



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MÁS DERRAME PLEURAL.

ALVARADO ROMERO EVELYN GEOMARA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ILLESCAS ESPINOZA YOMAIRA EMPERATRIZ  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MÁS DERRAME PLEURAL.

ALVARADO ROMERO EVELYN GEOMARA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ILLESCAS ESPINOZA YOMAIRA EMPERATRIZ  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD  
RENAL CRÓNICA MÁS DERRAME PLEURAL.

ALVARADO ROMERO EVELYN GEOMARA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ILLESCAS ESPINOZA YOMAIRA EMPERATRIZ  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

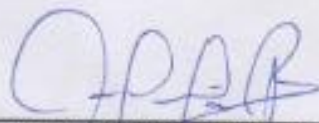
ANA SUCONOTA PINTADO

MACHALA, 29 DE ENERO DE 2019

MACHALA  
2019

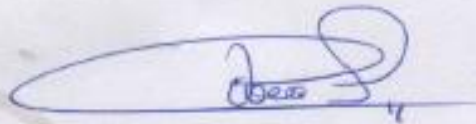
**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MÁS DERRAME PLEURAL, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.




---

ANA SUCONOTA PINTADO  
0704503226  
TUTOR - ESPECIALISTA 1



---

VACA GALLEGOS ANA MARINA  
0703707430  
ESPECIALISTA 2



---

FLOREANO SOLANO LILIAN MARISOL  
0702017245  
ESPECIALISTA 3

Machala, 29 de enero de 2019

## Urkund Analysis Result

<b>Analysed Document:</b>	Proceso de Atención de Enfermería en Paciente con Enfermedad Renal Crónica más Derrame Pleural..docx (D47135193)
<b>Submitted:</b>	1/23/2019 2:38:00 AM
<b>Submitted By:</b>	egalvarado_est@utmachala.edu.ec
<b>Significance:</b>	4 %

### Sources included in the report:

ANALISIS-DE-CASO-DERRAME-PLEURAL-CIRROTICO-URKUND.docx (D46996283)  
LIC. TERESA CUJILEMA 23.02.17.doc (D25978421)  
TESIS MEDICINA.docx (D11365894)  
TESIS FINAL.pdf (D22463055)  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000668>  
<http://www.archbronconeumol.org/es-normativa-sobre-el-diagnostico-tratamiento-articulo-S0300289614000672>  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GRR.pdf>  
[https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/26-DERRAME\\_PLEURAL-Neumologia-3\\_ed.pdf](https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/26-DERRAME_PLEURAL-Neumologia-3_ed.pdf)  
<http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=93>  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfoque-diagnostico-en-el-paciente-S0716864015000668>  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000200003)  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/243GER.pdf>  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0028-37462014000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000100002)  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>  
<http://dev.nefro.elsevier.es/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-dialisis-peritoneal-definicion-membrana-transporte-peritoneal-cateteres-conexiones-soluciones-dialisis-50>

### Instances where selected sources appear:

20

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, ALVARADO ROMERO EVELYN GEOMARA y ILLESCAS ESPINOZA YOMAIRA EMPERATRIZ, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MÁS DERRAME PLEURAL., otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

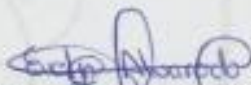
Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 29 de enero de 2019



ALVARADO ROMERO EVELYN GEOMARA  
0706965431



ILLESCAS ESPINOZA YOMAIRA  
EMPERATRIZ  
0704335603

## **DEDICATORIA**

Nuestro trabajo lo dedicamos principalmente a Dios, que nos dio la fortaleza para continuar hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional. A nuestros padres que han sido el pilar fundamental, que con su amor y cariño nos han brindado su apoyo incondicional. A nuestros hermanos que siempre han estado a nuestro lado a pesar de nuestras diferencias los quiero.

A nuestras amigas que gracias al gran equipo que formamos logramos llegar a la meta, A mis docentes que con su enseñanza le debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias por su apoyo, paciencia y su enseñanza y por la confianza puesta a lo largo de este proceso.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, damos gracias infinitas a Dios por permitirnos llegar a nuestra meta, aprovechando cada experiencia vivida a lo largo de nuestro proceso.

Sin duda alguna agradecemos a nuestros padres quienes son nuestra fuente de inspiración, por todo su amor y apoyo incondicional brindado en cada etapa de nuestras vidas.

A nuestra familia que durante todo este tiempo han estado con nosotros en los buenos y malos momentos.

También nuestro más sincero agradecimiento a nuestra Docente-Tutora la Lcda. Liliam Floreano, y a nuestra Tutora de trabajo de titulación Lcda. Ana Suconota, por sus sugerencias, consejos y su valioso tiempo, para que nuestro trabajo investigativo terminara con éxito.



## RESUMEN

**Título:** Proceso de Atención de Enfermería en Paciente con Enfermedad Renal Crónica más Derrame Pleural.

**Introducción:** El derrame pleural consiste en la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural. La pleura es la capa fina y delgada de tejido endotelial, consta de la porción visceral y porción parietal, entre las que se halla el espacio pleural que se encuentra ocupado aproximadamente por 5-15 mililitros de exudado plasmático, denominado líquido pleural, que tiene función lubricante en los movimientos respiratorios. Los paciente con enfermedad renal crónica rara vez presentan asociación directa con ésta patología, sin embargo las alteraciones a nivel pleural constituyen a nivel mundial el 10% de los ingresos a unidades hospitalarias, en los servicios de neumología y medicina interna, como consecuencia a una variedad de condiciones infecciosas, inflamatorias, y malignas.

**Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino de 69 años de edad, ingresa al hospital Teófilo Dávila, el día 15/08/2108 con antecedentes Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica Terminal hace aproximadamente 1 año, en terapia de reemplazo de la función renal 11 meses con Hemodiálisis y desde hace aproximadamente 2 meses en Diálisis Peritoneal, presentando cuadro clínico de 15 días aproximadamente de evolución caracterizado por, disnea de pequeños y medianos esfuerzos, edema en miembros inferiores desde hace una semana astenia, anorexia, dolor lumbar bilateral de moderada intensidad que se acompaña hace 24 horas de escalofríos y alza térmica no cuantificada, paciente recibe tratamiento antibiótico sin mejoría por lo que se decide su ingreso a esta unidad de salud. Presión Arterial: 143/97, Pulso: 70x', Temperatura: 37°C, Respiraciones: 20x', Saturación de Oxígeno: 90%, Peso: 75 kg, Talla: 1. 53cm., IMC: 32. El día 22/08/2018 se realiza ecografía de abdomen con reporte de derrame pleural, no recibe valoración por neumología, 24/08/2018 paciente en condiciones clínica estables refiere sentirse asintomática nefrólogo decide alta médica más indicaciones de tratamiento farmacológico, se solicita exámenes Hemocultivo, Hisopado nasal y rectal reportan negativo a crecimiento bacteriano. P.A: 110/70 FC: 70X' FR: 20X' T°: 36,4°C SPO2: 97%

**Objetivo general:** Aplicar el proceso de atención de enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson para satisfacer las necesidades básicas de bienestar mental físico y social del paciente.

**Método:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas confiables en bases de datos: Scielo, Redalyc, MEDLINE, Dialnet, ScienceDirect, Scopus. Resultados: se identificaron diferentes causas del derrame pleural en primer lugar son las infecciosas seguido de las neumonías y derrame paraneumónico, tuberculosis pulmonar, tuberculosis pulmonar más VIH 8,2%, con la Enfermedad Renal Crónica no se encontró relación directa. En relación a la sintomatología en la Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural señala que la sintomatología es variable y depende directamente de la causa subyacente, pero las manifestaciones más comunes son: dolor pleurítico, disnea, tos seca y fiebre, lo que coincide con lo manifestado por la paciente.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados al desarrollo y progresión del derrame pleural dependen de causas subyacentes como la edad, atención médica, ubicación geográfica, más las enfermedades cardiovasculares, infecciosas e inmunológicas, por otra parte los signos y síntomas identificados como los más comunes sobre el derrame pleural son: dolor pleurítico, disnea y tos. Mediante la valoración del caso con la teoría de Virginia Henderson se determina que todas las necesidades básicas se encuentran alteradas, pero las agravantes para su estado de salud se reflejan en la Necesidad de respirar normalmente, necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas y necesidad de evitar los peligros. Dentro del proceso de atención de enfermería basándose en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, los problemas más sobresalientes recaen sobre las etiquetas diagnósticas con: Patrón Respiratorio Ineficaz, Exceso de Volumen de Líquidos, Dolor Crónico, Riesgo de Caídas y Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea.

**Palabras clave:** Enfermedad Renal Crónica, Derrame Pleural, Teoría de Virginia Henderson, Proceso de atención de Enfermería

## ABSTRACT

**Title:** Nursing care process in patients with chronic Renal disease plus Pleural effusion.

**Introduction:** Pleural effusion consists of abnormal accumulation of fluid in the pleural space. The pleura is the thin, thin layer of endothelial tissue, consisting of the visceral portion and parietal portion, among which is the pleural space that is occupied approximately by 5-15 milliliters of plasma exudate, called pleural fluid, which has Lubricating function in respiratory movements. Patients with chronic renal disease rarely have direct association with this pathology, but alterations at the pleural level constitute 10% of the incomes to hospital units, in the respiratory and medicine services Internal, as a result of a variety of infectious, inflammatory, and malignant conditions.

**Case presentation:** Female patient of 69 years of age, enters Theophilus Dávila Hospital, day 15/08/2108 with history hypertension, diabetes mellitus type II, diagnosed with chronic Renal disease Terminal about 1 year ago, in therapy Kidney function Replacement 11 months with hemodialysis and for approximately 2 months on Peritoneal dialysis, Presenting clinical picture of 15 days approximately of evolution characterized by dyspnea of small and medium-sized efforts, edema in inferior limbs for a week ago asthenia, anorexia, bilateral lumbar pain of moderate intensity that is accompanied ago 24 Hours of chills and unquantified thermal boost, patient receives antibiotic treatment without improvement so it is decided to enter this health unit. blood pressure: 143/97, Pulse: 70x ´, Temperature: 37 °c, respirations: 20x ´, oxygen saturation: 90%, Weight: 75 kg, Size: 1.53cm., IMC: 32. The day 22/08/2018 is performed abdomen ultrasound with report of Pleural effusion, is requested blood culture, nasal and rectal swab report negative to bacterial growth, does not receive assessment by lung, 24/08/2018 patient in stable clinical conditions refers to feel asymptomatic nephrologist decides higher medical Indications of pharmacological treatment. P. A: 110/70 FC: 70X ´ FR: 20x ´ T°: 36,4 ° C SPO2:97%.

**General Objective:** To apply the nursing care process using the Virginia Henderson model to meet the basic needs of the patient's mental, physical and social wellbeing.

**Method:** A thorough search was carried out in different reliable bibliographic sources in databases: Scielo, REDALYC, MEDLINE, Dialnet, ScienceDirect, Scopus. Results: Different causes of pleural effusion were identified in the first place are infectious followed by Pneumonias and parapneumonic effusion, pulmonary tuberculosis, pulmonary tuberculosis plus HIV. With chronic Renal disease, no direct relationship was found in relation to the symptomatology in the Diagnostic guide and treatment of Pleural effusion indicates that the latter is variable and depends directly on the underlying cause, but the most common manifestations are : Pleuritic Pain, Dyspnea, dry cough.

**Conclusions:** The risk factors associated with the development and progression of pleural effusion depend on underlying causes such as age, medical care, geographical location, plus cardiovascular, infectious and immunologic diseases, on the other hand the Signs and symptoms identified as the most common on pleural effusion are: pleuritic pain, dyspnea and cough. cough, and fever, which coincides with the patient's manifestation. By evaluating the case with Virginia Henderson's theory, it is determined that all basic needs are altered, but the aggravating factors for their health are reflected in the need to breathe normally. Within the nursing care process based on the taxonomies NANDA, NOC and NIC, the most outstanding problems fall on the diagnostic labels: ineffective respiratory pattern, excess volume of fluids, chronic pain, risk of falls, risk of Deterioration of skin integrity.

**Key words:** Chronic Renal disease, Pleural Effusion, Virginia Henderson theory, Nursing Care Process.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO</b>	<b>10</b>
1.1.DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	10
1.1.1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DERRAME PLEURAL	10
1.1.1. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO	11
1.1.2. HECHOS DE INTERÉS	11
1.1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
<b>CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO</b>	<b>15</b>
2.1. DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO	15
2.1.1. Historia Natural de la Enfermedad	15
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	16
2.2.1. DERRAME PLEURAL	16
2.2.3. ETIOLOGÍA	17
2.2.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS:	17
2.2.5. DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE CON DERRAME PLEURAL	17
2.2.5.1. Clínica	18
2.2.5.2. Imágenes	18
2.2.6. TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL	19
2.2.7. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	19
2.2.8. ENFERMEDAD RENAL TERMINAL	20
2.2.9. FACTORES DE RIESGO	20
2.2.10. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	21
2.2.11. ALTERACIONES POR SISTEMAS	21
2.2.13. TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO	22
2.2.15. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	24
2.2.15.1. LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON	24
2.2.15.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	25
3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA	27
3.1.1. Área de estudio	27
3.1.2. Unidad de Análisis	27
3.1.3. Tipo de Investigación	27
3.1.4. Tipos de Estudio	27
3.1.5. Métodos	27
3.1.7. Instrumentos de Investigación	28
3.1.8. Categorías	28
3.1.9. Aspectos Éticos legales.	28

3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS	29
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	31
4.1.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.	31
4.1.1.1. DATOS DE AFILIACIÓN	31
4.1.1.2. EXAMEN FÍSICO	32
4.1.1.3. EVOLUCIÓN Y RESUMEN DEL CASO	34
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>39</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>41</b>
TABLA N° 1 : PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (ACTIVIDAD Y REPOSO)	46
TABLA N° 2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (NUTRICION)	47
TABLA N°3: PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (CONFORT)	48
TABLA N°4 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (SEGURIDAD Y PROTECCIÓN)	49
TABLA N°5 RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO(BIOMETRÍA)	50
TABLA N°6 RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO (GASOMETRÍA/PRUEBAS DE COAGULACIÓN)	51
FIGURA N°1 RESULTADO DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL	52

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica una patología de alto impacto que afecta a 1 de cada 10 personas a nivel mundial, con una prevalencia entre el 11-13%, (1). Los pacientes con Insuficiencia renal en tratamiento de la función renal están sujetos a sufrir múltiples complicaciones y algunas de ellas pueden ser derivadas por el cateterismo central para Hemodiálisis, que representan del 2-15% de las complicaciones como Hemotórax, derrame pericárdico o pleural. Las alteraciones a nivel pleural constituyen a nivel mundial el 10% de los ingresos a unidades hospitalarias, en los servicios de neumología y medicina interna. Un 20% de estos casos se asocian con neumonías adquiridas en la comunidad (2).

El derrame pleural consiste en la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural, sucede cuando la producción de este aumenta o surge una incapacidad para su depuración (3). Un amplio rango de enfermedades puede dar lugar a la presencia de ésta patología como: infecciosas con 52,2%, seguido de las neumonías y derrame paraneumónico con 24,7% tuberculosis pulmonar con 8%. Tuberculosis pulmonar más VIH 8,2%. (3)

En el Ecuador en el año 2014 según el INEC hubo 1222 egresos hospitalarios por derrame pleura. A nivel de la provincia de El Oro en el hospital Teófilo Dávila se presentaron 13 casos de derrame pleural en el año 2018. (4)

Esta problemática motivó a investigar el caso de una paciente con Insuficiencia renal crónica más Derrame Pleural, por medio de la descripción de las características clínicas de la unidad de análisis, a través de revisión documental y bibliográfica relacionada con la patología, se aplica un plan de cuidados de enfermería basados en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

## **CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO**

### **1.1.DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

#### **1.1.1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DERRAME PLEURAL**

La enfermedad renal crónica es la forma más devastadora y grave de la enfermedad renal; que puede llevar a la muerte del paciente si no se inicia un tratamiento pertinente y apropiado (5). En la última etapa de la historia natural de la ERC o insuficiencia renal crónica terminal resulta fundamental la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal por medio de diálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona. (6). Se considera una patología de alto impacto que afecta a 1 de cada 10 personas a nivel mundial, con una prevalencia entre el 11-13%. (1)

Los pacientes con Insuficiencia renal están sujetos a sufrir múltiples complicaciones en los diferentes sistemas; una vez que el daño renal es irreversible se hace preciso la instauración de un tratamiento sustitutivo de la función renal y con ello la colocación de accesos vasculares, cualquier estructura anatómica adyacente a vasos sanguíneos puede verse afectada instantánea o tardíamente por complicaciones mecánicas, infecciosas o trombóticas. Las complicaciones mecánicas e infecciosas son las de mayor prevalencia comprometiendo al sistema respiratorio, complicando estructura anatómica pulmonar con la perforación de las venas subclavia y cava superior se presenta como complicación Hemotórax, derrame pericárdico o pleural. (7) Se define al hemotórax como la acumulación de líquido hemático en el espacio pleural, éste puede ser de causa no traumática, traumático y espontáneo. En su última etapa de cicatrización existe un aumento de la concentración del líquido pleural, lo que da lugar al incremento de la presión osmótica, dando lugar a una gradiente que estimula la trasudación de líquido pleural, por este motivo el hemotórax puede evolucionar a un derrame pleural. (8)

La pleura es una capa fina de tejido mesotelial, consta de una porción parietal y otra visceral entre la cuales se el espacio pleural que se encuentra ocupado



aproximadamente por 5-15 mililitros de exudado plasmático, denominado líquido pleural, que tiene función lubricante en los movimientos respiratorios, Cuando existe una acumulación anormal de éste líquido exudativo, que puede darse por un amplio rango de microorganismos infecciosos o por otros mecanismos, hablamos de un derrame pleural. (9)

### **1.1.1. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO**

Paciente de sexo femenino de 69 años de edad, ingresa al hospital Teófilo Dávila, el día 15/08/2108 por presentar Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica Terminal hace aproximadamente 1 año, en terapia de reemplazo de la función renal 11 meses con Hemodiálisis y desde hace aproximadamente 2 meses en Diálisis Peritoneal, presentando cuadro clínico de 15 días aproximadamente caracterizado por, disnea de pequeños y medianos esfuerzos, edema en miembros inferiores desde hace una semana astenia, anorexia, dolor lumbar bilateral de moderada intensidad que se acompaña hace 24 horas de escalofríos y alza térmica no cuantificada, paciente recibe tratamiento antibiótico sin mejoría por lo que se decide su ingreso a esta unidad de salud.

### **1.1.2. HECHOS DE INTERÉS**

Las enfermedades cardiocirculatorias, enfermedades respiratorias crónica, el cáncer, la diabetes y la enfermedad renal crónica, constituyen las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo. (10)

Según la Organización Mundial de la Salud es la principal causa de muerte en el mundo, del total de defunciones que se registraron en el año 2012 a nivel mundial 56 millones, el 68% equivalentes a 38 millones de muertes se dieron por Enfermedad No Transmisibles particularmente en personas con edades medias y en países con ingresos bajos, (11) en la actualidad representan el 71% de defunciones correspondientes a un total de 41 millones de muerte al año. (12)

La Enfermedad Renal Crónica, que al igual que al resto de patologías representa un importante problema de salud pública, tanto por los costes socioeconómicos que ésta

genera como su elevada incidencia y prevalencia. (13). Se la considera en la actualidad como una epidemia que afecta, aproximadamente, al 10% de la población adulta en diferentes países y regiones del mundo, de los cuales más del 80% de los pacientes se encuentra en países desarrollados. (14)

La prevalencia de esta patología ha ido aumentando debido al incremento de la población con enfermedades con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. La relación que existe entre la HTA y ERC es muy estrecha, puesto que la Hipertensión arterial se manifiesta entre 60-100% de los pacientes que padecen algún grado enfermedad renal. (15)

Del total de hipertensos, hasta un 30% desarrollaran a lo largo de su vida Enfermedad renal Crónica, siendo así la nefroangioesclerosis o nefrosclerosis la consecuencia renal más común de la enfermedad hipertensiva. (16)

Unos de los tratamientos utilizados en la Enfermedad Renal Crónica grado 5 es la hemodiálisis, cuya prevalencia ha aumentado de forma alarmante a nivel mundial y de Latinoamérica. En el registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal que recopila datos de 20 países miembros de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, alcanzó en el año 2010 una prevalencia en los diferentes tipos de tratamiento sustitutivo renal de 660 pmp y para la hemodiálisis 392 pmp, para el año 2013 Ecuador en la sexta posición más alta en Latinoamérica con una tasa de 426,6 pmp. (17).

En Ecuador la Enfermedad Renal Crónica es la cuarta causa de mortalidad general y la quinta de mortalidad prematura, cuyas cifras alcanzan el 6-7%. En los estadios 3-4 cerca de un 45% mueren antes de iniciar un tratamiento renal sustitutivo y se estima que más de 30 000 personas se encuentran en la etapa terminal de la ERC. Existen cerca de 10 mil personas en tratamiento renal sustitutivo, lo que simboliza una tasa de 660 casos por millón de habitantes, con un tiempo de supervivencia menor o equivalente a 5 años. (1)

Ésta enfermedad ocasiona un gran impacto en la vida del paciente y sus familiares, siendo mayormente devastadora en su etapa final, ya que a este nivel es

necesario iniciar con una terapia renal sustitutiva (18). En el mundo más de 2 millones de personas extienden su esperanza de vida gracias a estos métodos, cada año incrementa la cifra de pacientes que precisan terapia de reemplazo renal entre un 6-20% (19)

La terapia de sustitución de la función renal consta de hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. La hemodiálisis es un procedimiento sumamente invasivo y de alto riesgo, por lo que éste tipo de pacientes están sujetos a muchas complicaciones como modificaciones ácido-básico, hidroelectrolíticos, químicos, físicos y hemodinámicos. (20) Las complicaciones relacionadas con la colocación de catéteres venosos centrales para hemodiálisis representan el 2-15% de los casos. (21)

En relación al sitio de colocación, a nivel subclavio existe mayor riesgo de complicaciones en relación a la vena yugular interna, sin embargo, el sitio brinda mayor comodidad y menor riesgo de infecciones. Con la perforación de las venas subclavia y cava superior se presenta como complicación Hemotórax, derrame pericárdico o pleural. (7) Las alteraciones a nivel pleural constituyen a nivel mundial el 10% de los ingresos a unidades hospitalarias, en los servicios de neumología y medicina interna. Un 20% de estos casos se asocia con neumonías adquiridas en la comunidad (2).

En Estados Unidos cada año ocurren aproximadamente 1.5 millones de casos de derrame pleural, como consecuencia a una variedad de condiciones infecciosas, inflamatorias, y malignas. (3) Así la insuficiencia cardíaca es la causa con mayor número de casos 500.000, seguido con 300.00 casos por infecciones bacteriana en el espacio pleural, 200.000 por origen neoplásico, 150.000 por embolismo pulmonar, 100.00 de origen viral y 50,00 casos por hidrotórax. (22)

Un amplio rango de enfermedades puede derivar al derrame pleural como: enfermedades pulmonares y extrapulmonares y el uso de ciertos fármacos como los AINES. Un estudio realizado en México por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el año 2001-2012, demostró que la primera causa de derrame pleural son las infecciosas con 52,2%, seguido de las neumonías y derrame paraneumónico con 24,7% tuberculosis pulmonar con 8%. Tuberculosis pulmonar más VIH 8,2%. (3).

En el Ecuador en el año 2014 según el INEC hubo 1222 egresos hospitalarios por derrame pleural, 601 casos para el sexo femenino y 621 para el masculino. A nivel de la provincia de El Oro en el hospital Teófilo Dávila se presentaron 13 casos de derrame pleural en el año 2018. (4)

### **1.1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el proceso de atención de enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson para satisfacer las necesidades básicas de bienestar mental físico y social del paciente.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar y describir los factores de riesgo, signos y síntomas del derrame pleural.

Formular un plan de cuidado de enfermería de acuerdo a los principales problemas de salud detectados.

## **CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO**

### **2.1. DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1. Historia Natural de la Enfermedad**

La historia natural de la enfermedad es el curso de esta desde que inicia hasta su resolución, sin que intervenga la mano del hombre. Este proceso comienza con la exposición de un huésped a un agente patógeno o factores de riesgo, que progresa hacia la recuperación, discapacidad si ésta no es tratada a tiempo o incluso puede terminar en la muerte del huésped. Este proceso se refleja en dos momentos o períodos, en primer lugar, el periodo pre-patogénico es decir antes de que se produzca la enfermedad y posteriormente el periodo patogénico donde el agente rompe el equilibrio ecológico del huésped produciendo la enfermedad, dando lugar a la aparición de signos y síntomas específicos. (23)

#### **Periodo prepatogénico**

**Agente:** éste puede ser químico por consumo excesivo de AINES, biológicos por diferentes microorganismos patógenos que van a provocar un cuadro infeccioso, y por agentes físicos producidos directamente por traumatismos torácicos.

**Medio ambiente:** factores socioculturales, medio laboral, calidad de vida, estrés, zonas urbanas, intoxicación a sustancias tóxicas venenosas o farmacológicas.

**Huésped:** existen múltiples factores que hacen susceptible al huésped, entre estos tenemos: patológicos previos como neoplasias, insuficiencia cardíaca congestiva; tabaquismo, drogadicción, alcoholismo.

#### **Periodo patogénico**

**Etapa clínica:** los síntomas más comunes son tos seca, dolor torácico, y disnea.

**Etapa subclínica:** los pacientes que no son tratados a tiempo evoluciona hacia complicaciones respiratorias más graves que pueden terminar en paro respiratorio.

### **Niveles de prevención**

**1. Prevención primaria:** aquí se trata fundamentalmente sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- Cómo la educación al paciente en la prevención de enfermedades respiratorias.
- Evitar traumatismos que afecten el funcionamiento normal de los pulmones.
- Promover el autocuidado.
- Inmunización.

**2. Prevención secundaria:**

- Abordar la causa subyacente del derrame pleural.
- Manejo de sintomatología con el tratamiento adecuado a las necesidades de cada paciente sea este conservador o quirúrgico.
- Drenaje del líquido pleural
- Derivación oportuna a centros especializados en el manejo de enfermedades a nivel respiratorio.

**3. Prevención terciaria:**

- Terapia de rehabilitación para mejorar la calidad de vida.

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1. DERRAME PLEURAL**

El espacio pleural que se encuentra ocupado aproximadamente por 5-15 mililitros de exudado plasmático, denominado líquido pleural, que tiene función lubricante en los movimientos respiratorios. (9) Por tanto el derrame pleural consiste en la acumulación de líquido anormal en el espacio pleural, sucede cuando la producción de este aumenta o surge una incapacidad para su depuración. (3)

### **2.2.2. FISIOPATOLOGÍA**

La pleura está formada de una capa fina y delgada de tejido endotelial, en dos proporciones: la visceral que tiene relación con el tejido pulmonar y la parietal que cubre la superficie interna de las costillas, el mediastino y diafragma. El espacio pleural que se encuentra ocupado aproximadamente por 5-15 mililitros de exudado plasmático, denominado líquido pleural, que tiene función lubricante en los movimientos respiratorios. (9) El líquido pleural se acumula cuando su entrada sobrepasa a la absorción, normalmente el líquido penetra el espacio pleural desde los capilares de la pleura parietal y sale por los linfáticos situados en ella, estos linfáticos son capaces de absorber 20 veces más líquido del formado normalmente. (24)

### **2.2.3. ETIOLOGÍA**

La etiología del derrame pleural depende según de ciertos factores como edad del paciente, valoración sanitaria, ubicación geográfica y ciertas patologías, entre las cuales tenemos la Insuficiencia cardiaca, Neumonías, Cáncer, Tuberculosis, Hidrotórax hepático, Traumatismos, Enfermedades del pericardio, Tromboembolia pulmonar, Postcirugía abdominal, y Postcirugía cardiaca. (25)

### **2.2.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

Los síntomas más característicos de esta patología dependen de la causa subyacente de la enfermedad y del líquido contenido en la cavidad pleural son: Dolor torácico, Disnea, Tos y Fiebre. (26)

### **2.2.5. DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE CON DERRAME PLEURAL**

En el estudio diagnóstico del paciente con derrame pleural se debe tomar en cuenta historia clínica, exploración física, y el análisis de los estudios de imágenes y el líquido pleural, si no se logra definir la causa del derrame se debe realizar la biopsia pleural y dar seguimiento en un periodo de dos años (27).

### **2.2.5.1. Clínica**

Aquí en la clínica se logra un diagnóstico diferencial haciendo una buena anamnesis y examen físico, al momento de la entrevista se debe interrogar directamente de las enfermedades como traumatismos, cuadros respiratorios infecciosos, cardiopatías, neoplasias y enfermedades renales y hepáticas, acercamiento con pacientes con tuberculosis, uso de fármacos y antecedentes laborales. Los síntomas varían según la magnitud y etiología del derrame pleural entre estos tenemos: dolor torácico, disnea y tos. (22)

### **2.2.5.2. Imágenes**

Entre las técnicas de imágenes de estudio tenemos: radiografía de tórax posteroanterior y lateral, tomografía computarizada de tórax, ecografía pleural y otras técnicas como la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones con tomografía computada integrada. (27)

- **Radiografía de tórax**

Este examen radiológico es el examen inicial y nos permite evidenciar la presencia de derrame pleural. En la radiografía póster anterior es necesario 200 ml y en la proyección lateral 50 cc para evidenciar el derrame, en ciertas ocasiones el derrame suele localizarse en la zona sub-diafragmática, siendo bilateral o inclusive acumularse en las cisuras y generar una simulación de un tumor pulmonar. Estos derrames pueden estar loculados o ser libres y ocurre en las enfermedades como empiema, hemotórax y la TBC pulmonar. (22)

- **Ecografía**

Es un procedimiento de bajo costo, no invasivo y útil para identificar la presencia de líquido pleural, es de utilidad previa a la toracentesis, facilita el mejor lugar del sitio de punción, presencia y volumen del derrame, valorar dificultades como las loculaciones, para poder plantear diagnósticos diferenciales. (28)



- **Tomografía computada de tórax**

La tomografía es un estudio de contraste endovenoso, se debe realizar antes de vaciar completamente el derrame para ver las anormalidades pleurales presentes, el cual incluye el abdomen superior hasta las glándulas suprarrenales, permite valorar, el mediastino, parénquima y la cavidad pleural. (27)

- **Tomografía por emisión de positrones con tomografía computada integrada**

No es recomendado su uso habitual, su utilidad se basa en el estudio del derrame maligno donde tiene 88,5 % de especificidad y 97% de sensibilidad, etapificación del tumor y evaluar la respuesta a la terapia. Esta prueba en ciertas ocasiones ayuda a identificar la ubicación al momento de la toma de biopsia. (27)

- **Resonancia magnética**

Para el estudio de la patología pleural esta técnica no es de uso habitual, es útil para diferenciar patologías malignas como benignas, y sirve para demostrar infiltración tumoral del diafragma adyacente a tumores y la pared torácica. (27)

## **2.2.6. TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL**

Una vez confirmado el diagnóstico de Derrame Pleural se inicia el tratamiento, éste puede ser conservador o quirúrgico, si se cuenta con resultados de estudio microbiológico de líquido pleural o esputo se administrará tratamiento antibiótico correspondiente, caso contrario se tratará empíricamente. En caso de que el derrame pleural sea mayor, se evacua éste líquido por medio una toracocentesis. (29)

## **2.2.7. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

La ERC es una enfermedad progresiva que se caracteriza por la pérdida de las funciones que desempeñan normalmente los riñones, dando lugar a la acumulación de sustancias tóxicas en el organismo. Las guías KDOQI definen a la ERC como la disminución de la función renal, que se expresa a través de la filtración glomerular con una tasa menor a 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup> durante un periodo mayor de 3 meses o como la

presencia de daño renal, mostrada directamente por variaciones histológicas, alteraciones urinarias como albuminuria, proteinuria, hematuria, alteraciones en el sedimento urinarias, alteraciones imagenológicas (30) (31).

### **2.2.8. ENFERMEDAD RENAL TERMINAL**

Se trata de la enfermedad renal crónica en su última etapa o fase 5, que se basa en una tasa de filtración glomerular menor o igual a 15 ml/ min., donde existe una pérdida definitiva de la función renal y se requiere del uso fundamental de alguna terapia de reemplazo de la función renal (32).

### **2.2.9. FACTORES DE RIESGO**

En el modelo conceptual propuesto por la National Kidney Foundation, se plantean factores de riesgo en cada una de las fases de ERC, tanto como de inicio, progresión, susceptibilidad y de morbilidad. (10)

- **Factores de riesgo de susceptibilidad:** son aquellos que incrementan la posibilidad de que se produzca un daño renal, como: antecedentes familiares de ERC, edad avanzada, hipertensión arterial, obesidad diabetes mellitus. (33) (34)
- **Factores iniciadores:** · aquellos que inician el fallo o daño renal, como: hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas y urinarias, diabetes, litiasis renal, fármacos neurotóxicos, tabaquismo. (33) (34)
- **Factores de progresión:** · son aquellos que agravan el daño renal y precipitan la disminución de la función renal, como: diabetes e hipertensión mal controlada, tabaquismo obesidad, dislipidemia, proteinuria persistente, anemia. (33) (34)
- **Factores de período final:** son aquellos que incrementan los casos morbilidad, como: hipoalbuminemia, anemia, hipertensión arterial no controlada, dosis baja de diálisis. (33) (34)

De los factores mencionados la Hipertensión Arterial pueden ser a la vez un factor de susceptibilidad, iniciador, de progresión, y de morbilidad en la ERC, además de ser factores potencialmente modificables la diabetes, HTA, obesidad, dislipidemia y el

tabaquismo; haciendo preciso un control y seguimiento más riguroso en pacientes que muestran estos factores de riesgo. (6)

### 2.2.10. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas que se presentan en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica son muy variables, tanto físicos como psicológicos donde resultan afectados todos los aparatos y sistemas, los síntomas más frecuentes son: debilidad, dolor, estreñimiento, náuseas, disnea, prurito, piernas inquietas, alteración del patrón sueño descanso, ansiedad depresión. (35)

### 2.2.11. ALTERACIONES POR SISTEMAS

- **Alteraciones neurológicas:** trastornos de conducta, insomnio, dificultad de la concentración a medida que cursa la enfermedad se presenta irritabilidad neuromuscular como temblores, fasciculaciones y mioclonías. En estadios finales se presenta alteraciones a nivel de la conciencia como desorientación, letargo, estupor y coma. (36)
- **Alteraciones dermatológicas:** se observa palidez a nivel mucoso y cutáneo, hematomas, equimosis, prurito y piel seca. (36)
- **Alteraciones cardiovasculares:** los pacientes con enfermedad renal crónica tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares a medida que disminuye el filtrado glomerular, se encuentran la HTA secundaria, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca congestiva, edema agudo de pulmón, pericarditis y mayor riesgo de un Evento Cerebro Vascular. (36)
- **Alteraciones gastrointestinales:** anorexia, náuseas, vómitos y hemorragia gastrointestinal. (36)
- **Alteraciones hematológicas:** déficit en la producción de eritropoyetina, aumento en la destrucción de eritrocitos lo que conlleva a anemia normocítica normocrómica, además de alteraciones de la coagulación lo que aumenta el riesgo de hemorragias, disminución de los linfocitos B, déficit del sistema inmunitario. (36)

Siendo la anemia un padecimiento frecuente en los pacientes con insuficiencia renal crónica, la eritropoyetina recombinante humana dentro de su uso y manejo de estos pacientes es fundamental su aporte para que haya una mejor calidad de vida. (19)

- **Alteraciones endocrinas:** afecta a ambos sexos en el hombre se presenta disminución de la libido, tamaño testicular, alteración en el proceso del espermatogénesis, mientras que en las mujeres alteraciones en el ciclo menstrual y ovulatorio produciendo amenorrea o menorragia, infertilidad debido por el aumento de la prolactina. El hiperparatiroidismo secundario es una alteración importante en la ERC, así como alteraciones en la regulación de la glucosa. (36)
- **Alteraciones músculo esqueléticas:** dolores osteoarticulares, debilidad muscular, calambres. (36)
- **Trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido base:** hiponatremia, acidosis metabólica, hipocalcemia, hiperfosfatemia, hiperpotasemia. (36)

#### **2.2.12. TRATAMIENTO**

El tratamiento de la ERC depende de la etapa en la que ésta se encuentra, en las cuatro primeras etapas generalmente se requiere de un tratamiento conservador como medidas generales, tratamiento farmacológico y tratamiento dietético, en cambio en la última etapa de la enfermedad el tratamiento se basa en la implementación de una terapia de reemplazo de la función renal. (37) El tratamiento sustitutivo renal ayuda a reducir la sintomatología urémica, logrando así una mejor calidad de vida del paciente, aunque ciertos estudios demuestran que durante la terapia de diálisis que día a día reciben los pacientes es un riesgo mayor de mortalidad a diferencia del resto de la población en general (38)

#### **2.2.13. TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO**

La terapia de sustitución de la función renal consta de hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. La hemodiálisis es un procedimiento sumamente invasivo y de alto riesgo, por lo que éste tipo de pacientes están sujetos a muchas complicaciones

como modificaciones ácido-básico, hidroelectrolíticos, químicos, físicos y hemodinámicos.

#### **2.2.14. DIÁLISIS PERITONEAL**

Este término embarca aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo que utiliza la membrana peritoneal, como membrana de diálisis, encargada de filtrar la sangre removiendo el exceso de agua, desechos y sustancias químicas. El líquido de la diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través del catéter introducido por una pequeña intervención quirúrgica, luego se extrae después de un tiempo, cuando ha producido el intercambio de solutos en la membrana peritoneal. (39)

Se encuentra diferentes modalidades de diálisis peritoneal:

- **Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA):** es un procedimiento sencillo que el paciente se lo realiza de forma manual en la comodidad de su domicilio, por lo general se emplea un volumen de 2 litros, que será infundido en la cavidad peritoneal, con una técnica de intercambio que puede costar hasta de cinco fases: conexión, purgado, drenaje, infusión y desconexión. Con una duración de 4 a 6 horas en el día y 8 a 9 horas durante la noche, debido a las necesidades de ultrafiltración del paciente. (40)

- **Diálisis Peritoneal Automatizada o Ciclada:** se realiza mediante utilización de medios mecánicos, el cual permite una programación del tratamiento, el cual ofrece dos técnicas: intermitente en el cual existen periodos donde la cavidad peritoneal permanece sin líquido y la técnica continua, en la que continuamente permanece líquido en la cavidad peritoneal. (40) Como todo procedimiento en la Diálisis Peritoneal también se presenta complicaciones estas pueden ser infecciosas o no, siendo las infecciosas las más comunes con un 73% de los casos, esta pueden ser infecciones del túnel de salida del catéter peritoneal, del túnel subcutáneo y las peritonitis, siendo esta última la causa más frecuente de morbimortalidad dentro de las complicaciones. (41)

### **2.2.15. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

Las enfermedades crónicas en este caso la ERCT altera la homeostasis corporal de la persona y su entorno, viéndose sometida a múltiples factores que afectan su estado físico, psicológico y social. (42)

Virginia Henderson manifiesta que la función propia de la enfermería es asistir al individuo esté sano o enfermo, en la ejecución que aquellas actividades que favorecen a la recuperación de la salud, autonomía y de aquellas actividades o tareas que las personas ejecutarán si tuvieran la voluntad, fuerza o el conocimiento necesario para hacerlo por cuenta propia en la mayor brevedad posible. (42)

El modelo de cuidados de Virginia Henderson se basa en las necesidades humanas, dentro del papel de enfermera humanística, Henderson otorga un rol complementario-suplementario, es decir, la enfermera debe cumplir con el papel de suplir o ayudar en el desarrollo o satisfacción de las 14 necesidades básicas, que el individuo no es capaz de realizar por cuenta propia en algún momento de su ciclo de vida. (43)

Por lo anteriormente citado el profesional de enfermería como prestador de cuidados debe reconocer dichas necesidades, mediante la valoración, diagnóstico, interviniendo y evaluando cada uno de los catorce elementos del cuidado, con el fin de suplir o dar cobertura a sus requerimientos, mediante la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud y recuperación de su independencia.

#### **2.2.15.1. LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON**

Estas necesidades básicas son necesarias para mantener una homeostasis corporal, es decir la armonía entre el interior y el exterior de la persona, estas necesidades se ven influenciadas por distintos componentes: biológicos, socioculturales, psicológicos y espirituales. Dichas necesidades son universales para todos los seres humanos, pero se manifiestan y satisfacen de forma diferente en cada persona.

## **2.2.15.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

1. **Necesidad de Respirar Normalmente:** fumadora de 10 cigarrillos diarios hace 13 años, al momento de su ingreso refiere disnea de medianos esfuerzos que evoluciona disnea de mínimos esfuerzos, se encuentra recibiendo oxígeno por cánula nasal a 4 litros saturando un 95%.
2. **Necesidad de Beber y Comer adecuadamente:** con relación a su alimentación se le indica dieta para urémico, luego de cada alimentación refiere náuseas que no llegan a vómito.
3. **Necesidad de eliminar los desechos por todas las vías corporales:** presencia de tubo de diálisis peritoneal, ruidos hidroaéreos disminuidos, abdomen distendido refiriendo dolor e incomodidad por su condición. Eliminación urinaria e intestinal disminuidos.
4. **Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:** paciente se mantiene en posición semifowler, en primeros días de estancia hospitalaria refiere disnea de pequeño y medianos esfuerzos, no puede movilizarse con facilidad requiere de ayuda familiar y del personal de enfermería, por lo que se aplicó la escala de NORTON obteniéndose una puntuación de 14 que significa un riesgo medio para que presente las úlceras por presión, presenta leve dolor en región lumbar y miembros inferiores con presencia de edema grado II.
5. **Necesidad de dormir y descansar:** duerme a intervalos cortos durante la noche porque experimenta insomnio, refiere dolor de moderada intensidad a nivel de región lumbar, dolor de moderado intensidad en región abdominal que se intensifica durante y post Diálisis Peritoneal.
6. **Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse:** la paciente se viste con ayuda de familiar o del personal de enfermería, debido a su aspecto general es regular.

7. **Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los rangos normales:** a su ingreso pálida normo térmica, mucosas normales, presenta hipertermia de 38°C, a los dos días de hospitalización su temperatura actual es de 36.8°C, su vestimenta es adecuada para la temperatura ambiental.
8. **Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad cutánea:** se observa que su aspecto general es aseado con buena hidratación de la piel y mucosas, paciente refiere no poder bañarse o de realizar su higiene, por lo cual su familia la acompaña y el personal de enfermería está a la disposición para ayudar. Portador de vía periférica desde su ingreso se ha tenido que cambiar en varias ocasiones.
9. **Necesidad de evitar los peligros:** consciente orientada, atenta en todo lo que se le explica, a pesar de sentirse angustiada por su estado de salud, mediante la valoración con escala de MORSE se obtuvo un puntaje de 65 evidenciándose un alto riesgo de caída, por lo que el familiar y personal de enfermería deben estar pendientes.
10. **Necesidad de comunicarse:** funcionamiento inadecuado de los órganos de los sentidos, refiere sordera, no puede comunicarse fácilmente por su hipoacusia, refiere sentirse angustiada tiene cierto grado de ansiedad a la hospitalización, facies con expresión de tristeza, apatía con sus familiares y el personal de enfermería.
11. **Necesidad de vivir según sus creencias y valores:** paciente refiere que es católica pero no practicante.
12. **Necesidad de trabajo y realización:** la paciente refiere que se dedica a los quehaceres del hogar.
13. **Necesidad de participar en actividades recreativas:** paciente refiere no dedicarse a ninguna actividad física ni recreativa debido a su estado de salud.
14. **Necesidad de aprender:** paciente manifiesta que le ha sido difícil sobrellevar su estado de salud actual por el que está cursando, pero gracias a la atención y educación, brindada por el personal de salud médico y de enfermería para su recuperación en su tratamiento sustitutivo renal fue alentadora.



## CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

### 3.1.DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

#### 3.1.1. Área de estudio

El caso se desarrolla en el Hospital General Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala, Provincia de El Oro es una unidad operativa de segundo nivel de atención. Cuenta con las especialidades de atención en Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Neonatología, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Central de Esterilización, Farmacia, Laboratorios, Imagenología, Fisiatría y Rehabilitación.

#### 3.1.2. Unidad de Análisis

Paciente de 69 años de edad con Diagnóstico de Enfermedad Renal Terminal en tratamiento renal sustitutivo trisemanal, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II.

#### 3.1.3. Tipo de Investigación

La modalidad de esta investigación es de tipo cualitativa, porque se observan las características clínicas de la unidad de análisis a investigar.

#### 3.1.4. Tipos de Estudio

Estudio de caso descriptivo, se basa principalmente en las características clínicas de la unidad de análisis, aparte de obtener información estadística a nivel internacional, nacional y local sobre la patología de estudio de la cual se habla.

#### 3.1.5. Métodos

- **Método clínico:** porque se realiza el análisis de un solo caso de un paciente en particular.
- **Método Heurístico:** basado en las preguntas generadas a partir de la información científica encontrada acerca del caso.

- **Método Analítico:** se aplica cuando se desintegran las categorías del análisis del caso.

### **3.1.6. Técnicas de Investigación**

Revisión documental del estudio de caso descrito en categorías, en la historia clínica del paciente.

### **3.1.7. Instrumentos de Investigación**

Los recursos materiales e instrumentos utilizados para la realización de la investigación son: computadora, impresora, historia clínica, hojas tamaño A4, esferos, y la revisión bibliográfica de 30 artículos.

### **3.1.8. Categorías**

Datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes patológicos personales y familiares, examen físico, enfermedad actual, historia clínica, reportes de enfermería, tratamiento, exámenes complementarios, procedimientos, diagnósticos médicos y diagnósticos enfermeros

### **3.1.9. Aspectos Éticos legales.**

- **Principio de Confidencialidad:** en este estudio se omitirá el nombre de la paciente y será protegida en su totalidad, se anunciara los datos más relevantes referentes al tema de estudio.
- **Principio de No Maleficencia:** durante el desarrollo y obtención de información de este estudio de caso no se perjudica o dañara a persona alguna mucho menos al paciente.
- **Principio de Autonomía:** hace referencia al derecho de paciente a elegir por cuenta propia, en este caso no se verá afectada y que se trata de una investigación de tipo documental.
- **Principio de Beneficencia:** este análisis de caso beneficiara al paciente, debido a que permitirá al personal de enfermería el desarrollo de diagnósticos clínicos prioritarios así como la aplicación de intervenciones eficaces que contribuyan a la recuperación del paciente.

### 3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología empleada para la recolección de datos de este estudio, incluye un proceso sistemático. Para obtener el permiso de acceso a la historia clínica de nuestro objeto de estudio se emitió un oficio N° UTMACH-UACQS-CCEF-2018-0871-OF por parte de la Coordinadora de la Carrera de Enfermería De la Universidad Técnica de Machala, dirigido al Dr. Javier Orellana Cedeño, director del Hospital General Teófilo Dávila. Con el fin de contar con la autorización para el acceso a los datos del paciente, una vez emitida la respuesta se pudo tener acceso al historia clínica en el departamento de estadística del Hospital General Teófilo Dávila; además también se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas confiables en bases de datos como: Scielo, Redalyc, MEDLINE, Dialnet, ScienceDirect, Scopus, etc.

### 3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS

- **Historia Clínica:** consta de un conjunto de documento de carácter ético-legal, que recopilan información tanto básica como relevante del proceso salud-enfermedad del paciente.
- **Anamnesis:** constituye el primer paso de la Historia clínica, que abarca desde los datos de afiliación del paciente hasta el diagnóstico y tratamientos.
- **Antecedentes personales y familiares:** donde se plasma información de eventos, patologías, procedimientos pasados a nivel clínico, quirúrgico, ginecológico, alérgico, traumatológico, farmacológico y mental.
- **Signos vitales:** son las variables que permiten medir o evidenciar el estado hemodinámico del organismo.
- **Examen físico y diagnóstico:** valoración céfalo caudal mediante las técnicas de inspección, palpación, auscultación y percusión, que permiten obtener información del estado de salud del paciente.
- **Solicitud de exámenes:** son todos los exámenes complementarios que permiten emitir un diagnóstico clínico de mayor precisión.
- **Diagnóstico médico de ingreso:** proceso patológico que se considera la causa principal del motivo de consulta, que determina mediante los puntos mencionados anteriormente juntos con la identificación de los principales signos y síntomas.

- **Plan de tratamiento:** incluye desde la prescripción del medicamento por parte del médico y todo el proceso que conlleva la administración de medicamentos realizados por el profesional de enfermería.
- **Evolución y reportes:** registro diario que detalla de forma clara la evolución del estado de salud del paciente durante su estancia hospitalaria.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

#### 4.1.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

##### 4.1.1.1. DATOS DE AFILIACIÓN

- Sexo: femenino
- Edad: 69 años
- Etnia: mestizo
- Religión: católica
- Estado civil: casada
- Lugar de nacimiento: Machala
- Residencia Actual: Machala
- N° de cama: 3
- Fecha de Ingreso: 15/08/2018
- **Motivo de Ingreso o Consulta:** Dolor Lumbar
- **Enfermedad Actual:** Paciente que acude por presentar cuadro clínico de aproximadamente 15 días de evolución caracterizado por edema en miembros inferiores, disnea de pequeños y medianos esfuerzos, desde hace una semana astenia, anorexia, dolor lumbar bilateral de moderada intensidad que se acompaña hace 24 horas de escalofríos y alza térmica no cuantificada, paciente recibe tratamiento antibiótico con Amikacina (5); Ciprofloxacina (5); Vancomicina (5), sin mejoría por lo que se decide su ingreso a esta unidad de salud.

##### **Antecedentes Personales Patológicos:**

- Hipertensión Arterial hace 14 años
- Diabetes Mellitus Tipo II hace 15 años
- Enfermedad Renal Crónica Terminal hace 1 año
- Accidente cerebrovascular hace 6 años
- Hemotorax
- **Antecedentes Patológicos Familiares:** no refiere.
- **Antecedentes obstétricos:** 2 Gestas, 2 Cesáreas.

- **Antecedentes quirúrgicos:** 2 Cesáreas, Fístula Arterio-Venosa en antebrazo izquierdo aproximadamente 5 meses.
- **Hábitos no Tóxicos:**
  - Actividad física disminuida.
  - Dieta para urémico.
- **Hábitos tóxicos:**
  - Consumo de tabaco durante 10 años hace 13 años
  - Bebedor social hace 13 años.
- **Condiciones socioeconómicas:** Vive en cuarto de arriendo con todos los servicios básicos.

#### 4.1.12. EXAMEN FÍSICO

- **SIGNOS VITALES:**
  - **Presión Arterial:** 143/97
  - **Pulso:** 70x´
  - **Temperatura:** 37°C
  - **Respiraciones:** 20x´
  - **Saturación de Oxígeno:** 90%
  - **Peso:** 75 kg
  - **Talla:** 1. 53cm
  - **IMC:** 32
- **EXAMEN SOMÁTICO GENERAL**
  - **Aspecto general:** regular.
  - **Facies:** álgicas.
  - **Biotipo:** pícnico.
  - **Actitud:** decúbito dorsal.
  - **Deambula:** activo.
  - **Actividad psicomotriz:** conservado.
  - **Piel:** pálida, normotérmica
  - **Uñas:** buena higiene e implantación.
  - **Pelo:** corto, flexible a la tensión.

- **Tórax:** simétrico, elasticidad y expansibilidad disminuidos, con estertores crepitantes bilateral, murmullo vesicular disminuido, ruidos cardiacos sincrónicos con el pulso.
- **Abdomen:** distendido doloroso ala palpación, en hipocondrios, epigastrio y mesogastrio, con presencia de catéter para diálisis peritoneal. Ruidos hidroaéreos disminuidos.
- **Genitourinario:** genitales femeninos normales, dolor en puntos ureterales izquierdos.
- **Extremidades:** simétricas con edema que deja fóvea +++/+++ con tono y fuerza muscular conservados.
- **ENE:** lúcido consciente, orientado en tiempo, espacio y persona.
- **DIAGNÓSTICO DE INGRESO:**
  - Infección del tracto urinario
  - Endocarditis?
  - Insuficiencia renal crónica
  - Diabetes mellitus tipo II
  - Hipertensión arterial
- **DIAGNÓSTICO DE EGRESO:**
  - Insuficiencia renal crónica terminal
  - Derrame pleural con clasificado en otra parte
  - Hipoacusia neurosensorial bilateral
- **PLAN DE TRATAMIENTO**
  - Cloruro de sodio 0.9% 250 cc en 24H
  - Omeprazol 40 mg intravenoso C/Día
  - Enoxaparina 20 mg subcutáneo C/Día
  - Clopidogrel 75 mg vía oral C/Día
  - Carvedilol 6.25 mg vía oral C/12H
  - Eritropoyetina 4000 UI subcutáneo L-M-V
  - Ácido ascórbico 1 gr intravenoso C/Día
  - Ceftriaxona 1 gr intravenoso C/12H
  - Metilprednisolona 250 mg intravenoso C/Día 3 dosis
  - Ketorolaco 30 mg IM STAT

- Metoclopramida 10 mg intravenoso PRN
- Metamizol sódico 1 gr intravenoso C/8H luego PRN
- Metilbromuro de Hioscina 1 ampolla intravenosa PRN
- 3 claras de huevo con C/Comida
- Aceite de oliva 10 cc con C/Comida
- **EXÁMENES SOLICITADOS:**
  - Biometría hemática
  - Bioquímica sanguínea
  - Hemocultivo
  - Urocultivo
  - Hisopado Rectal y Nasal
  - TAC s/ tórax
  - AC s/c abdomen
  - Baciloscopia
  - Cultivo y Antibiograma de esputo.
  - Ecografía abdominal
  - Ecocardiograma

#### 4.1.1.3. EVOLUCIÓN Y RESUMEN DEL CASO

**15/08/2018:** paciente pasa del área de emergencia a medicina interna, durante el turno de la noche consiente orientado en tiempo, espacio y persona, facies pálidas, álgicas, disnea de medianos esfuerzos con oxígeno por cánula nasal a 4L', abdomen doloroso a la palpación con presencia de catéter peritoneal, fuerza y tono muscular conservados, se administra 2 unidades de glóbulos rojos.

**PA:** 140/60 mmHg      **FR:** 25'      **P:**92'      **SPO2:** 95%      **T:** 36°C

**16/08/2018 Nefrología:** paciente en diálisis peritoneal desde 22/07/2018 con antibioticoterapia desde 02/082018 con Amikacina 1gr, Ciprofloxacino 400 mg, Vancomicina 1 gr 5 dosis, sin foco infeccioso determinado, con fórmula leucocitaria ascendente, neutrofilia, anemia severa. **Infectología:** solicita Hemocultivo x 4, Urocultivo, Cultivo y Antibiograma de líquido pleural, Hisopado Rectal y Nasal, TAC s/ tórax, TAC s/c abdomen, Baciloscopia Cultivo y Antibiograma de esputo. Paciente



evoluciona a disnea de mínimos esfuerzos, saturación de O2 menor del 95%, se coloca oxígeno por cánula nasal a 4L'. Temperatura: 38.4°C.

**16/08/2018:** paciente durante turno de la noche recibiendo oxígeno por cánula nasal a 4L', durante sesión de diálisis peritoneal refiere dolor abdominal 7/10 a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio y mesogastrio, se administra antiespasmódico prescrito.

**PA:** 130/50 mmHg      **FR:** 24'      **P:** 90'      **SPO2:** 98%      **T:** 37°C

**17/08/2018:** pacientes en iguales condiciones clínicas, se obtiene resultados de hisopado nasal y rectal negativo.

**PA:** 130/80 mmHg      **FR:** 22'      **P:** 85'      **SPO2:** 95%      **T:** 36,8°C

**18/08/2018:** paciente consciente orientada, con pérdida de la audición, facies pálidas, con dificultad respiratoria, en la noche durante y después de Diálisis Peritoneal paciente refiere dolor abdominal de gran intensidad, que persiste después de analgesia lo que le produce insomnio.

**PA:** 140/60 mmHg      **FR:** 25'      **P:** 92'      **SPO2:** 95%      **T:** 36°C

**20/08/2018:** paciente en su 5° día de hospitalización se recibe resultados de exámenes de la laboratorio Hemoglobina: 8,20 g/dl, médico indica transfundir unidad de Glóbulos Rojos. Se realiza extracción de muestra de esputo en escasa cantidad

**PA:** 140/60 mmHg      **FR:** 25'      **P:** 92'      **SPO2:** 95%      **T:** 36°C

**21/08/2018:** paciente en iguales condiciones clínicas presenta dolor abdominal de gran intensidad post diálisis peritoneal, se administra antiespasmódico indicado, además presenta pérdida de la audición. Nefrólogo recomienda suspender tratamiento con amikacina e indica ceftriaxona 1gr c/12h.

**22/08/2018 Psicología:** paciente con mala adherencia al tratamiento, irritable inestabilidad emocional, conflictos familiares no resueltos, refiere sentirse sola y ser una carga para la familia. Recomienda terapia familiar. Se realiza extracción de muestra de

esputo. Paciente es trasladada para ecocardiograma tramitado por trabajo social. Se le realiza eco abdominal en el que se evidencia Derrame Pleural. Paciente es trasladada para ecocardiograma tramitado por trabajo social

**Infectología:** se revalora paciente con resultados de hemocultivo, con reporte negativo para crecimiento bacteriano, durante la noche paciente refiere dolor de gran intensidad en miembros inferiores tipo calambre que se exagera cuando termina sesión de diálisis peritoneal.

**PA:** 100/70 mmHg      **FR:** 20'      **P:** 92'      **SPO2:** 93%      **T:** 36,5°C

**23/08/2018:** paciente consciente orientada, pérdida de la audición, facies pálidas, respiraciones espontáneas tolerando oxígeno ambiental. **Otorrinolaringólogo:** valora resultados de audiometría con Dx, de Hipoacusia Neurosensorial Bilateral. **Cardiología:** valorada con resultados de Ecocardiograma indica tratamiento farmacológico para patología de base. **Resultados de TAC tórax:** derrame pericárdico, infiltrado alveolo-intersticial.

**PA:** 120/70 mmHg      **FR:** 20'      **P:** 72'      **SPO2:** 98%      **T:** 36,4°C

**24/08/2018 Nefrología:** paciente en condiciones clínica estables refiere sentirse asintomática. Recibe alta médica más indicaciones de tratamiento farmacológico

**P.A:** 110/70    **FC:** 70X'    **FR:** 20X'    **T°:** 36,4°C    **SPO2:** 97%.

**NOTA:** No se realiza exámenes de Urocultivo, Cultivo y Antibiograma de Líquido pleural, Baciloscopia Cultivo y Antibiograma de esputo porque paciente no colabora para la extracción de la muestra.

## V. DISCUSIÓN

Paciente diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica Terminal hace aproximadamente 1 año, con antecedentes de Hipertensión Arterial hace 14 años, Diabetes Mellitus Tipo II hace 15 años, Accidente cerebrovascular hace 6 años, en terapia de reemplazo de la función renal 11 meses con Hemodiálisis y desde hace aproximadamente 2 meses en Diálisis Peritoneal. Con antecedentes de múltiples ingresos con largas estadías hospitalarias, dando como característica clínica prevalente dolor torácico, disnea, tos y fiebre, al séptimo día de hospitalización ECO Abdominal reporta Derrame Pleural.

Un amplio rango de enfermedades puede dar lugar a la presencia de ésta patología como: enfermedades pulmonares y extrapulmonares y el uso de ciertos fármacos. Un estudio realizado en México por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el año 2001-2012, demostró que la primera causa de derrame pleural son las infecciosas con 52,2%, seguido de las neumonías y derrame paraneumónico con 24,7% tuberculosis pulmonar con 8%. Tuberculosis pulmonar más VIH 8,2% (3)

Otros autores señalan que la causa más frecuente del derrame pleural fueron las infecciosas con 52.2%, en segundo lugar, las neoplásicas malignas de tórax 33.5%, el 24.7% de neumonías y derrame paraneumónico, tuberculosis con el 8.0%, tuberculosis más VIH 8.2%, 13.2% por empiemas y 14.3% se dieron por causa desconocida. (46). Como primera causa el cáncer con 27%, seguido de la insuficiencia cardíaca con 21%, 19% con neumonía, tuberculosis 9%. (25).

Sosa, A. et, al. En su estudio con 363 pacientes señala que señala que la causa más frecuente del derrame pleural fueron las infecciosas con 52.2%, en segundo lugar, las neoplásicas malignas de tórax 33.5%, el 24.7% de neumonías y derrame paraneumónico, tuberculosis con el 8.0%, tuberculosis más VIH 8.2%, 13.2% por empiemas y 14.3% se dieron por causa desconocida. (46)

Cómo lo anteriormente citado podemos encontrar que la causa más frecuente del Derrame pleural son las infecciosas y neoplásicas en pacientes con enfermedad cardiaca congestiva. En el presente caso no se encontró relación directa del Derrame Pleural con la Enfermedad Renal Crónica, ya que no existe un diagnóstico clínico que lo respalde,

sin embargo, lo podemos relacionar como resultado de una secuela de un Hemotórax, secundario a la colocación de catéter central subclavio para Hemodiálisis, que se relaciona con lo mencionado por Bodenham, A. quien indica que, en relación al sitio de colocación, a nivel subclavio existen mayor riesgo de complicaciones.

En relación a la sintomatología en la Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural señala que la sintomatología es variable y depende directamente de la causa subyacente, pero las manifestaciones más comunes son: dolor pleurítico, disnea, tos seca y fiebre. (3), lo que coincide con lo manifestado por la paciente.

## VI. CONCLUSIONES

Siendo la enfermedad renal terminal una de las patologías de alto grado de riesgo de morbi-mortalidad por sus características clínicas multisistémicas, el uso de catéter venoso central, se vuelve obligatorio, lo que conlleva complicaciones relacionadas a la inserción del mismo como son los traumatismos (Hemotorax).

Desde la visión holística a través de la valoración de la paciente y de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson se determina que las 14 necesidades se encuentran alteradas, pero la agravante para su estado de salud se refleja en la necesidad de respirar normalmente, necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, necesidad de evitar los peligros.

Según la clínica evidenciada en el caso durante su estadía hospitalaria se solicitan exámenes de gabinete como Urocultivo, Cultivo y Antibiograma de Líquido pleural, Baciloscopía Cultivo y Antibiograma de esputo, para corroborar el diagnóstico clínico, pero no se pudieron realizar ya que el paciente no colaboró al momento de hacer la extracción de las muestra, lo que refleja una demora en el desarrollo del mismo. Los problemas más sobresalientes que manifestó el paciente son: Patrón Respiratorio Ineficaz, Exceso de Volumen de Líquidos, Dolor Crónico, Riesgo de Caídas y Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea.

## VII. RECOMENDACIONES

Enfocarse en la evidencia científica disponible acerca de la enfermedad y sus factores de riesgo del Derrame Pleural en paciente Renal Crónico, como lo establece las guías clínicas con sus protocolos para dar la atención adecuada a los pacientes con esta patología.

El profesional de enfermería debe educar al paciente referente a los factores de riesgo, diagnósticos y tratamiento oportuno y eficaz, mediante la información clara y concisa, utilizando un lenguaje sencillo para lograr la atención y comprensión del paciente y su familia acerca de todo su proceso.

Se debe mejorar la aplicación de los planes de cuidados de enfermería dentro del área hospitalaria, para ayudar en las necesidades del paciente en la toma de decisiones y resolución de problemas.

La función sobre la planificación de los cuidados de enfermería basados en la teoría de Virginia Henderson sobre las necesidades básicas del ser humano, plantea que los profesionales de enfermería deben realizar este tipo de estudio, para poner en práctica los diagnósticos enfermeros de la Taxonomía NANDA, NOC NIC, indistintamente donde se encuentra laborando en cualquier área de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de práctica clínica Quito, Ministerio de Salud Pública: Dirección Nacional de Normatización; 2018.
2. Procel JM, García Gill D. Urgencias en enfermedades de la pleura. [Online].: Elsevier; 2013.. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001425651200447X?via%3Dihub>
3. Sistema Nacional de salud. Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural. [Online]. México; 2016. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/243\\_GPC\\_DER RAME\\_PLEURAL/Derram1.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/243_GPC_DER RAME_PLEURAL/Derram1.pdf).
4. Dirección de Estadísticas Sociodemográficas. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Online].; 2014. Acceso 10 de Noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>.
5. Pabón Varela Y, Paez Hernandez S, Rodriguez Daza , Medina Atencia CE, López Tavera. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, UNA MIRADA BIBLIOGRÁFICA. [Online].; 2015.. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473/861>.
6. Neira Urrutia , Oliva Mella P, Osses Paredes. Función renal y factores asociados en el desarrollo de la enfermedad renal crónica en adultos. [Online].; 2014 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192014000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000400004).
7. Gonzalez Villavelazquez ML, Negrete Anducho J, Gutierrez Gutierrez A. Hemotórax masivo secundario a colocación de catéter. Arch Neurocién (Mex). 2015; 20(1): p. 89-94.
8. Campos Gómez X, Vega Ávalos G. Medicina Legal de Costa Rica. [Online].; 2016.. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-001520160001000 25](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-001520160001000 25).
9. Velásquez M. Manejo de los sistemas de drenaje pleural. [Online].; 2015.. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355540058008>.
10. Torres Rondón , Bandera Ramos , Yulior Ge Martínez , Amaro Guerra. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica en pacientes del municipio de Il Frente. [Online].; 2017.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300004).

- 1 Organización Mundial de la Salud. INFORME SOBRE LA SITUACIÓN MUNDIAL.  
1. [Online].; 2014.. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf;jsessionid=492335823624F0C2BE524E175F974BB0?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=492335823624F0C2BE524E175F974BB0?sequence=1).
- 1 Organizaciòn Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Online]; 2018.  
2. Acceso 3 de 12de 2018. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 1 Lopera Medina. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y  
3. respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud\*. [Online]. Bogotá;  
2016.. Disponible en  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272016000100015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000100015).
- 1 Gómez F, Valenciano Y, Baly A, Claro Y, Mestre Y. Carga de enfermedad en  
4. pacientes con insuficiencia renal crónica terminal según años de vida saludable  
perdidos. [Online].; 2016.. Disponible en:  
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/80/1480>.
- 1 Sarcona E, Díaz M. Efecto de la enfermedad renal sobre el monitoreo ambulatorio  
5. de la presión y enfermedad renal. [Online].; 2015.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1850-37482015000200010](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1850-37482015000200010).
- 1 León Álvarez J, García Sánchez , Gutiérrez Rojas , Pérez Caballero.  
6. Biomarcadores de daño renal en la hipertensión arterial esencial. [Online].; 2016..  
Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232016000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000400004).
- 1 Silva Tobar SD. Hemodiálisis: antecedentes históricos, su epidemiología en  
7. Latinoamérica y perspectivas para el Ecuador. [Online]. Ibarra, Ecuador; 2016..  
Disponible en: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/EPISTEME/article/view/210/117>.
- 1 Rebollo Rubio A, Pons Raventos ME, Macías López MJ, Cabera Azaña S.  
8. Valoración de la acogida de pacientes que inician terapia renal sustitutiva: nivel de  
satisfacción. [Online]. Madrid; 2015.. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000200004).
- 1 Pérez Escobar , Herrera Cruz N, Pérez Escobar. Comportamiento de la mortalidad  
9. del adulto en hemodiálisis crónica. [Online].; 2017.. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100004).



- 2 Cuevas Budhart M, Saucedo García P, Romero Quechol , García Larumbe A, 0. Hernández Paz y Puente. Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. [Online]. Madrid; 2017.. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842017000200112](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200112).
- 2 Shorer V, García J, Cifrian M, Grimalt L. Accesos Venosos Centrales: 1. Complicaciones Mayores. [Online].; 2014.. Disponible en: [http://pdf.posterng.netkey.at/download/index.php?module=get\\_pdf\\_by\\_id&poster\\_id=123361](http://pdf.posterng.netkey.at/download/index.php?module=get_pdf_by_id&poster_id=123361).
- 2 Oyonarte W. Enfoque Diagnóstico en el Paciente con Derrame Pleural. [Online]. 2. Santiago de Chile; 2015.. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000668>.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Módulo de principios de epidemiología 3. para el control de enfermedades (MOPECE) : unidad 2 : salud y enfermedad en la población Washington D.C; 2010.
- 2 Porcel JM. Derrame pleural en la insuficiencia cardiaca. [Online]. España; 2014.. 4. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v14n4/v14n4a01.pdf>.
- 2 Porcel JM, Esquerda A, Vives M, Bielsa S. Etiología del derrame pleural: análisis de 5. más de 3.000 toracocentesis consecutivas. [Online].; 2014.. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es-pdf-S0300289613003414>.
- 2 Mejía Olivares B. Manifestaciones clínicas y radiológicas del derrame pleural en la 6. UMAE No. 34 Monterrey, Nuevo León, México. [Online]. México; 2014.. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0028-37462014000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462014000100002).
- 2 Villena Garrido , Cases Viedma E, Fernandez Villar A, de Pablo Gafas A, Perez 7. Rodriguez , Porcel Perez JM, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-normativa-sobre-el-diagnostico-tratamiento-articulo-S0300289614000672>.
- 2 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnostico y Tratamiento del Derrame 8. Pleural. [Online]. Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F. : CENETEC ; 2016.. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/243\\_GPC\\_DER RAME\\_PLEURAL/Derrame\\_Pleural\\_RR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/243_GPC_DER RAME_PLEURAL/Derrame_Pleural_RR_CENETEC.pdf).

- 2 Castelló González , Hernández Moore , Delgado Marín N, Bueno Rodríguez C.  
9. Posibilidades diagnósticas y terapéuticas en niños con derrame pleural paraneumónico complicado. [Online].: 17; 2013.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552013000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300014).
- 3 Poll Pineda , Rueda Macías M, Poll Rueda A, Mancebo Villalón , Arias Moncada.  
0. Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. [Online]. Santiago de Cuba; 2017.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000900006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900006).
- 3 Heras M, García Cosmes , Fernández Reyes J, Sánchez. Evolución natural de la  
1. función renal en el anciano: análisis de factores de mal pronóstico asociados a la enfermedad renal crónica. [Online].; 2013.. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952013000500003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952013000500003&script=sci_abstract&tlng=pt).
- 3 Secretaría de Salud. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y  
2. Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. [Online]. México: Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014.. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GRR.pdf>.
- 3 Araújo L, Betancourt B, Dos Santos G, Gonzáles V, Vasques L, Vignolo W, et al. La  
3. Hipertensión Arterial es factor de riesgo para el desarrollo y progresión de la Enfermedad Renal Crónica. [Online].; 2016.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300010).
- 3 Rodríguez OB. Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. [Online].;  
4. 2015.. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n3/v01n03a01.pdf>.
- 3 Gutiérrez Sánchez , Leiva Santos JP, Macías López J, Cuesta Vargas I. Perfil  
5. sintomático de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 4 y 5. [Online].; 2017.. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842017000300259](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000300259).
- 3 Sellarés VL. Enfermedad renal crónica. Nefrología. 2012; 7(1).  
6.
- 3 Cuevas MdiÁE. Enfermedad Renal. [Online].; 2016.. Disponible en:  
7. [https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM\\_152\\_2016\\_S1\\_090-096.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM_152_2016_S1_090-096.pdf).
- 3 Semanat Vaillant , Fernandes Martins , Torres Martínez , Alfonso Sat. El exceso de  
8. peso como un factor de riesgo de complicaciones durante la hemodiálisis iterada. [Online].; 2017.. Disponible en:

[http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/251/pdf\\_20?fbclid=IwAR1hxAfSy1Ks3K2acCmBD\\_KcfD5GzAlfhdhgsNO\\_UXbQXa\\_fm8kNOQivBLA](http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/251/pdf_20?fbclid=IwAR1hxAfSy1Ks3K2acCmBD_KcfD5GzAlfhdhgsNO_UXbQXa_fm8kNOQivBLA).

- 3 Macía Heras M, Coronel Díaz F. Nefrología al Día. [Online].; 2016. Acceso 5 de  
9. Enero de 2019. Disponible en:  
<http://dev.nefro.elsevier.es/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-dialisis-peritoneal-definicion-membrana-transporte-peritoneal-cateteres-conexiones-soluciones-dialisis-50>.
- 4 Coronel Díaz F, Macía Heras M. Indicaciones y modalidades de diálisis peritoneal.  
0. Revista Nefrológica. 2012; 6(1).
- 4 Durán Casal P, Florín Yrabién J, Adam Castillo B, Hernández Alfonso H.  
1. Complicaciones infecciosas de la diálisis peritoneal ambulatoria en niños. [Online].;  
2013.. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312013000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000400005).
- 4 Ulloa Varela J, Rodríguez Vidal M, Cruz Pedreros M. PERFIL  
2. BIOSOCIODEMOGRÁFICO Y VALORACIÓN DE NECESIDADES EN PACIENTES  
EN DIÁLISIS PERITONEAL. [Online].; 2014.. Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000100008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100008).
- 4 Galvis López A. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería  
3. psiquiátrica. [Online].; 2015.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732015000200012&script=sci_abstract&tlng=es).
- 4 Jara Sanabria F, Lizano Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería  
4. por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. [Online].; 2016.. Disponible  
en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358748563003>.
- 4 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.Instituto Nacional de Educación  
5. Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de  
Enfermería (PAE). [Online]. Asunción-Paraguay; 2013.. Disponible en:  
<http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/view/24/10>.
- 4 Sosa Juarez A, García Sancho C, Sánchez Hernández JD, Jaime Capetillo ME,  
6. Fernández Plata R, Martínez Briseño D. Epidemiología del derrame pleural en el  
INER, 2011-2012. [Online].; 2013.. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2013/nt132d.pdf>.

ANEXOS

**TABLA N° 1 : PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (ACTIVIDAD Y REPOSO)**

<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL</b>				
<b>Dominio:</b> 4 actividad reposo		<b>Clase:</b> 4 respuestas cardiovasculares y respiratorias		
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Evaluación</b>
<p><b>ETIQUETA (PROBLEMA)</b> (00032) Patrón respiratorio ineficaz <b>DEFINICION:</b> Alteración de la inspiración o de la espiración que imposibilita una adecuada ventilación</p>	<p>(00403)  Estado respiratorio : ventilación</p>	<p>(040316)  Ausencia de dificultad respiratoria</p>	<p><b>[3350] Monitorización respiratoria</b> - Vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones - Observar el movimiento torácico, especialmente simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales - Auscultar los sonidos respiratorios vigilando la presencia de sonidos adventicios <b>[3320] Oxigenoterapia</b> -Mantener la permeabilidad de las vías aéreas - preparar el equipo de oxígeno y administrar según órdenes - vigilar constantes vitales, especialmente frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno</p>	<p><b>Escala:</b> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p><b>Indicador</b> Valor escala 3 moderadamente comprometido</p>
<p><b>FACTOR RELACIONADO</b> Acumulación de líquido pleural</p>				
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b> Disnea</p>				

**TABLA N° 2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (NUTRICION)**

<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL</b>					
<b>Dominio:</b> 2 Nutrición			<b>Clase:</b> 5 Hidratación		
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Evaluación</b>	
<p><b>ETIQUETA (PROBLEMA)</b> (00026) Exceso de volumen de líquidos</p> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Estado en que se presenta aumento de la retención de líquidos corporales isotónicos y edemas</p>	<p>(0601)</p> <p>Equilibrio hídrico</p>	<p>(060112)</p> <p>Ausencia de edema periférico</p>	<p><b>[4120] Manejo de líquidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar los signos vitales</li> <li>- registro preciso de ingesta y eliminación</li> <li>- Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuado</li> <li>- Monitorizar el estado hemodinámico PVC, PAM según disponibilidad</li> <li>- evaluar la ubicación y extensión del edema</li> <li>- administración de diuréticos</li> </ul>	<p><b>Escala:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol> <p><b>Indicador</b></p> <p>Valor escala 2 sustancialmente comprometido</p>	
<p><b>FACTOR RELACIONADO</b> Compromiso de los mecanismos reguladores</p>					
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b> edema en extremidades inferiores y ascitis</p>					

**TABLA N°3: PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (CONFORT)**

<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL</b>				
<b>Dominio: 12 CONFORT</b>		<b>Clase: 1 CONFORT FÍSICO</b>		
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Evaluación</b>
<p><b>ETIQUETA</b></p> <p><b>(PROBLEMA)</b></p> <p>(00133) dolor crónico</p> <p><b>DEFINICIÓN:</b></p> <p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, de inicio súbito o lento y una duración mayor de 6 meses</p>	<p>(02102)</p> <p>Nivel de dolor</p>	<p>(210204)</p> <p>Duración de los episodios de dolor</p>	<p><b>[2210]</b></p> <p><b>Administración de analgésicos</b></p> <p>- determinar la ubicación, características y gravedad del dolor antes de medicar a la paciente</p> <p>- comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, así como las dosis y frecuencia de administración prescrita</p> <p>- controlar signos vitales antes y después de administrar analgésicos según protocolo de manejo</p> <p>- evaluar y registrar los resultados</p>	<p><b>Escala:</b></p> <p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p> <p><b>Indicador</b></p> <p>Valor escala 3 moderadamente comprometido</p>
<p><b>FACTOR RELACIONADO</b></p> <p>Enfermedad crónica</p>				
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b></p> <p>Informe verbal del dolor/ cambios en el patrón del sueño</p>				

**TABLA N°4 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (SEGURIDAD Y PROTECCIÓN)**

<b>PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL</b>				
<b>Dominio:</b> 11 Seguridad / Protección		<b>Clase:</b> 1 Infección		
<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Evaluación</b>
<p><b>ETIQUETA (PROBLEMA)</b> (00047) Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea</p> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.</p>	<p>(0601)</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<p>(11010)</p> <p>Ausencia de lesión tisular</p>	<p><b>[3540] Prevención de las úlceras por presión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala Norton)</li> <li>- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.</li> <li>- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día o c/2h.</li> <li>- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.</li> <li>- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.</li> <li>- Humedecer la piel seca, intacta.</li> <li>- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.</li> <li>- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.</li> <li>- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías.</li> </ul>	<p><b>Escala:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Extremadamente</li> <li>2. Sustancialmente</li> <li>3. Moderadamente</li> <li>4. Levemente</li> <li>5. No comprometida</li> </ol> <p><b>Indicador</b></p> <p>Valor escala 4 levemente comprometido</p>
<p><b>FACTOR RELACIONADO</b> Inmovilización física</p>				
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITIVAS</b> Alteración del equilibrio.</p>				

**TABLA N°5 RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO(BIOMETRÍA)**

<b>BIOMETRÍA</b>			
<b>FECHA:</b>	<b>15/08/2018</b>	<b>20/08/2018</b>	<b>22/08/2018</b>
<b>Glóbulos. B:</b>	22.08/ul	12.18ul	12.19/ul
<b>Glóbulos. R:</b>	2.20/ul	2.66/ul	3.24/ul
<b>Hemoglobina:</b>	6.70g/dl	8.20g/dl	9.60g/dl
<b>Hematocrito:</b>	21.80%	26.10%	30.50%
<b>Monocitos:</b>	8.9%	12.2%	12.7%
<b>Neutrófilos:</b>	77.9%	67.7%	70.7%
<b>Linfocitos:</b>	11.4%	15.3%	12.8%
<b>Eosinófilos:</b>	1.6%	4.4%	3.4%
<b>Basófilos</b>	0.2%	0.4%	0.4%
<b>Plaquetas</b>	598.00	617.00	562.00
<b>BIOQUÍMICA</b>			
<b>15/08/2018</b>	<b>20/08/2018</b>	<b>24/08/2018</b>	
<b>Sodio:</b> 135 mEq/l	<b>Sodio:</b> 134 mEq/l	<b>Sodio:</b> 138 mEq/l	
<b>Potasio:</b> 5.30 mEq/l	<b>Potasio:</b> 5.00 mEq/l	<b>Potasio:</b> 5.10 mEq/l	
<b>Cloro:</b> 104 mEq/l	<b>Cloro:</b> 101 mEq/l	<b>Cloro:</b> 101 mEq/l	
<b>Glucosa:</b> 104 mg/dl	<b>Creatinina:</b> 11.95 mg/dl	<b>Creatinina:</b> 11.70 mg/dl	
<b>Creatinina:</b> 12.79 mg/dl	<b>Urea:</b> 154.90 mg/dl	<b>Urea:</b> 184.50 mg/dl	
<b>Urea:</b> 174.70 mg/dl	<b>Colesterol total:</b> 162 mg/dl		
	<b>Colesterol-HDL:</b> 24 mg/dl		
	<b>Colesterol-LDL:</b> 86 mg/dl		
	<b>Triglicéridos:</b> 265 mg/dl		
	<b>Proteínas totales:</b> 6.29 g/dl		
	<b>Albúmina sérica:</b> 2.69 g/dl		
	<b>Globulinas séricas:</b> 2.64 g/dl		



**TABLA N°6 RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO  
(GASOMETRÍA/PRUEBAS DE COAGULACIÓN)**

<b>GASOMETRÍA</b>		
<b>15/08/2018</b>	<b>20/08/2018</b>	<b>22/08/2018</b>
<b>PCO2:</b> 31.1 mmHg <b>PO2:</b> 103.0 mmHg <b>HCO3:</b> 18.2 mm/dl <b>Ph-gases arteriales:</b> 7.384 <b>Saturación O2:</b> 97.7%	<b>PCO2:</b> 43.2 mmHg <b>PO2:</b> 52.1 mmHg <b>HCO3:</b> 21.1 mm/dl <b>Ph-gases arteriales:</b> 7.306 <b>Saturación O2:</b> 82%	<b>PCO2:</b> 36.1 mmHg <b>PO2:</b> 64.4 mmHg <b>HCO3:</b> 17.6 mm/dl <b>Ph-gases arteriales:</b> 7.307 <b>Saturación O2:</b> 90%
<b>PRUEBAS DE COAGULACIÓN</b>		
<b>15/08/2018</b>	<b>17/08/2018</b>	<b>20/08/2018</b>
<b>Tiempo de protombina:</b> 14.00 seg <b>INR:</b> 1.31 <b>Tiempo parcial de tromboplastina:</b> 49.30 seg	<b>Tiempo de protombina:</b> 14.50 seg <b>INR:</b> 1.36 <b>Tiempo parcial de tromboplastina:</b> 59.40seg <b>DIMERO D:</b> 3.00 ug/ml	<b>Tiempo de protombina:</b> 12.90 seg <b>INR:</b> 1.20 <b>Tiempo parcial de tromboplastina:</b> 55.10 seg

## FIGURA N°1 RESULTADO DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL

HOSPITAL TEOFILIO DAVILA  
SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA

PACIENTE: [REDACTED]  
EDAD: 69 AÑOS  
FECHA: 22/08/2018 10:05  
REMITE: DR. JUAN SEBASTIAN MURILLO  
EXAMEN: ECOGRAFIA DE ABDOMEN

INFORME:

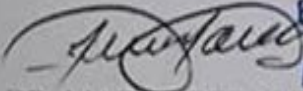
Se evoluciona ecográficamente a la paciente, encontrándose con respecto a ecografía previa del 17/08/2018 únicamente Derrame Pleural bilateral, las demás estructuras no muestran cambios.

No se observan masas, no adenomegalias.

**HALLAZGOS:**

SIGNOS ECOGRÁFICOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA  
DERRAME PLEURAL BILATERAL

ATENTAMENTE.-

  
REG. MSP. 1103990576  
REG. SENESCYT. 19233195

DR. MARCO PERALTA SUIING  
MÉDICO IMAGENÓLOGO

**Fuente:** Resultado de ecografía tomada de historia clinica unica del paciente.