Obtenido de <http://www.index-f.com/ene/6pdf/6307.pdf>
- Ponti, L., & al, e. (2017). *Conocimientos y dificultades del proceso de atencion de enfermeria en la practica*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400007
- publica, S. (julio de 2013). *Proceso de atencion de enfermeria*. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- Raile, M., & et.al. (2011). *modelo y teorias en enfermeria* . Barcelona : Elsevier .
- Raile, M., & et.al. (2011). *modelos y teorias en enfermeria*. Barcelona: Elsevier.
- Ramirez, E. (2016). *Proceso de enfermeria; lo que si es y lo que no es* . Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00071.pdf>
- Ramirez, R. G., & al., e. (2015). *cuidado humanizado de enfermeria segun la teoria de jean watson, servicio de medicina del hospital Daniel Alcides carrion*. Obtenido de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- Ramirez-Elias.A. (2018). Obtenido de *Enfermeria universitaria*: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>
- Real Academia Española* . (2014). Obtenido de <https://dle.rae.es/profesi%C3%B3n>
- Roldan A, e. a. (septiembre de 1999). *investigacion y educacion en enfermeria* . Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331980>

10. GLOSARIO DE TERMINOS

11. ANEXO