

POSGRADO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS
GENERACIÓN 2019-2020

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE TERCERA
GENERACIÓN A PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
POSITIVO A COVID19, EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE ACAPULCO GRO.”

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

PRESENTA:

Alumno: LIC.ENF. Jessica Jazmín Ramos Ramos

Director de trabajo de investigación interno
Dra. Norma Angelica Bernal Pérez Tejada
Co Director de trabajo de investigación
M.C.E. Miguel Angel Cuevas Budarth

LGAC: calidad de los procesos del cuidado intensivo al paciente en estado crítico

Grupo Disciplinar: Gestión y Docencia en Enfermería.
Fecha: julio 2020

Contenido

II. INTRODUCCIÓN	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. OBJETIVOS	8
4.1. General	8
4.2 Específicos.....	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	13
6.1. Enfermería como profesión disciplinaria	13
6.2. El cuidado como objeto de estudio.....	13
6.3. Proceso atención de enfermería.....	14
6.3.1 Primera generación del proceso enfermero	15
6.3.2 Segunda generación del proceso enfermero	17
6.3.4 Tercera generación del proceso enfermero.....	19
6.4. Modelo teórico utilizado para elaboración del PAE.....	22
6.2.1. Elementos fundamentales del modelo utilizado	23
6.5. Etapas del proceso atención de enfermería	27
6.5.1. Valoración.....	27
6.5.2. Diagnostico	28
6.5.3. Planeación	28
6.5.4. Implementación	28
6.5.5. Evaluación	28
6.5.6 Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC.....	29
6.5.7 Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería.....	30
6.6.1. Problemática de salud de la persona.....	30
6.6.2 SARS COV2(COVID19)	35
6.6.3. Manifestaciones clínicas de la COVID-19 en paciente con ERC.....	39
6.6.4 Recomendaciones para pacientes en hemodiálisis con covid-19.....	39
VII. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	41
VIII. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	42
8.1. Valoración clínica del sujeto de cuidado	42

8.2. Diagnóstico de enfermería paciente con ERC positivo a COVID 1943

8.3. Planificación de intervenciones.....44

8.4. planes de cuidados.....45

IX. PLAN DE ALTA.....57

X. CONCLUSIONES.....58

XI. BIBLIOGRAFIA.....59

XII. ANEXO (instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.)
.....61

II. INTRODUCCIÓN

A finales de 2019, las autoridades de la República Popular China comunicaron a la Organización Mundial de la Salud varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Más tarde se comprobó que se trataba de una infección ocasionada por un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2. Este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta neumonías graves con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. (de Armas Gil)

La aparición de una pandemia como esta, ha obligado a prestar atención especial a grupos vulnerables de la población, y entre ellos están aquellos con enfermedad renal crónica (ERC), especialmente los pacientes en hemodiálisis. Es importante tener en cuenta que la presencia de enfermedad renal previa a la infección representa un mayor riesgo de deterioro del paciente. Los pacientes en hemodiálisis son un grupo de alta vulnerabilidad, no solo por la insuficiencia renal, también porque la gran mayoría presentan otras múltiples comorbilidades. (de Armas Gil).

El profesional de enfermería, así como el equipo multidisciplinario, debemos asegurar el bienestar psicosocial del paciente renal manteniendo la esperanza, la seguridad, la calma y la conexión social en cada una de las intervenciones que se realicen, ya que una adecuada atención a estos aspectos ayudará a disminuir la angustia, el miedo y la ansiedad por la situación de aislamiento y evitará posibles complicaciones tras la pandemia.

Actualmente en medio de la pandemia la enfermera tiene grandes retos, en el cuidado y la preservación de la salud de la población. Siendo este el objetivo este trabajo tiene como finalidad realizar proceso atención enfermería de tercera generación, a un paciente con enfermedad renal crónica positivo a SARS cov2, en el hospital general ISSSTE Acapulco gro.

Con enfoque en la teórica Marjory Gordon autora de los 11 patrones funcionales. Emplear los patrones funcionales para realizar un proceso de atención de Enfermería resulta muy beneficioso, ya que permite identificar e integrar condiciones alteradas más allá de los datos objetivos nos permite valorar aquellos datos subjetivos y valorar de forma holística, con la finalidad de crear un plan de cuidados basado en evidencia científica.

III. JUSTIFICACIÓN

Recientemente el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de China publicó un artículo de 44.672 casos de infección por COVID19 donde determinan los factores de riesgo para mortalidad: edad mayor a 60 años (26,4%), enfermedades cardiovasculares (10,5%), diabetes mellitus (7,3%), hipertensión arterial (6%) y enfermedades pulmonares crónicas (6,3%). Entre las más frecuentes de nuestros pacientes, se encuentra la enfermedad renal crónica. (Santiago Ausecha)

La enfermedad renal crónica es una enfermedad que impacta y cambia el estilo de vida de forma irreversible, debido a la repercusión en la salud física, psicológica, social y económica. Esto los lleva a depender en la etapa terminal de tratamiento sustitutivo renal. La hemodiálisis es un procedimiento invasivo, de sustitución de la función renal, que permite extraer los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal, a través de una máquina y filtro especiales de manera extracorpórea. (Sánchez Hernández)

Los pacientes con ERC combinan una fragilidad intrínseca y una carga muy frecuente de comorbilidades; en el caso de los pacientes en hemodiálisis crónica ambulatoria (HD), el aislamiento social derivado al COVID19 y las complicaciones que pueden presentar. Es de suma importancia crear un plan de enfermería para identificar aquellas respuestas humanas alteradas y por medio de las intervenciones mejorar el proceso de la enfermedad.

El Proceso de Atención de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería para el mejoramiento de la salud de los individuos, familias o comunidad, está integrado por 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. (B.A.)

consideró emplear la teoría de Marjory Gordon, ya que cada patrón es una expresión de integración psicosocial; los patrones funcionales, de acuerdo con estos planteamientos, están influidos por factores biológicos, culturales, sociales y espirituales.

Además, que se basa en valorar alteraciones de salud que afectan al individuo y su uso brinda una valoración de enfermería organizada y planificada para conseguir datos subjetivos y objetivos del paciente los mismos que ayudan a establecer los diagnósticos enfermeros ya sean reales o potenciales.

IV. OBJETIVOS

4.1. General

- Implementar el Proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación, a un a paciente con enfermedad renal crónica positivo a COVID19 basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon, en la unidad de hemodiálisis del hospital general ISSSTE Acapulco gro.

4.2 Específicos

- crear un proceso Atención de Enfermería de Tercera Generación, a un a paciente con enfermedad renal crónica positivo a COVID19 basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon, en la unidad de hemodiálisis del hospital general ISSSTE Acapulco Gro.
- Valorar los patrones funcionales de Marjory Gordon, que resulten con alteración en el paciente con enfermedad renal crónica positiva a covid19 en la unidad de hemodiálisis del hospital general ISSSTE Acapulco.
- Describir los patrones funcionales de Marjory Gordon, que resulten con alteración en el paciente con enfermedad renal crónica positiva a covid19 en la unidad de hemodiálisis del hospital general ISSSTE Acapulco.
- Aplicar intervenciones de enfermería específicas en el cuidado, para mejorar la salud de un paciente con enfermedad renal crónica positivo a covid19, en el hospital general ISSSTE Acapulco.

- Evaluar el plan de cuidado, emitir un juicio sobre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

V. METODOLOGÍA

El proceso atención enfermería (PAE) Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. (Johnson Marion, 2001)

Población:

Paciente con ERC positivo a covid19 en tratamiento de hemodiálisis.

Participantes:

Alumna de la especialidad de cuidados intensivos

Lugar:

Hospital general del ISSSTE, Acapulco guerrero.

Como instrumento de valoración se utilizaran los patrones Funcionales de Marjory Gordon estos aportan una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. (Suarez).

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud.

Patrón 2: Nutricional-metabólico.

Patrón 3: Eliminación.

Patrón 4: Actividad-ejercicio.

Patrón 5: Sueño-descanso.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.

Patrón 8: Rol-relaciones.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción.

Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores-creencias.

Una vez realizada la valoración de los datos extraídos de cada patrón funcional, se identificará el diagnóstico enfermero que coincide con la situación analizada y la existencia de factores relacionados o de riesgo coincidentes con el diagnóstico.

Se utilizarán para esta fase los diagnósticos aprobados por la NANDA, con todas sus características. Se utilizará la distribución de los diagnósticos de enfermería de la NANDA agrupados por patrones funcionales. Debe existir una relación entre los factores relacionados o de riesgo y los datos de valoración obtenidos.

La NOC o clasificación de resultados de enfermería nos ayudara a hacer referencia a la clasificación de resultados. La NOC trata de dotar a la enfermería de un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resulten de las intervenciones.

Con los diagnósticos enfermeros y los factores relacionados o de riesgo correspondientes, se identificarán las intervenciones enfermeras que actuarán para

corregir la situación disfuncional detectada. Para esta fase, se utilizará el sistema de clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

Después de valorar, diagnosticar, planear, ejecutar las intervenciones, evaluar es la última etapa del proceso, emitiremos un juicio sobre las acciones, y evaluaremos si estas nos ayudaron con los objetivos deseados. De no ser favorables reevaluaremos a nuestro paciente.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Enfermería como profesión disciplinaria.

Enfermería es la ciencia y el arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano. La enfermería ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el autocuidado de la salud, así como, a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto, Enfermería es la ciencia del cuidado basado en: el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla. (secretaría de salud, 2011)

En la actualidad la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación. En su vertiente asistencial recientemente se han producido importantes cambios, pasando de ejercer el cuidado basado en el empirismo y las creencias a llevar a cabo una enfermería basada en la evidencia. En su función docente se responsabiliza de la formación de sus propios profesionales; y asume la gestión, organizando y dirigiendo los servicios de enfermería. (CTO, 2018)

6.2. El cuidado como objeto de estudio

El cuidado una actividad indispensable para la supervivencia, y constituye una función primordial para promover el desarrollo de todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. Las acciones del cuidado se refieren a aquellas actividades que ejecuta el personal de enfermería, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad que, en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad. (secretaría de salud, 2011)

6.3. Proceso atención de enfermería

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. (secretaría de salud, 2011).

El proceso enfermero (PE) representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, este ha evolucionado a una tercera generación, cuyo enfoque recae en los resultados, los esperados y los obtenidos finalmente y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada; actualmente se consideran así a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Enfermería se ha transitado por tres paradigmas que han configurado este actuar, el paradigma de categorización (1860-1950), el de integración (1950-1975) y finalmente el de transformación (a partir de 1975) , cada uno de ellos implicó un cambio en la concepción del metaparadigma de enfermería y ha fomentado la estructuración de su metodología, así como de su enfoque en tres generaciones. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

6.3.1 Primera generación del proceso enfermero

La primera generación del PE se desarrolló a finales del paradigma de categorización, entre los años ~ de 1950 y 1970, se retoman las orientaciones de dicho paradigma, una de ellas, se centró en la salud pública y la otra en la enfermedad. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

La orientación dirigida a la salud pública se caracterizó por la necesidad de aplicar principios de higiene en el entorno, el principal hacer de enfermería se basaba en proporcionar al individuo un «entorno favorable» que promoviera la restauración o mantenimiento de la salud, principios que ya estaban presentes desde Nightingale quien posterior a la guerra de Crimea en Inglaterra determinó que un entorno provisto de aire fresco, limpieza, luz, agua pura, tranquilidad y dieta adecuada eran factores que mejoraban el entorno y por ende la salubridad. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

En tal contexto el metaparadigma de enfermería consideraba a la persona como un ser capaz de modificar por sí mismo su entorno, al entorno como aquellos elementos ajenos a la persona que podían servir para la recuperación y prevención de la enfermedad, a la salud que involucra la voluntad que el individuo debía de poner a disposición del entorno, para que este provocara un efecto de curación y finalmente el cuidado era considerado como las intervenciones realizadas por enfermería, las cuales eran aprendidas de los médicos, para proporcionar un entorno adecuado que permitiera recuperar la salud. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Por su parte, la orientación del paradigma de categorización dirigida a la enfermedad se estableció a finales del siglo XIX, el hacer de la enfermería se enfocaba en el problema específico del individuo, puesto que este era visto como alguien que se desenvolvía de manera independiente en su entorno, en la sociedad

y en su cultura, la enfermedad se reducía a una «causa única», (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

por tanto, el metaparadigma de enfermería consideraba a la persona como un ser con múltiples partes que interactúan de manera simultánea, pero no entre sí, además de no ser capaz de realizar un autocuidado, el entorno podía ser manipulado o controlado y, no tenía relación alguna con la persona, la salud simplemente era la ausencia de la enfermedad y el cuidado era aquel proporcionado por personal de enfermería, quienes tenían habilidades que suplían los déficits del individuo. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

De acuerdo al orden que se ha seguido, el inicio del desarrollo del PE se remonta al año de 1950, cuando un grupo de académicas-teóricas señalan la importancia de que la actuación de enfermería debía sustentarse científicamente para mantenerse como profesión y no guiarse únicamente por el método del médico, hacia 1955 Hall consideró por primera vez la actuación de enfermería como un «proceso», centrado en el cuidado de una serie de clientes durante 24 h al día, como parte de este se aplicaban conocimientos que permitían el desarrollo de planes de cuidados. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Con base en esto, con el paso del tiempo y las aportaciones de otras teóricas de enfermería se establecieron las primeras etapas de dicho proceso. Hacia los años de 1959, 1961 y 1963 Jhonson, Orlando y Wiedenbach, cada uno en su momento, consideraron que este proceso constaba de tres etapas; valoración, planeación y ejecución, puesto que la enfermería identificaba la ayuda necesaria, la planeaba y la prestaba. Finalmente, en 1967 Yura y Walch describieron cuatro fases, agregan una a las ya mencionadas, al referir que se verificaban los resultados obtenidos

(evaluación) por el mismo profesional de enfermería. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Este desarrollo hace evidente que esta generación del PE se dirigía al problema de salud específico y al proceso para resolverlo, la competencia del personal se medía de acuerdo a la eficiencia con que se aplicaban cuidados que promovieran la recuperación del individuo bajo el mando médico, se producía así un reduccionismo en el juicio clínico al limitar a enfermería únicamente a la ejecución de un alto número de actividades, carentes en todo momento de un actuar basado en la prevención de enfermedades y la educación para la salud, puesto que se excluía de la recepción de cuidados a cualquier individuo que se encontrara cursando un proceso fisiológico normal. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

6.3.2 Segunda generación del proceso enfermero

Los inicios de esta generación del PE se ubican en los años ~ comprendidos entre 1970 y 1990, una vez transcurrido el paradigma de integración y comenzado el auge del paradigma de transformación. En este periodo enfermería debía considerar cómo se producía el fenómeno para poder comprenderlo y explicarlo, es así como el metaparadigma retoma a la persona como un ser integral formado por la suma de partes que en todo momento interactuaban entre sí. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

se reconoce que la persona buscaba mantener su salud y bienestar, el entorno suponía la interacción constante de diversas situaciones que rodean a la persona, así como la capacidad de la misma para adaptarse a esta, la salud perdió subordinación de la enfermedad y adquirió una identidad propia que la hacía un estado ideal de bienestar para el individuo. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

El cuidado se orientó por una visión «integral», puesto que se enfocaba en todas las dimensiones de la persona. En conclusión, el PE se ve establecido cuando Bloch en 1974, Roy en 1975, Mundinger y Jauronen en 1975, Aspinall en 1976 y algunos autores más, añadieron ~ la etapa del diagnóstico al definir y justificarla existencia de un juicio clínico de enfermería que hacía explícito el problema existente; de ahí la conformación del PE con las cinco etapas que actualmente conocemos, por otra parte, las investigaciones en el ámbito de enfermería comienzan a elaborarse alrededor del objeto de cuidado y surgen los primeros modelos conceptuales del cuidado de enfermería que completan la formación de los profesionales, como los establecidos por Orem, Henderson, Peplau, King, Roy y Allen . (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Con las fases ya establecidas del PE se reveló el interés por comprender la naturaleza del diagnóstico, dado que este contempla el razonamiento clínico para emitir los mejores juicios, con el fin de guiar sus intervenciones. El PE se hace acreedor de diversas definiciones, sin embargo, las propuestas por Marriner en 1983 y Alfaro en 1999 continúan considerándose como relevantes al definirlo como la «aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería», o como un «método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en resultados esperados de forma eficiente». (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Enmarcado en los sucesos acontecidos durante estas fechas y con el evidente impacto de la globalización en las disciplinas, la segunda generación del proceso enfermero se caracterizó por centrarse en el diagnóstico, el razonamiento clínico y el actuar de enfermería con un enfoque hacia la persona, también en esta fase se identifica la búsqueda de autonomía, puesto que esta no se limitaba a las acciones dependientes del médico y su educación se basaba en necesidades propias de la disciplina. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Sus bases se establecen en 1973 cuando el National Conference Group, un grupo de profesionales creado en la Primera Conferencia Nacional de Clasificación de Diagnósticos de Enfermería en San Luis, Misuri, EE. UU., muestra un alto interés respecto a estandarizar el lenguaje con base en los juicios clínicos emitidos por enfermería, de allí que otra característica fundamental de esta generación haya sido el inicio de los esfuerzos dirigidos a incorporar en esta metodología la creación de elementos estandarizados, para dar un orden al lenguaje de la disciplina con la creación de taxonomías que se enfocaran en la identificación de los juicios clínicos emitidos por los profesionales, así como de los principales cuidados e intervenciones aplicadas por estos mismos. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

6.3.4 Tercera generación del proceso enfermero

Desde hace poco más de dos décadas, Pesut y Herman propusieron la existencia de una tercera generación en el desarrollo del PE, resultado de los cambios en el paradigma y la consolidación del mismo método de enfermería en los sistemas de salud, en la sociedad y los medios educativos; en este sobresale, entre otras cosas, la importancia de ciertas habilidades metacognoscitivas en el profesional de enfermería. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

A partir de 1975 y como resultado de la interacción de la ciencia de enfermería con el mundo se instaura el paradigma de transformación, el cual plantea que cada suceso del ámbito de enfermería es único e irrepetible, los cuidados dejan de considerarse producto empírico o necesidades ocasionales y se transforman en actividades altamente complejas por la constante interacción humana, la enfermería comienza a crear posibilidades de «desarrollo propio» para beneficiar a la persona bajo su cuidado y comienza a incursionar en procesos de investigación. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

En el metaparadigma; la persona es vista como un ser indisoluble de su entorno, el cual es más que la simple suma de partes, posee un autovalor y autovalor de acuerdo con las experiencias vividas, al mismo tiempo que orienta su autocuidado según sus preferencias, el entorno por fin es considerado como «ilimitado» y está conformado por todo el universo que rodea a la persona. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Este mismo se torna en constante cambio, la salud deja de ser simplemente la comodidad y se convierte en un estado de bienestar y realización personal que va más allá de la ausencia de enfermedad, se torna como una experiencia de vida personal y finalmente, el cuidado adquiere una orientación innovadora guiada por conocimientos científicos resultante de las mismas investigaciones profesionales, además de que se basa en la comprensión y guía a la persona más allá de lo tangible; la enfermera(o) cuida, e identifica, de manera previa, procesos, problemas y establece resultados concretos que se esperarían en cada persona, además de contrastar sus intervenciones con estos mismos resultados. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Dadas las condiciones que anteceden, Pesut señala que la tercera generación del PE se desarrolla una vez instaurado por completo dicho paradigma, a partir del año de 1990. La implementación de dicha generación al brindar cuidados supone la enorme capacidad del profesional de enfermería para aplicar habilidades críticas, metacognoscitivas y de pensamiento crítico, que de acuerdo con Alfaro suponen una mayor complejidad, puesto que desarrollarlas implica pensar cuidadosamente en los beneficios obtenidos al enfocar el cuidado en los resultados de enfermería actuales, los esperados y los obtenidos realmente. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Este énfasis de la tercera generación del PE en los «resultados» surgió con el interés de las instituciones de salud y educativas de identificar y medir los resultados de los pacientes influenciados por el cuidado de enfermería.

Al ser presentados específicamente como resultados, adquieren una amplia gama de conceptos o variables que pueden medirse en cualquier punto a lo largo de un periodo, de cualquier forma, desde lo más negativo a lo más positivo, reflejan concepciones, condiciones, o conductas reales que puede adoptar el individuo, familia, grupo o comunidad.

A diferencia de los «objetivos» que planteaban alcanzarse en la primera y segunda generación del PE, los cuales se limitaban a que se cumpliera o no el mejoramiento en el estado de salud, históricamente la (el) enfermera (o) únicamente había escrito declaraciones de objetivos que deseaba lograr con sus pacientes y, quedaba muy lejos de saber cuán próximo o lejano estaba de alcanzar cierto impacto deseado en estos. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016).

La ausencia de cambio en estos resultados brinda al PE de esta generación, la pauta para abordar de distinta manera el problema que impregna al profesional de nuevos saberes en su disciplina con cada cambio. Actualmente enfermería al enfocarse en los resultados favorece el desarrollo de conocimientos propios y asegura la evolución de estándares de cuidados a medida que sus habilidades cognoscitivas aumentan. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Los lenguajes estandarizados de la práctica de enfermería planteados en la segunda generación del PE, por fin se ven consolidados, después de que han recorrido diversas fases: la elaboración de sus clasificaciones, la elaboración de sus taxonomías, su prueba y perfeccionamiento clínico; su uso y mantenimiento en medios hospitalarios y áulicos, como sistemas de clasificación de intervenciones en

1992 y diagnósticos de enfermería en 1994. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Dado el enfoque de esta última generación en los resultados, pronto se comprendió que además de los diagnósticos y las intervenciones, también era necesaria la creación de una clasificación, que documentara los resultados en el paciente derivados de cada intervención, es así como finalmente en 1997 fue publicada la clasificación de resultados de enfermería. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

Conforme a las observaciones anteriores es evidente entonces que la característica fundamental de esta generación del PE sea el uso simultáneo de las taxonomías de enfermería NANDA I, NOC y NIC, las cuales se han convertido en lenguajes reconocidos internacionalmente, que cumplen con criterios establecidos para considerarse como sistemas de clasificación que son aceptadas en el cuidado de enfermería. (González Castillo & Monroy Rojas, 2016)

6.4. Modelo teórico utilizado para elaboración del PAE

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Así contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno. (CTO, 2018).

6.2.1. Elementos fundamentales del modelo utilizado

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud.

Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros.

Incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de esta, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y revisiones periódicas. Se puede iniciar preguntando "¿cómo describiría usted su salud? Incluye alergias, hábitos tóxicos, deseo de abandonar éstos, medidas preventivas habituales como participación en programas de salud y vacunaciones, y adherencia a otros tratamientos.

Patrón 2: Nutricional - metabólico.

Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos.

Describe la lactancia materna y el patrón de alimentación del lactante. Incluye lesiones sobre cualquier lesión cutánea, capacidad de cicatrización y medición de la temperatura, el peso y la talla corporal. También se incluye el aspecto general de bienestar y el estado de la piel, el cabello, las uñas, las membranas mucosas y los dientes.

Patrón 3: Eliminación.

Describe la capacidad del individuo en relación con la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración cutánea) y todos los aspectos relacionados con ella. Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. También incluye cualquier dispositivo usado para el control de la eliminación y su cuidado específico (urostomía, colostomía, pañales absorbentes).

Patrón 4: Actividad-ejercicio.

Describe las capacidades para la movilidad autónoma (encamado/sillón-cama/deambulante) y las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético, tales como las de realizar la higiene general, ponerse y quitarse la ropa, comer, cocinar, comprar, trabajar, hacer las tareas de la casa.

Como también están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio, así como las costumbres de ocio y recreo llevadas a cabo. Si procede, se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo, tales como el déficit neuromuscular, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como el uso correcto de dispositivos de ayuda a la ventilación.

Patrón 5: Sueño y descanso.

El objetivo de valorar este patrón es describir la efectividad del sueño-descanso desde la perspectiva del cliente. La preocupación respecto al sueño sólo aparece cuando éste se hace difícil; de lo contrario, no se le presta atención. Se recogen datos sobre patrón de sueño, descanso y relax habitual a lo largo de las 24 h del día, capacidad para conciliar el sueño, despertares, uso de medicación hipnótica o sedante, pesadillas y otros trastornos del sueño.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual.

Este patrón busca conocer el estado de la capacidad cognitiva del cliente, tanto en sus aspectos más básicos (sensación, percepción, atención y memoria) como los más complejos (pensamiento, lenguaje e inteligencia). Incluye la alteración de la memoria, el estado de conciencia, el funcionamiento de los órganos de los sentidos y la alfabetización.

Patrón 7: Autopercepción y sexualidad y reproducción autoconcepto.

El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general, incluyendo falta de esperanza e ideación suicida. Valora también la postura corporal y el movimiento, así como el contacto visual y los patrones de voz y conversación (lenguaje no verbal). Generalmente la valoración del autoconcepto y la autopercepción no es exacta si el cliente no confía en la enfermera, por ello ésta precisa de crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento.

Patrón 8: Rol y relaciones.

Describe la percepción (satisfacción/insatisfacción) y grado de compromiso con los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales, y las responsabilidades relacionadas con estos roles, incluida la capacidad de obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades y las condiciones de habitabilidad del hogar. Deben obtenerse los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción.

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad; describe el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.

Entiende la sexualidad como la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. Las normas culturales regulan su expresión. Los problemas pueden aparecer cuando se producen discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea.

Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma: métodos anticonceptivos, menarquia y climaterio, número de embarazos y de hijos nacidos vivos. En clientes jóvenes, desarrollo genital y características sexuales secundaria. Se buscan problemas reales o potenciales. Si existen problemas, se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido por esas acciones.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés.

Describe el patrón general de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés (incluido uso de medicamentos, alcohol, o drogas, alteraciones del sueño y el

apetito), sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Patrón 11: Valores y creencias. Describe el patrón de los valores, objetivos y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, las expectativas en cuanto a salud y calidad de vida, y la percepción de conflicto entre los valores, creencias y expectativas y aspectos relacionados con la salud.

6.5. Etapas del proceso atención de enfermería

Para Alfaro (1996) el proceso de enfermería es una forma de pensamientos y acciones que se basan en el método científico, que en la intuición.

6.5.1. Valoración

Se debe utilizar un marco de valoración basado en la evidencia para el diagnóstico enfermero preciso, así como para la atención segura del paciente. también debe representar la disciplina del profesional que lo utiliza, en este caso, el formulario de valoración debe de representar el conocimiento de la disciplina de enfermería.

El llevar a cabo una valoración general requiere competencias específicas para completar con precisión diversos procedimientos para obtener datos, y requiere un alto nivel de habilidad en la comunicación interpersonal. Los pacientes deben sentirse seguros y cómodos.

Una buena valoración de enfermería requiere que se recopile información sobre los diversos sistemas fisiológicos del paciente. Junto con datos psicosociales y espirituales básicos, datos que puedan ayudar a determinar si hay otras respuestas humanas alteradas que indiquen riesgo, o sugieran oportunidades de promoción de la salud. (NANDA-2018-2020)

6.5.2. Diagnostico

Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar. (secretaria de salud, 2011)

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados.

6.5.3. Planeación

Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

6.5.4. Implementación

Etapa en la que se pone en práctica el PLACE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación.

6.5.5. Evaluación

Última fase del proceso, los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden

resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

6.5.6 Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

Nursing Outcomes Classification NOC, Clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

Nursing Interventions Classification NIC clasificación de intervenciones de enfermería. La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta

taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades. Las intervenciones de enfermería pueden ser:

6.5.7 Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería.

Interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

Independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado.

6.6.1. Problemática de salud de la persona.

Insuficiencia Renal Crónica

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos de enfermedad renal. Las guías KDIGO han introducido a los pacientes trasplantados renales, independientemente del grado de fallo renal que presenten. Se consideran marcadores de daño renal:

- Proteinuria elevada
- Alteraciones en el sedimento urinario
- Alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular

- Alteraciones estructurales histológicas
- Alteraciones estructurales en pruebas de imagen

La gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 categorías o grados en función del FG y 3 categorías de albuminuria. Esto es debido a que la proteinuria destaca como el factor pronóstico modificable más potente de progresión de ERC. El deterioro del FG es lo característico de los grados 3-5, no siendo necesaria la presencia de otros signos de daño renal. Sin embargo, en las categorías 1 y 2 se requiere la presencia de otros signos de daño renal.

Manifestaciones clínicas

Cuando la función renal está sólo mínimamente alterada (filtrado glomerular: 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no muestran síntomas urémicos. A medida que la destrucción de las nefronas progresa, disminuye la capacidad de concentración del riñón y para eliminar la carga obligatoria de solutos aumenta la diuresis. (Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V, s.f.)

La poliuria y la nicturia son los primeros síntomas. Cuando el filtrado glomerular cae por debajo de 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias e insomnio. Sin embargo, especialmente cuando la enfermedad renal evoluciona muy lentamente, hay enfermos que persisten prácticamente asintomáticos hasta etapas terminales, con filtrados glomerulares incluso de 10 ml/min o menos.

Diagnóstico y tratamiento

En el diagnóstico de la enfermedad renal crónica deben aplicarse los preceptos generales de la práctica de la medicina interna.

Historia clínica Debe prestarse atención especial a los síntomas urinarios, como nicturia, poliuria, polidipsia, disuria o hematuria. También hay que obtener una

historia completa de enfermedades sistémicas, exposición a tóxicos renales, infecciones y posibles antecedentes familiares de enfermedad renal.

Exploración física Debe registrarse el peso, la talla y posibles malformaciones y trastornos del desarrollo. Obviamente es importante la presión arterial, el examen del fondo de ojo, la exploración del sistema cardiovascular y del tórax, y la palpación abdominal, buscando masas o riñones palpables con contacto lumbar.

Diagnóstico por la imagen La ecografía es una prueba obligada en todos los casos para comprobar primariamente que existen dos riñones, medir su tamaño, analizar su morfología y descartar la obstrucción urinaria. Un tamaño renal pequeño (< 9 cm, según la superficie corporal) indica cronicidad e irreversibilidad de la enfermedad. Un tamaño renal normal favorece el diagnóstico de un proceso agudo.

Sin embargo, la poliquistosis renal, la amiloidosis o la diabetes pueden cursar con riñones de tamaño normal o aumentado. Una diferencia de tamaño superior a 2 cm puede ser debida a alteraciones de la arteria renal, reflujo vesicoureteral o diversos grados y formas de agenesia o hipoplasia renal unilateral. La eco-Doppler es útil en manos experimentadas como primer escalón diagnóstico de la estenosis unilateral o bilateral de la arteria renal.

La urografía intravenosa no está indicada en el diagnóstico de la enfermedad renal crónica, puesto que la información que proporciona es limitada, al no eliminarse contraste, y además éste es nefrotóxico y seguramente precipitará la entrada en diálisis.

La angiografía digital es el estándar de referencia en el diagnóstico de las enfermedades vasculares renales. Tiene el inconveniente de la toxicidad del contraste.

La angiorresonancia magnética (angio-RM) o la angiografía con CO₂ obvian la toxicidad por contraste, pero en esta última hay que tener presente, por ser un procedimiento arterial, el riesgo de enfermedad ateroembólica en pacientes con arteriopatía periférica. Técnicas modernas de angio-RM con intensificación de

imagen ofrecen excelente información del árbol vascular sin necesidad de emplear gadolinio.

Tratamiento

El manejo conservador de la enfermedad renal crónica tiene como principal objetivo prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad. Se trata, fundamentalmente, de instaurar medidas antiproteinúricas.

Antes del manejo dietético y farmacológico de la hipertensión arterial y de la proteinuria, debe hacerse hincapié en unas premisas que no por obvias y repetidas deben dejar de prescribirse y vigilar: Control del peso con dieta y ejercicio acorde.

Suspensión del consumo de tabaco, optimización del perfil lipídico e hidrocarbonado son objetivos del tratamiento. Presión arterial en pacientes con enfermedad renal crónica debe ser $\leq 130/85$ mmHg. En caso de proteinuria > 1 g/24 h debe ser $\leq 125/75$ mmHg. Proteinuria: el objetivo es reducir la proteinuria a $< 0,5$ g/día, e idealmente llevarla a rango microalbuminúrico.

La progresión de la enfermedad renal crónica está más condicionada por factores hemodinámicos y metabólicos que por la actividad de la enfermedad renal primaria.

Existen dos pilares terapéuticos: la dieta de restricción salina y los fármacos renoprotectores. Suelen emplearse varios fármacos, siendo del primer escalón los agentes bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona (RAA).

Dieta de restricción salina una dieta hiposódica razonable (3-6 g/día, es decir, 50-100 mEq de sodio) se consigue con las siguientes recomendaciones: no sazonar, evitar embutidos, alimentos prefabricados, congelados, enlatados o salazones. La dieta rica en sal reduce el efecto antiproteinurico de los bloqueantes del eje RAA.

Bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona Su carácter renoprotector y cardioprotector va más allá del efecto antihipertensivo. Son especialmente eficaces en las nefropatías proteinúricas, siendo la nefropatía diabética el caso más paradigmático.

Reducen la presión intraglomerular, y como consecuencia la proteinuria en un 30-40%. Son más efectivos en pacientes que reciben diuréticos y dieta hiposódica. Es dudoso su efecto renoprotector en casos de enfermedad renal crónica avanzada.

Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II) se consideran igualmente eficaces como antihipertensivos y antiproteinúricos; difieren en que los IECA provocan una considerable incidencia de tos, que limita su empleo. Suelen manejarse las dosis recomendadas como antihipertensivas.

Antagonistas del calcio en casos de hipertensión arterial y/o proteinuria resistente se recomienda la asociación de antagonistas del calcio, preferiblemente no dihidropiridínicos por sus efectos adicionales antiproteinúricos.

Diuréticos Deben emplearse preferentemente diuréticos del asa. Los diuréticos tiazídicos son inefectivos con valores de creatinina sérica superiores a 2 mg/dl. 5.2.

Espironolactona tiene un importante efecto antiproteinúrico, pero no se recomienda su administración por el riesgo de hiperpotasemia en los estadios 3-5 de la enfermedad renal crónica, especialmente cuando se asocian bloqueantes del eje RAA. Su uso requiere una monitorización frecuente.

Bloqueantes α y β No producen dilatación de la arteriola eferente y tienen menos efecto antiproteinúrico.

Estatinas además de mejorar el perfil lipídico, pueden prevenir parcialmente la lesión glomerular. Su indicación como renoprotectores directos aún no está establecida definitivamente.

Como última fase existen dos tratamientos para la insuficiencia renal: diálisis y trasplante de riñón. La diálisis es un tratamiento que elimina los desechos y el agua adicional de la sangre. Se encuentran disponibles dos tipos de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Un trasplante de riñón es una operación que coloca un nuevo riñón dentro del cuerpo. El nuevo riñón servirá para reemplazar el trabajo de los riñones dañados. El nuevo riñón puede provenir de un donante vivo (por lo general un familiar o amigo) o de alguien que murió y deseaba ser un donante de órganos.

6.6.2 SARS COV2(COVID19)

La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China). (OMS, 2020)

El virus puede propagarse a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada por la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o respirar. Las partículas tienen diferentes tamaños, desde las más grandes, llamadas «gotículas respiratorias», hasta las más pequeñas, o «aerosoles».

Los datos disponibles actualmente apuntan a que el virus se propaga principalmente entre personas que están en estrecho contacto, por lo general a menos de un metro (distancia corta). Una persona puede infectarse al inhalar aerosoles o gotículas que contienen virus o que entran en contacto directo con los ojos, la nariz o la boca.

El virus también puede propagarse en espacios interiores mal ventilados y/o concurridos, donde se suelen pasar largos periodos de tiempo. Ello se debe a que los aerosoles permanecen suspendidos en el aire o viajan a distancias superiores a un metro (distancia larga).

También es posible infectarse al tocar superficies contaminadas por el virus y posteriormente tocarse los ojos, la nariz o la boca sin haberse lavado las manos.

Signos y síntomas

Los síntomas más habituales de la COVID-19 son:

- Fiebre
- Tos seca
- Cansancio
- Otros síntomas menos frecuentes y que pueden afectar a algunos pacientes:
 - Pérdida del gusto o el olfato
 - Congestión nasal
 - Conjuntivitis (enrojecimiento ocular)
 - Dolor de garganta
 - Dolor de cabeza
 - Dolores musculares o articulares
 - Diferentes tipos de erupciones cutáneas
 - Náuseas o vómitos
 - Diarrea
 - Escalofríos o vértigo

Entre los síntomas de un cuadro grave de la COVID-19 se incluyen:

- Disnea (dificultad respiratoria)
- Pérdida de apetito
- Confusión
- Dolor u opresión persistente en el pecho
- Temperatura alta (por encima de los 38° C)
- Otros síntomas menos frecuentes:
- Irritabilidad

- Merma de la conciencia (a veces asociada a convulsiones)
- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Complicaciones neurológicas más graves y raras, como accidentes cerebrovasculares, inflamación del cerebro, estado delirante y lesiones neurales.

Entre las personas que desarrollan síntomas, la mayoría (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de recibir tratamiento hospitalario. Alrededor del 15% desarrollan una enfermedad grave y requieren oxígeno y el 5% llegan a un estado crítico y precisan cuidados intensivos.

Entre las complicaciones que pueden llevar a la muerte se encuentran la insuficiencia respiratoria, el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la septicemia y el choque septicémico, la tromboembolia y/o la insuficiencia multiorgánica, incluidas las lesiones cardíacas, hepáticas y renales.

Las personas de más de 60 años y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer, corren un mayor riesgo de presentar cuadros graves.

Sin embargo, cualquier persona, a cualquier edad, puede enfermarse de COVID-19 y presentar un cuadro grave o morir.

Diagnostico

En la mayoría de los casos se utiliza una prueba molecular para detectar el SARS-CoV-2 y confirmar la infección. La prueba molecular más frecuentemente utilizada es la de la reacción en cadena de la polimerasa (RCP). Las muestras se recogen en la nariz o la garganta con un hisopo.

Las pruebas moleculares detectan el virus en la muestra amplificando su material genético hasta niveles que permiten su detección. Por ello, las pruebas moleculares se utilizan para confirmar una infección activa, por lo general a los pocos días de la exposición y en torno al momento en que puede que empiecen los síntomas.

Tratamiento

La atención de apoyo óptima incluye la administración de oxígeno para los pacientes muy graves y las personas en riesgo de presentar un cuadro grave de la enfermedad, y apoyo respiratorio más avanzado, como ventilación mecánica, para los pacientes en estado crítico

La dexametasona es un corticosteroide que puede ayudar a reducir el tiempo que el paciente pasa con un respirador y salvar vidas de pacientes que presentan cuadros graves o críticos.

La OMS no recomienda automedicarse con ningún fármaco, incluidos los antibióticos, para prevenir o curar la COVID-19.

Recomendaciones

Protegerse adoptando algunas precauciones sencillas, como mantener el distanciamiento físico; utilizar mascarilla, especialmente cuando no se pueda mantener el distanciamiento; mantener las habitaciones bien ventiladas; evitar las aglomeraciones y el contacto estrecho con otras personas; lavarse las manos de forma periódica; y toser cubriéndose con el codo flexionado o con un pañuelo.

6.6.3. Manifestaciones clínicas de la COVID-19 en paciente con ERC

En los datos obtenidos hasta el momento se observa que hay una diferencia en relación con las manifestaciones clínicas de la población en general y de la población que sufre ERC en cualquiera de sus vertientes. Es decir, el 81% de la población con ERC y COVID-19 positivo ha precisado ingreso hospitalario, y el porcentaje de asintomáticos es menor que en el resto de la población: mientras que en la población general el 80% de los pacientes se recuperan de forma espontánea, sin precisar hospitalización, solo el 9% de pacientes con ERC y COVID-19 positivo permanecen asintomáticos.

Las manifestaciones clínicas son las mismas que en la población general; sin embargo, el porcentaje de aparición de estas es mayor⁶. La SEN indica que manifestaciones como fiebre (75%), síntomas respiratorios de vías altas (69%) y disnea (42%) son parámetros semejantes a la población general. Las diferencias se encuentran en la aparición de neumonía y de linfopenia, ya que el 71% de los pacientes con ERC y COVID-19 positivos padecerán neumonía y el 80%, linfopenia. (Gómez-Beltrán, s.f.)

6.6.4 Recomendaciones para pacientes en hemodiálisis con covid-19

Los pacientes sospechosos o confirmados que no requieran hospitalización deberán seguir sus tratamientos en las unidades de aislamiento asignadas, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- 1) Los pacientes sintomáticos y/o con confirmación de infección por Covid-19, no deberán entrar en contacto directo con otros pacientes susceptibles (no deben compartir áreas comunes con el resto de los pacientes: sala de espera, sala de diálisis).
- 2) Los pacientes que se identifiquen como casos sospechosos deberán separarse de otros pacientes; deberán utilizar mascarilla quirúrgica. Se debe mantener la

separación usual entre pacientes durante el tratamiento de hemodiálisis de 2 metros.

3) La hemodiálisis de casos confirmados se realizará en las áreas de aislamiento asignadas para el manejo de estos casos, en condiciones de aislamiento de contacto. Si se dializan varios pacientes sospechosos o infectados por el Covid-19, se dializarán en puestos próximos y por el mismo personal, y se limitarán las entradas y manipulaciones a las estrictamente necesarias.

VII. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Nombre del paciente: A. Z.R. **Edad:** 26 años **Sexo:** Masculino

Escolaridad: Bachillerato Edo civil. Unión libre

Ocupación: Trabajador del ayuntamiento Religión: Católico.

Diagnostico medico: SARS cov 2 Antecedentes heredo familiares: Padre hipertenso.

Enfermedades crónicas: ERC en hemodiálisis

Caso clínico: masculino de 26 años de edad positivo a SARS cov2 ,acompañado de síndrome urémico, signos vitales fc 98lpm,spo2 94 a 95% al 21%ambiente. Alerta, orientado en tiempo espacio y persona ,dembulando,pupilas isocóricas normoreflexibas ,palidez de piel, mucosa oral levemente deshidratada, cuello cilíndrico, tráquea central desplazable, pulso carotideo de buena intensidad, ruidos respiratorios presentes, Abdomen blando depresible se observa cicatriz por nefrectomía, edema facial y de miembros pélvicos 2, genitales acordes a la edad y sexo, Sin alteraciones. catéter permanente femoral tunelizado miembro pélvico derecho, miembros inferiores íntegros.

Hipertensión arterial sistémica.

ERC inicio en diálisis peritoneal a la edad de 11 años(2006-2014)posterior 2 años en HD,2017 fue trasplantado renal donador vivo hermano,2020 rechazo renal por lo que inicia HD noviembre 2020. historial de accesos vasculares 10 catéteres.

Actualmente catéter femoral derecho tunelizado, disfuncional.

Rx pulmonar ventana de pulmón, con vidrio dislustrado de distribución sub pleural, inferiores de predominio izquierdo.

T/A : 189/110 al momento de la entrevista Tratamiento actual

Temperatura 37.8 Nifedipino 30mg cada 8 hrs.

Glucosa: 98 mg/dl Azitromicina 1 cada 12 hrs. Por 7 días.

Saturación : 94% a 95% Paracetamol cada 12 hrs.

Frecuencia cardiaca: 98 lpm MVI 1 frasco cada 7 días.(10 dosis)

Frecuencia respiratoria: 25 x minuto

VIII. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

8.1. Valoración clínica del sujeto de cuidado

11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

<p>PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD. Percibe su salud como regular, alto apego al cuidado de su acceso vascular.</p>	<p>PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. Se observa paciente sociable, alegre, comunicativo y expresivo.</p>
<p>PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO PESO: 51.600 kg talla 1.62 IMC 19.7 (Normal), se observa palidez de tegumentos, restricción en líquidos, poco apetito. hb de 9.8 glucosa 99 mgdl. eritrocitos 3.5, edema facial y de miembros pélvicos. 2.200 ml de ganancia.</p>	<p>PATRÓN 8: ROL-RELACIONES. Sin compromiso con su familia y pareja.</p>
<p>PATRÓN 3: ELIMINACIÓN. Patrón alterado 400ml en 24 hrs, urea 176.2 creatinina 13.14, sin compromiso digestivo.</p>	<p>PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. Actualmente vive en unión libre, refiere no tener compromiso sexualmente.</p>
<p>PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO, no puede realizar actividad física, refiere cansancio, sistema cardiovascular hipertensión arterial. Refiere cansancio en ocasiones. SpO2 94 a 95% ayuda en la ventilación con O2 por cánula nasal a 3 litros x m1. Durante la sesión de HD.</p>	<p>PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS : Refiere sentirse tranquilo, pero en ocasiones refiere sentir ansiedad, soledad por el aislamiento en casa.</p>
<p>PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO. sin compromiso.</p>	<p>PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS. Refiere que su familia le a inculcado el respeto, es católico y pide a dios por su salud y se encomienda a el cada ves que tiene angustia.</p>
<p>PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL. Alerta y orientado en sus 3 esferas neurológicas, refiere incomodidad del sitio de acceso vascular. Sin compromiso en la comunicación, y en el razonamiento.</p>	

8.2. Diagnóstico de enfermería paciente con ERC positivo a COVID 19
 Razonamiento diagnóstico por taxonomía NANDA 2018-2020

DATOS SIGNIFICATIVOS OBJETIVOS/SUBJETIVOS	ANÁLISIS Y AGRUPACIÓN DE DATOS C/ SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES.	IDENTIFICACIÓN DE DX. ENFERMERO Y PROB. INTERDEPENDIENTE.	ASIGNACIÓN DE NOMBRE DEL DIAGNOSTICO Y DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal crónica • SARS cov 2 • Cansancio • Spo2 94% • Hipertermia.37.8 • Hipertensión arterial 189/110 • Hemoglobina baja • Uremia • Creatinina alta • Inapetencia • Edema • Cansancio • ansiedad • soledad 	Enfermedad Renal Crónica. SARS cov 2 patrón respiratorio alterado Fatiga Hipertermia Hipertensión arterial Edema Uremia(disfunción renal Creatinina elevada disfunción renal Inapetencia Hemoglobina baja Ansiedad soledad	Problema interdependiente Diagnóstico enfermero Diagnóstico enfermero Diagnóstico enfermero Diagnóstico enfermero Diagnóstico interdependiente (hemodiálisis) Diagnóstico enfermero Diagnostico enfermero diagnostico interdependiente Diagnóstico enfermero Diagnóstico enfermero	Diagnóstico médico: Enfermedad Renal Crónica. Diagnóstico médico: SARS cov2 Patrón respiratorio ineficaz R/c fatiga M/ taquipnea, alteración de los movimientos torácicos. Hipertermia R/C enfermedad (SARS cov 2) M/p piel caliente al tacto, rubor. Taquipnea. Exceso de volumen de líquidos R/c exceso de volumen de líquidos M/p Alteración de la presión arterial Edema Disminución del hematocrito Disminución de la hemoglobina Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C ingesta insuficiente de alimentos M/P falta de interés en la comida, alteración del gusto, palidez de piel. Ansiedad M/P angustia, incertidumbre Incremento de la preocupación Riesgo de soledad R/C aislamiento social.

8.3. Planificación de intervenciones
 Priorización de diagnósticos

Encontrados	Priorizados
Patrón respiratorio alterado Hipertermia Hipertensión arterial Fatiga Edema Uremia(disfunción renal Creatinina elevada disfunción renal Hemoglobina baja inapetencia Ansiedad soledad	Diagnóstico médico: Enfermedad Renal Crónica. Diagnóstico médico: SARS cov2 Patrón respiratorio ineficaz R/c fatiga M/ taquipnea, alteración de los movimientos torácicos. Hipertermia R/C enfermedad (SARS cov 2) M/p piel caliente al tacto, rubor. Taquipnea. Exceso de volumen de líquidos R/c exceso de volumen de líquidos M/p Alteración de la presión arterial Edema Disminución del hematocrito Disminución de la hemoglobina Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C ingesta insuficiente de alimentos M/P falta de interés en la comida, alteración del gusto, palidez de piel. Ansiedad M/P angustia, incertidumbre Incremento de la preocupación Riesgo de soledad R/C aislamiento social.

8.4. planes de cuidados

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
DOMINIO 4: actividad y reposo		CLASE 4 respuestas cardiovasculares y pulmonares			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>DEFINICION: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS fatiga</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: M/p taquipnea, alteración de los movimientos torácicos.</p>	<p>Estado respiratorio: (0415)</p> <p>DOMINIO II : Salud fisiológica</p> <p>CLASE E : cardiopulmonar.</p> <p>DEFINICION: Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno</p>	<p>Saturación de o2 041508</p> <p>Frecuencia respiratoria 041501</p> <p>Fiebre 051530</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal</p> <p>1. Desviación sustancial del rango normal</p> <p>2. Desviación moderada del rango normal</p> <p>3. Sin desviación del rango normal</p>	<p>041508 M 3 A 4</p> <p>041501 M 3 A 4</p> <p>051530 M 3 A 5</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: oxigenoterapia

CÓDIGO: 3320

DEFINICIÓN: Administración de oxígeno y control de su eficacia.

DOMINIO: control respiratorio

CLASE:2

Administrar oxígeno suplementario de acuerdo a las necesidades del paciente.

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia(oximetría)

Instruir al paciente y a la familia el uso de oxígeno en casa, en caso de que sea requerido.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
DOMINIO 11		CLASE 6 concepto hipertermia			
DIAGNÓSTICO	DE	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
ENFERMERIA NANDA					
ETIQUETA (PROBLEMA): hipertermia00007.		Severidad e la infección: (0703)	070307 Fiebre	1. Grave	070307
DEFINICION: temperatura corporal Por encima del rango diurno debido a la insuficiencia de la termorregulación		DOMINIO II : Salud fisiológica	070330 inestabilidad de la temperatura	2. Sustancial	MA 3 A 5
FACTORES RELACIONADOS Enfermedad		CLASE E : respuesta inmune	070332 perdida del apetito	3. Moderado	70330
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: M/p Piel caliente al tacto Taquipnea rubor		DEFINICION: Gravedad de la infección y síntomas asociados	070319 Infiltrados en la radiografía de tórax	4. Leve ninguno	MA 3 A 5
					70332
					MA 3 A 4
					070319
					MA 3 A 4



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Regulación de la temperatura

CÓDIGO: 3900

DEFINICIÓN: consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.

DOMINIO: 2 fisiológico complejo

CLASE:2 termorregulación

Comprobar la temperatura al menos cada 2 hrs si procede.
 Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración si procede.
 Observar el color y la temperatura de la piel
 Favorecer la ingesta nutricional y de líquidos adecuada
 Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar escalofríos
 Administrar antipiréticos, si esta indicado
 Recomendar el baño tibio, y los paños húmedos en caso de aumento de fiebre en domicilio.
 Medicación prescrita instruirlo en la administración correcta.


PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO 2: Nutrición		CLASE 5: Hidratación		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Exceso de volumen de líquidos DEFINICION: Aumento de la retención de líquidos isotónicos FACTORES RELACIONADOS (causa): Mecanismos de regulación comprometidos CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones en la presión arterial <li style="padding-left: 20px;">Disminución de hemoglobina ▪ Edema ▪ Azotemia ▪ Oliguria 	Equilibrio hídrico (0601) DOMINIO II : Salud fisiológica CLASE G : líquidos y electrolitos DEFINICION: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo	060101 presión arterial 060107 entradas y salidas diarias equilibradas 060120 densidad específica urinaria 060112 edema periférico 050301 Patrón de eliminación 050303 cantidad de orina 050307 ingesta de líquidos	Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	060101 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 060107 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 060118 060120 Mantener a: 2 Aumentar a: 4 060112 Mantener a: 2 Aumentar a: 4 050301 Mantener a: 2 Aumentar a: 4 050303 Mantener a: 2 Aumentar a: 4 050307 Mantener a: 2 Aumentar a: 5



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: manejo de líquidos/electrolitos

CÓDIGO: 2080

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 ácido básico

- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o deshidratación (crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, ojos edematosos/hundidos)
- Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos, disminución de hematocrito, aumento de los niveles de osmolalidad urinaria)
- Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de BUN).
- Proceder a la restricción de líquidos si es oportuno
- Vigilar signos vitales según corresponda
- Proporcionar dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, y sin adición de sal).



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Manejo de líquidos

CÓDIGO: 4120

DEFINICIÓN: mantener el equilibrio de líquidos y prevenir complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales.

DOMINIO 2: fisiológico complejo

CLASE G: control de electrolitos y ácido básico

Vigilar el estado de hidratación mucosas, pulso, y presión sanguínea.

Controlar los cambios de peso del paciente antes y después de la hemodiálisis.

Recomendaciones del control de alimentos y líquidos.

Monitorizar el estado nutricional del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Manejo de la medicación (hipertensión arterial)

CÓDIGO: 2380

DEFINICIÓN: facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos.

DOMINIO: 2 fisiológico complejo

CLASE:H control de fármacos

Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica

Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.

Vigilar los niveles de electrolitos.

Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.

Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.

Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar ajustes en el estilo de vida.

.

.


PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO 2: nutrición		CLASE 1: concepto equilibrio nutricional		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC).	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. DEFINICION: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas. FACTORES RELACIONADOS Ingesta insuficiente de alimentos CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: M/P falta de interés en la comida, alteración del gusto, palidez de piel.	Estado nutricional 1004 DOMINIO II : Salud fisiológica CLASE K nutrición DEFINICION: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas	Ingestión de nutrientes 100402 100403 energía 100409 hematocrito	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación Moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	100402 M A 3 A 4 100403 M A 3 A 4 100409 M A 3 A 4

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Manejo de la nutrición

CÓDIGO: 1100

DEFINICIÓN: ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

DOMINIO 2: fisiológico complejo

CLASE G: nutricional

Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida

Fomentar la ingesta de hierro en las comidas si proceda.

Pesar al paciente a intervalos adecuados.

Determinar las preferencias de comidas del paciente.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
DOMINIO 6		CLASE 1			
DIAGNÓSTICO	DE	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
ENFERMERÍA NANDA					
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de soledad (00054)		DOMINIO III: Salud Psicosocial.	Expresión de temor infundado 120301	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	120301 M A 3 A 4
DEFINICION: Riesgo de experimentar malestar a asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.		CLASE bienestar psicológico.	Expresión de desesperación 120302		120302 M A 3 A 4
FACTORES DE RIESGO: Deprivación afectiva Privación de catexis (apego o adhesión consciente o inconsciente de sentimientos emocionales y significación a una idea, un objeto o una persona. Aislamiento social.		Severidad de la soledad (1203)	Expresión de desesperanza 120304		120304 M A 3 A 4
		DEFINICION: Gravedad de la respuesta emocional, social, o existencial de aislamiento.	Expresión de aislamiento social 120307		120307 M A 3 A 4

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC: Escucha activa

CÓDIGO: 4920

DEFINICIÓN: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

DOMINIO 3: conductual.

CLASE Q: potenciación de la comunicación.

Actividades:

- Mostrar interés al paciente
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos o preocupaciones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación
- Estar atentos a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañen a las palabras expresadas.
- Identificar los temas predominantes.
- Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.

IX. PLAN DE ALTA

Como recomienda la OMS en sus lineamientos, posterior a 2 semanas del inicio de los síntomas se deberá realizar una prueba PCR en caso de ser negativa, ya no debe mantenerse aislado, por lo cual puede reincorporarse a su tratamiento en forma convencional área no COVID.

- Realizar electrocardiograma, y química sanguínea completa, Rx de tórax.
- Monitorización continua de los signos y síntomas posteriores al COVID 19.
- Manejo nutricional e hidratación de acuerdo con las necesidades.
- Sesión de hemodiálisis 3 veces por semana 3 horas por sesión.

Realizar ejercicios respiratorios.

Mantener hábitos higiénicos, y uso de mascarilla, lavado de manos.

Fármacos nifedipino 30 mg cada 12 horas.

Hierro 100 mg cada 7 días

MVI cada 7 días.

X. CONCLUSIONES

Para poder lograr los objetivos planteados es importante la interacción que se tiene con el paciente y el familiar además del fundamento científico por parte del personal de Enfermería, puesto que permite poder realizar actividades oportunas con base en las necesidades que deben satisfacerse en el usuario.

El profesional de enfermería, así como el equipo multidisciplinario, debemos asegurar el bienestar psicosocial del paciente renal manteniendo la esperanza, la seguridad, la calma y la conexión social en cada una de las intervenciones que se realicen, ya que una adecuada atención a estos aspectos ayudar a disminuir la angustia, el miedo y la ansiedad por la situación de aislamiento y evitará posibles complicaciones tras la pandemia.

Como estudiante de la especialidad en cuidado intensivos, es prioritario establecer planes de cuidados individuales, actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir, y detectar futuros riesgos.

Como estudiante de la especialidad en cuidados intensivos, es necesario el plantearnos un cuidado humanizado, ahora con los nuevos retos que vivimos en medio de una pandemia. Es necesario centrar los objetivos hacia el razonamiento crítico con bases de investigación científica.

XI. BIBLIOGRAFIA

CTO, m. (2018). Profesionalización de la enfermería. Obtenido de <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>

González Castillo, M., & Monroy Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. ELSEVIER, 129.

Santiago Ausecha, D. R. ., Ballesteros, D., & Pulido Saenz , J. A. . (2020). El riñón en cuidado intensivo durante la pandemia por SARS-COV-2. Revista Colombiana De Nefrología, 7(Supl.2). <https://doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.432>. (s.f.).

Santiago Ausecha, D. R.-C.-2. (s.f.).

secretaria de salud. (enero de 2011). Lineamiento General Para la Elaboración. Obtenido de de planes de cuidados de enfermería: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf

Suarez, J. L. (s.f.).

(OMS, 2020) Informacio basica sobre el Covid19

Diana Acosta-Salazar, Patricia Lapeira-Panneflex ERDLC. Nu (de Armas Gil)nursing care community health. Duazary. 2016;13(2):105–10.

Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cnica-136>. Nefrología al día. Enfermedad Renal Crónica. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>.

Gómez-Beltrán, P. A., Domínguez Carranza, E., Medero Rubio, F., & Pérez Márquez, M. (2021). Recommendations for the management of the patient with chronic renal disease with SARS-CoV-2. Recomendaciones para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica ante el SARS-CoV-2. *Enfermería clínica*, 31 Suppl 1, S55–S61. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.017>

XII. ANEXO (instrumento de recolección de datos, cuadros, trípticos, materiales interactivos, etc.)

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD.	PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.
PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO PESO:	PATRÓN 8: ROL-RELACIONES.
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.	PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN.
PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO.	PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS.
PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.	PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS.
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL.	



DATOS SIGNIFICATIVOS OBJETIVOS/SUBJETIVOS	ANÁLISIS Y AGRUPACIÓN DE DATOS C/ SUS RESPECTIVAS DEDUCCIONES.	IDENTIFICACIÓN DE DX. ENFERMERO Y PROB. INTERDEPENDIENTE.	ASIGNACIÓN DE NOMBRE DEL DIAGNOSTICO Y DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.

Encontrados	Priorizados



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DOMINIO 4:		CLASE:		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): DEFINICION: FACTORES RELACIONADOS fatiga CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: M/p	DOMINIO : CLASE : DEFINICION:			



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN NIC:
CÓDIGO:

DEFINICIÓN:
DOMINIO: CLASE:2

ACTIVIDADES: