



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA  
RENAL CRÓNICA TERMINAL MÁS SÍNDROME CONVULSIVO  
BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

CARAGUAY BARBA PABLO ANDRES  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

GARZON LALANGUI JEFFERSON CRISTOBAL  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA  
RENAL CRÓNICA TERMINAL MÁS SÍNDROME CONVULSIVO  
BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

CARAGUAY BARBA PABLO ANDRES  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

GARZON LALANGUI JEFFERSON CRISTOBAL  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA TERMINAL MÁS SÍNDROME CONVULSIVO BASADO EN LA TEORÍA  
DE DOROTHEA OREM

CARAGUAY BARBA PABLO ANDRES  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

GARZON LALANGUI JEFFERSON CRISTOBAL  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MORA VEINTIMILLA GLADIS DEL ROCIO

MACHALA, 05 DE ENERO DE 2021

MACHALA  
2021

# INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA TERMINAL

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE  
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

## FUENTES PRIMARIAS

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

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

Los que suscriben, CARAGUAY BARBA PABLO ANDRES y GARZON LALANGUI JEFFERSON CRISTOBAL, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado ROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL MÁS SÍNDROME CONVULSIVO BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM, 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.

Los autores 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.

Los autores 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, 05 de enero de 2021



CARAGUAY BARBA PABLO ANDRES  
0704394444



GARZON LALANGUI JEFFERSON  
CRISTOBAL  
1150302113

## RESUMEN

La insuficiencia renal crónica es la fase terminal del proceso patológico que afecta al funcionamiento renal, dando así su deterioro continuo. El incremento de la presión intraglomerular junto con la presencia de proteinuria son elementos patogénicos directamente relacionados con la función renal y la progresión del daño renal.

La prevalencia de hipertensión arterial es elevada en pacientes con enfermedad renal crónica, aumentando a medida que el filtrado glomerular disminuye. Evidencias epidemiológicas ponen de manifiesto la relevancia de la hipertensión arterial en el inicio y la progresión del daño renal independientemente de otras variables tales como la edad y la función renal basal. Cerca del 78% de la población en general padece de algún episodio de molestia a nivel renal, el 25% de esta población que cursa secuelas evoluciona esta patología hasta convertirse en mortal.

La sociedad latinoamericana de nefrología e hipertensión SLANH-OMS indica que la insuficiencia renal crónica la padece cerca del 10% de la población a nivel mundial la enfermedad en América latina es de 650 pacientes por cada millón de habitantes algunos países padecen de recursos y equipos suficientes para cubrir la demanda y el tratamiento de las personas que lo necesitan. Los principales factores de riesgo son la hipertensión arterial y la diabetes ya que forman parte del grupo de enfermedades crónico degenerativas juntas son devastadoras para la salud causando problemas económicos, médicos y sociales.

En el Ecuador la IRC es un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, se estima que afecta al 11% de la población adulta como todos los procesos crónicos produce un elevado gasto sanitario condicionado por su alta tasa de mortalidad y un importante consumo de recursos farmacológicos. diferentes estudios poblacionales han demostrado que la tasa de mortalidad global disminuye de forma significativa cuando se realiza un diagnóstico precoz de las alteraciones hemodinámicas, hormonales y minerales.

Es importante mencionar que los diversos autores aportan con su conocimiento, métodos de diagnósticos, aplicaciones científicas para así poder caracterizar y describir la insuficiencia renal. El objetivo de nuestra investigación trata sobre Implantar el proceso de atención de enfermería en un paciente con insuficiencia renal crónica terminal a través de la teoría de Dorothea Orem.

En conclusión la insuficiencia renal crónica es el resultado final del proceso fisiopatológica en donde su estadio se agrava según el cuidado del paciente y los antecedentes personales, esta afección se la considera silenciosa debido a que en sus primeras etapas no muestra signos ni síntomas, en primeras instancias la causa que se relaciona directamente a esta patología es la hipertensión arterial la cual ayudará a que la enfermedad se acelere debido al daño que se presenta a nivel renal por hipertensión intraglomerular y es cuando el paciente muestra sintomatología en su fase terminal o fase crónica. Las intervenciones de enfermería realizadas y aplicadas según la teoría de Dorothea Orem ayudaron al paciente a mejorar su estadía, evitar riesgos y posibles complicaciones. Los familiares fueron clave para aplicar los cuidados ya que con ayuda de ellos se pudo llegar al paciente de forma asertiva, también se los orientó sobre signos de alarma y el manejo correcto del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** Insuficiencia renal, Hipertensión intraglomerular, Daño renal, PAE, Sintomatología.

## ABSTRACT

Chronic kidney failure is the terminal phase of the pathological process that affects kidney function, thus leading to its continuous deterioration. The increase in intraglomerular pressure together with the presence of proteinuria are pathogenic elements directly related to renal function and the progression of kidney damage.

The prevalence of hypertension is high in patients with chronic kidney disease, increasing as the glomerular filtration rate decreases.

Epidemiological evidence shows the relevance of arterial hypertension in the onset and progression of kidney damage regardless of other variables such as age and baseline kidney function. About 78% of the general population suffers from some episode of kidney discomfort, 25% of this population with sequelae progresses this pathology to become fatal.

The Latin American society of nephrology and hypertension SANH - WHO indicates that chronic kidney failure is suffered by about 10% of the population worldwide the disease in Latin America is 650 patients per million inhabitants some countries suffer from sufficient resources and equipment to meet the demand and treatment of people who need it. The main risk factors are high blood pressure and diabetes since they are part of the group of chronic degenerative diseases together, they are devastating to health causing economic, medical and social problems.

In Ecuador, CKD is an important public health problem due to its high prevalence, it is estimated that it affects 11% of the adult population, as all chronic processes produce a high health expense conditioned by its high mortality rate and an important consumption of pharmacological resources. Different population studies have shown that the global mortality rate decreases significantly when an early diagnosis of hemodynamic, hormonal and mineral alterations is made.

It is important to mention that the various authors contribute with their knowledge, diagnostic methods, scientific applications in order to characterize and describe kidney failure. The objective of our research is about implanting the nursing care process in a patient with end stage renal failure through the theory of Dorothea Orem.



In conclusion, chronic renal failure is the final result of the pathophysiological process where its stage worsens according to the care of the patient and personal history, this condition is considered silent because in its early stages it does not show signs or symptoms, initially instances the cause that is directly related to this pathology is arterial hypertension which will help the disease to accelerate due to the damage that occurs at the kidney level due to intraglomerular hypertension and is when the patient shows symptoms in its terminal phase. The nursing interventions carried out and applied according to Dorothea Orem's theory helped the patient to improve their stay, avoid risks and possible complications. Family members were key to applying the care since with their help it was possible to reach the patient in an assertive way, they were also oriented on warning signs and the correct management of the patient.

**Key words:** Renal failure, hypertension intraglomerular, kidney damage, symptomatology, pae.

## **INDICE**

**INTRODUCCIÓN.. 7**

**DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA. 8**

**1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.. 9**

**1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.. 9**

**1.2 HECHOS DE INTERÉS. 10**

**1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.. 11**

**1.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL.. 11**

**1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS. 11**

**2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPistemOLÓGICA DEL ESTUDIO. 12**

**2.2 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPistemOLÓGICO DE REFERENCIA. 12**

**2.2.1 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.. 12**

**3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO.. 19**

**3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA. 19**

**3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.. 19**

**3.1.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO. 20**

**3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO.. 20**

**3.1.4 TIPO DE ESTUDIO.. 20**

**3.2 MÉTODO DE ESTUDIO.. 20**

**3.2.1 MÉTODO CIENTÍFICO.. 20**

**3.2.2 MÉTODO ANALÍTICO.. 20**

**3.2.3 MÉTODO DESCRIPTIVO.. 20**

**3.2.4 TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN.. 20**

**3.2.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.. 21**

**3.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN. 21**

**3.3.1 UNIDADES DE INVESTIGACIÓN.. 21**

**3.4 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS. 21**

**3.4.1 ANAMNESIS. 22**

**3.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.. 24**

**3.6 LA TEORÍA DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM... 25**

**3.6.1 VALORACIÓN.. 25**

**4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.. 36**

**4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS. 36**

**4.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DEL MUNDO.. 37**

**4.3 CONCLUSIONES. 38**

**4.4 RECOMENDACIONES. 39**

**BIBLIOGRAFÍA.. 40**

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud global, por su carácter epidémico, costo elevado, alta morbimortalidad y complicaciones devastadoras que acarrea. posee una prevalencia mundial alrededor del 10%, sin embargo, su presencia pasa, generalmente inadvertida para médicos, pacientes, autoridades, organizaciones de salud y población en general.(1)

La falta de reconocimiento precoz de la IRC tiene consecuencias negativas, la declinación de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones con pronóstico adverso, durante su evolución silenciosa el paciente experimenta deterioro progresivo renal y morbimortalidad cardiovascular. Estudios recientes muestran que, la probabilidad de fallecimiento es por complicaciones cardiovasculares es mucho mayor que la progresión por falla renal terminal, si sus factores de riesgo no son detectados se pierden oportunidades únicas de prevención y tratamiento.(2)

Diferentes estudios poblacionales han demostrado que la tasa de mortalidad global disminuye de forma significativa cuando se realiza un diagnóstico precoz de las alteraciones hemodinámicas, hormonales y minerales. Sus principales factores de riesgo son la diabetes y la hipertensión arterial, estas forman parte del grupo de enfermedades crónicas las que han aumentado sostenidamente su incidencia y prevalencia, ambas constituyen hoy un problema de salud pública devastador debido a las consecuencias médicas, sociales, económicas para los pacientes, familias y los sistemas de salud. Los estudios poblacionales permiten tomar conciencia de la problemática actual sobre esta patología aportando a su prevención y detección precoz para poder realizar intervenciones que aminoren sus complicaciones con el objetivo de lograr una caracterización epidemiológica de los pacientes con IRC terminal atendidos en una clínica médica.(3,4)

## **DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.**

Es un problema de salud pública a nivel nacional y mundial puesto a que cada año incrementa el índice de prevalencia de enfermos crónicos renales, como consecuencia, cada vez es más concurrente intervenir con procedimientos que se denomina diálisis y/o trasplantes de riñón lo cual incrementa el costo en el manejo, cuidado y evolución de la patología.(5)

La insuficiencia renal crónica se define como la pérdida continua e irreversible de la tasa de filtración glomerular lo cual desencadena un conjunto de signos y síntomas dentro de los primordiales y destacados tenemos la uremia y la creatinina que son minerales indicadores de la función renal y filtración de los desechos metabólicos que se convierten en el estadio terminal incompatibles con la homeostasis del individuo.(3)

Factores asociados como el sedentarismo, edad, hábitos alimenticios, herencia genética influyen directamente en el desarrollo y evolución de la patología.(6)

Otra particularidad es la edad de la población afectada la cual su edad bordea los 60 - 65 años de edad es decir el adulto mayor pero no descartamos que  $\frac{1}{3}$  de la población son adultos convirtiéndose en un problema serio en la comunidad.(3)

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

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

La insuficiencia renal crónica se define como el desgaste continuo, totalmente definitivo, de la tasa de permeabilidad glomerular que se cambia a un acumulado de síntomas y signos que en su estadía final es inadecuada para la vida.(7)

Son diversas las causas, más que una enumeración de las procedencias que la originan, es adecuada destacar que las primordiales se han ido modificando con el tiempo. Con anterioridad la glomerulonefritis fue considerada la causa más habitual de insuficiencia renal, en cambio, la nefropatía diabética ha alcanzado a ocupar el primer puesto, sobre todo en los países desarrollados continuado por la nefroesclerosis hipertensiva y en tercer lugar se sitúa la glomerulonefritis. Hay argumentos que revelan estos cambios, así la diabetes mellitus se ha transformado en una enfermedad pandémica que se extiende.(8)

En correspondencia con los mecanismos de ascenso de la insuficiencia renal crónica terminal se debe indicar que la hipertensión arterial ha causado gran pérdida de un número de nefronas, se colocarán en marcha mecanismos que tratarán de suplir la función de las nefronas destruidas, como secuela que produce hipertrofia e hiperfiltración de los glomérulos sobrantes que si no se corrige finalizarán por destruirlos.(9)

### **1.2 HECHOS DE INTERÉS**

Una de cada diez personas en el mundo sufre de insuficiencia renal independientemente del estadio. Cuando la patología se desarrolla puede convertirse en crónica y se corre el riesgo de que el daño almacenado en el riñón sea definitivo. Uno de los retos es la detección temprana de esta “epidemia silenciosa” que suele dar indicios en etapas más tardías de la enfermedad, cuando ya se ha dado el daño renal.(10)

Dentro de la sintomatología propia de la patología evoluciona con pasar del tiempo y la implicación suele progresar paulatinamente, que puede contener, emesis, disfagia, fatiga, debilidad, náuseas, trastornos del sueño-vigilia, anuria, confusión aguda, calambres y espasmos musculares, edema de miembros inferiores e hipertensión. Algunos signos y síntomas suelen ser no específicos, lo que indica que pueden ser propios de otras patologías.  
(11)

Muchos factores suelen desarrollar riesgo de enfermarse a través de predisponentes como: la diabetes, hipertensión, patologías cardiovasculares, alcoholismo, tabaquismo y obesidad. Implicado como causa indirecta, ciertos ejemplos de afecciones renales pueden ser controladas. En la mayoría de los casos solo se la puede tratar para paliar los síntomas ya que no tiene cura, lo que indica que el tratamiento ayudará a reducir los síntomas y evitar posibles complicaciones a futuro evitando su progreso. (12)

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL**

1. Analizar el caso de una paciente con insuficiencia renal crónica terminal y síndrome convulsivo basado en la teoría de Dorothea Orem a través de revisiones bibliográficas y de la historia clínica para mejorar la calidad de vida.



# **1. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPIDEMIOLOGICA DEL ESTUDIO.**

## **2.2 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO DE REFERENCIA.**

### **2.2.1 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.2.1.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Va incrementando dependiendo del daño glomerular. Demostraciones epidemiológicas manifiestan la preeminencia de la hipertensión arterial en el inicio y el progreso del daño renal aparte de otras variables como la edad y la función basal.(13)

El incremento de la presión glomerular ligado con la proteinuria son marcadores patogénicos íntimamente relacionados con la hipertensión arterial y la progresión del daño renal.(14)

#### **2.2.1.2 CAMBIO HEMODINÀMICO**

La disminución renal comienza con el incremento de la presión arterial, al no revertirse, genera una serie de alteraciones que finalizan como esclerosis glomerular, fibrosis intersticial y atrofia tubular.(15)

Este aumento de la presión glomerular es a causa de la reducción del diámetro de la arteriola eferente. Esto se forma en desaparición de la presión de perfusión sistémica elevada, hiperfiltración con la entrada de proteínas y autacoides (tales como albúmina, proteínas de variado peso molecular, TGF- $\beta$ 1, ácidos grasos e indicadores proinflamatorios del estrés oxidativo). Estas moléculas, a ras glomerular, causan toxicidad de la matriz mesangial perpetuando, hinchazón, fibrosis y esclerosis glomerular, cuando se localizan a nivel luminal activa en forma directa o indirecta segundos mensajeros que aumentan el desgaste renal y la hipertensión arterial.(14,16)

Otro módulo investigado en la actualidad es el estrés de desplazamiento a nivel del nefrón y su efecto con la reabsorción de sodio, en situaciones de reducción del número de nefronas, el filtrado glomerular por nefrona está aumentado, el flujo laminar por nefrona está aumentado, pero la natriuresis final está disminuida. Los ensayos realizados por Cabral y colaboradores han expuesto que el flujo luminal, el adelgazamiento celular y/o presión en el Asa de Henle, incita un incremento en la elaboración de óxido nítrico y de superóxido. En vista de óxido

nítrico, la reabsorción de sodio está insuficiente, mientras que en presencia del superóxido está incitada, por lo que estos datos insinúan que en condiciones de insuficiencia renal crónica, en la que predomina una rebaja de la formación de óxido nítrico y una ampliación de superóxido, este componente físico incita la estimulación de la reabsorción de sodio a ras del asa de Henle, oprimiendo de esta forma la diuresis, y conservando el balance de sodio positivo, lo que beneficia el estadio hipertensivo.(10,11)

En estas circunstancias, el mecanismo de nutriérés provocada por presión y de filtración se conserva a expensas de una mayor presión arterial sistémica para inducir natriuresis y reducir el incremento de presión arterial. Sin embargo, el sistema es insuficiente y el balance de sodio perpetuamente es positivo, y al cabo del tiempo continúa elevada y los tejidos continúan deteriorándose.(1)

### **2.2.1.3 CAMBIO NO HEMODINAMICO**

Los cambios hemodinámicos, como el shear stress, hiperfiltración y aumento de presión intersticial renal, ocasiona una activación de sistemas de autacoides, que impulsan mecanismos que benefician la perpetuidad de la reabsorción de sodio y elevada presión arterial.(17)

Los cambios no-hemodinámicos o mediados por autacoides, que han estado ampliamente investigados en esta patología, están relacionados con el óxido nítrico, sistema renal, Aldosterona, ET-1, Sistema Simpático.(18)

### **2.2.1.4 OXIDO NITRICO**

Mediante la hipertensión arterial agrupada a la insuficiencia renal crónica se visualiza una inadecuada producción de óxido nítrico y la causa es exuberante. El motivo principal está relacionado con una disminución de masa renal funcionante, de la expresión del óxido nítrico sistémico, de la captación de L-arginina, de la acumulación de inhibidores endógenos de la NOS y del desgaste o inactivación por parte de las proteínas reactivas de oxígeno durante la insuficiencia renal crónica. En tanto que en el lecho vascular puede preexistir un aumento en la elaboración vascular sistémica de óxido nítrico. (19)

### **2.2.1.5 SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA**

La actividad plasmática de la renina y/o los niveles plasmáticos de Ang II pueden ser uniformes o incluso rebajados, pero en realidad están aumentados en relación con la eliminación urinaria de sodio de estos pacientes, ya que el balance de sodio se conserva positivo. Inclusive cuando se considera que el balance de sodio es neutro, existe una constante liberación de renina en los riñones que ha sido postulada como el factor causal de la HTA. (5)

El aumento de actividad del sistema renal es la formación incrementada de Ang II en diferentes compartimentos renales, glomérulos, túbulos e intersticio renal; al final es donde posiblemente exista una mayor formación de estas moléculas. El impulso principal de esta estimulación constante está relacionado con métodos como la proteinuria, nefritis intersticial, glomerulonefritis e hipoxia. (20)

#### **2.2.1.6 ALDOSTERONA**

La aldosterona, regulada principalmente por el sistema renal, el potasio plasmático y hormonas adrenocorticotrópicas y causada primordialmente a ras de la zona glomérulos de la corteza adrenal, asimismo se sintetiza en otros sitios, tales como el corazón, vasos sanguíneos, podocito renal y retina. En circunstancias de insuficiencia renal crónica, el nivel plasmático de aldosterona se evidencia normal, rebajado o elevado, dependiendo del grado de insuficiencia renal, de la kalemia y del empleo de fármacos antihipertensivos. (15)

Una vez liberada la aldosterona, impulsa sus receptores y estimula mecanismos genómicos y no genómicos. (18)

Esta hormona incita los efectos en la insuficiencia renal crónica asociada a hipertensión arterial: el incremento de la reabsorción de sodio, a través de la activación intranuclear, y la fibrosis con hipertrofia intersticial y miocárdica. (9)

#### **2.2.1.7 ENDOTELINA**

La ET-1 sintetizada en el sistema vascular, glomerular, tubular e intersticial está incrementada en el riñón insuficiente y su síntesis está provocada por la Ang II, hipoxia tisular extendida, inflamación crónica constante y daño vascular. (11)

Promueve una potente vasoconstricción renal y deteriora así el flujo plasmático y el filtrado glomerular. En el sistema tubular, la endotelina posee un efecto bifásico, pues a

congregaciones fisiológicas provoca diuresis y beneficia la reducción de la presión arterial, en tanto que cuando hay historiales de hipertensión arterial, reduce la elaboración local de endotelina en los túbulos renales y se provoca la reabsorción de sodio, desnivelando así el mecanismo compensatorio descrito. (21)

#### **2.2.1.8 SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO**

Diferentes ilustraciones han evidenciado la hiperactividad del sistema simpático en los pacientes hipertensos, está aumentado con el desperfecto renal. No se conoce con exactitud el estímulo principal, pero es claro que la señal nace en el riñón insuficiente. (15)

La actividad del sistema simpático es superior a la del normotenso y que el tratamiento antihipertensivo con inhibidores del sistema renal reduce la descarga simpática. Esto fue también representado en pacientes con grave deterioro renal. El trasplante renal no redujo la actividad simpática, pero el hecho de tratar a los pacientes con ciclosporina o tacrolimus; y redujo de manera representativa cuando los riñones insuficientes fueron retirados de los pacientes trasplantados, lo que indica vías neurovegetativas de comunicación entre el sistema simpático y los riñones esenciales en la producción de hipertensión arterial durante la insuficiencia renal crónica. (4)

#### **2.2.1.9 EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL RIÑÓN**

Estos últimos 30 años han investigado y varios mecanismos reiterados y suplementarios que favorecen que el órgano diana aumente o la disminución y eliminación del sodio direccionado a transformaciones de la tensión de perfusión que contienen la susceptibilidad a la angiotensina del túbulo proximal, “la secreción de dopamina y óxido nítrico medular, que exponen parcialmente la capacidad renal de aumentar la excreción de sodio frente a alteraciones de presión arterial”. (22)

En cambio, en ensayos de Dahl muestran “en su postulado de trasplante de riñón entre cepas de ratas con hipertensión y normotensión que el trasplante en una rata hipertensa a una rata normotensa genera hipertensión, y que el trasplante renal de una rata normotensa a una rata hipertensa produce normotensión, implantando en este modelo que la hipertensión sigue al riñón”. (7)

#### **2.2.1.10 FORMAS MONOGÉNICAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

En muchos casos las patologías de orden hereditario que provocan aumento de la tensión o aumento de la incidencia a generar hipertensión se encuentran emparentadas directa o estrechamente relacionados con la reabsorción del sodio. Contienen las variaciones de la reabsorción en la asa de Henle y el túbulo contorneado y distal que desencadenan natriuresis y resistencia al progreso la hipertensión, para aquellas que controlan la reabsorción del sodio en el túbulo colector, cambiando la posibilidad de apertura del canal de sodio amiloide sensible y provocan hipertensión, o aquellas que varían la actividad de moléculas como las with no kinase lysine, que desarrollan “en un lapso de tiempo de resistencia del cotransportador sodio cloro en el túbulo contorneado distal y causan una extensión de reabsorción de sodio. Compensan la visión de otras alteraciones descritas en los receptores de mineralocorticoides, su metabolismo y actualmente la susceptibilidad en la secreción de aldosterona en relación con el flujo de potasio en la zona granulosa suprarrenal”. (7,23)

Ciertas patologías hereditarias poco usuales ayudan a crear hipótesis de las diversas variantes de los genes incrementan su susceptibilidad al desarrollar hipertensión, concentrándose en la reabsorción de sodio como uno de los mecanismo más importantes de la evolución de la hipertensión. (21)

#### **2.2.1.11 LA HIPERTENSIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DAÑO RENAL**

Teniendo en cuenta, ciertos descifrados que favorecen a mantener cualesquier que sea el mecanismo desencadenador el alza de la tensión arterial, las implicaciones de la estructura del riñón y los mecanismos de absorción de sodio van a permitir que se mantenga la hipertensión arterial. Rodríguez Iturbe y Johnson publican “el modelo de hipertensión inducido por infusión de angiotensina cómo una infusión limitada de angiotensina II puede causar cambios estructurales renales engrosamiento de la arteriola aferente que beneficia el desarrollo de presión arterial alta por mecanismo de hipoperfusión renal a ras de la circulación intraglomerular, la isquemia medular que domina la susceptibilidad del riñón a conducir de forma inapropiada es el exceso de sodio en la alimentación generando hipertensión sodio sensible. En cuanto a los módulos comprometidos en el desarrollo del daño renal por angiotensina implica un rol relevante el estrés oxidativo y el daño por peroxinitrito a nivel túbulo intersticial relacionado al exceso de angiotensina II. Nos da a creer que el mecanismo no es correcto, la hipertensión generada por angiotensina, si no que aprovecha a estar presente cuando se genera hipertensión arterial”. (24)

Esta palabra nefroangioesclerosis indica el daño estructural a nivel de riñón relacionado a hipertensión arterial. Ejecutar una biopsia por consumo de la función renal atribuyó que la hipertensión arterial no es usual en la práctica clínica. Por esto son pocos los estudios que determinan a la nefropatía por hipertensión arterial. Marc Antoni y Fogo, “en base a un estudio de biopsias renales en 62 pacientes, 19 de ellos afrodescendientes, manifiestan la oposición fenotípica entre los pacientes afrodescendientes y los de origen caucásico. Los pacientes afrodescendientes, a pesar de ciertas contusiones vinculadas con el deterioro vascular como efecto rebote de la limitación elástica interna y aumento de la túnica media, revelaban una solidificación extensa del glomérulo con fibrosis periglomerular y señales de esclerosis segmentaria, no se presentó en los individuos de origen cáustico”. (5,15,25)

### **2.2.1. 12 SÍNTOMAS**

- Náuseas
- Vómitos
- Espasmos musculares y calambres
- Pérdida del apetito
- Hipertensión arterial
- Fatiga y debilidad
- Edema de pies y tobillo
- Problemas del sueño
- Anuria
- Confusión aguda.(9)

### **2.2.1.13 CAUSAS**

Es probable que no exista sintomatología cuando empieza la patología, pero con la evolución de la misma y el pasar del tiempo acarrea sintomatología propia de la enfermedad.(20)

Las causas primordiales que se ligan a la aparición de esta enfermedad son ***Diabetes mellitus*** e ***Hipertensión arterial***(26)

Otras causas tenemos:

- trastornos autoinmunitarios (lupus eritematoso y esclerodermia).
- anomalías congénitas
- productos químicos tóxicos
- lesión o trauma renal
- infecciones
- litiasis renal
- Algunos medicamentos como ( analgésicos y anticonvulsivos).(27)

#### **2.2.1.14 FACTORES DE RIESGO**

Los afroecuatorianos, hispanos, americanos nativos y asiáticos tienen mayor probabilidad de padecer insuficiencia renal debido a su cultura, tradición, alimentación, antecedentes familiares todo ello sumado a sedentarismo, alcoholismo.(13,28)

#### **2.2.1.15 DIAGNÓSTICO**

Para obtener un diagnóstico efectivo se deberá tomar los siguientes exámenes:

- Análisis de sangre: En la sangre se pueden observar y medir los niveles de creatinina y urea indicadores de la función renal.(11)
- Análisis de orina: Aquí se pueden observar las sales y minerales como sodio, potasio que son indicadores de la función y anomalías renales.(11)
- Estudio por imágenes: Ecografías renal nos ayuda a verificar el tamaño y la estructura de los riñones.(11)

- Muestra de biopsia: Se extrae una muestra de tejido del riñón para realizar exámenes y determinar la causa renal.(11)

#### **2.2.1.16 TRATAMIENTO**

- hemodiálisis
- trasplante de riñón.(27)



## **2. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO**

### **3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA.**

#### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de caso es de tipo científico, descriptivo y analítico, se realizó mediante la búsqueda de artículos científicos, ya que nos permitieron conocer con mayor profundidad el objeto de estudio, así como la revisión y valoración de la historia clínica del paciente.

#### **3.1.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

Paciente de 35 años de edad de sexo femenino con diagnóstico de síndrome convulsivo insuficiencia renal crónica terminal, hipertensión arterial.

#### **3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO**

El siguiente estudio de caso se llevó a cabo en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, ubicada en las calles Boyacá entre Buenavista y Tarqui.

#### **3.1.4 TIPO DE ESTUDIO**

En el presente trabajo se aplicó un estudio descriptivo, científico y analítico, en el cual se detalló y analizar datos obtenidos mediante la revisión de historia clínica y bibliografías de revistas científicas de alto impacto.

### **3.2 MÉTODO DE ESTUDIO**

#### **3.2.1 MÉTODO CIENTÍFICO**

Se utiliza métodos de aplicación de conocimientos teóricos y prácticos fundamentados en bases científicas.

#### **3.2.2 MÉTODO ANALITICO**

Proceso utilizado para la extracción de datos y el estudio de la historia clínica de la paciente.

#### **3.2.3 MÉTODO DESCRIPTIVO**

Este método de estudio es fundamental ya que se va a identificar, plantear el problema, recoger, procesar los datos y finalmente redactarlo en el estudio de caso.

### **3.2.4 TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Las técnicas de recolección de información que se utilizó es la observación directa tanto de la historia clínica como de la paciente, al igual se utilizó la entrevista dirigida al familiar del paciente, se habló con personal del Hospital Teófilo Dávila para poder obtener la información necesaria para el estudio de caso.

### **3.2.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

- Historia clínica del paciente.
- Consentimiento informado del paciente.
- Referencias bibliográficas de revistas científicas actuales.

### **3.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN**

Para la obtención de información, la técnica adecuada es la recolección de datos que se obtuvo de páginas web y revistas Scielo, Scopus, Redalyc de los últimos 5 años y de la historia clínica del paciente.

#### **3.3.1 UNIDADES DE INVESTIGACIÓN**

Elementos	Fuentes	Métodos
Páginas web	Scopus. Scielo. Redalyc	Revisión de artículos científicos
Revistas científicas	Notas de evolución	Revisión de archivos
Historia clínica		

### **3.4 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

La revisión de los artículos científicos se realizó en las revistas scopus, scielo y Redalyc, con la finalidad de establecer como la insuficiencia renal evoluciona de un estadio agudo hasta llegar a crónico terminal, durante los últimos años y su afeción directa a la población. Por otra parte, con la ayuda de la historia clínica del paciente se pudo determinar los antecedentes tanto familiares como personales los cuales conllevan a desarrollar cierta patología como es la insuficiencia renal crónica.

La información obtenida nos permitió conocer más a fondo sobre esta afeción a nivel renal y sus complicaciones desde un estadio agudo hasta un estadio crónico terminal.

#### **3.4.1 ANAMNESIS.**

##### **3.4.1.1 EXAMEN FÍSICO:**

Piel: semipalida

Cabeza: normo cefálica

Boca: mucosas orales semihúmeda

Cuello: asimétrico

Tórax: simétrico

Pulmones: campos pulmonares ventilados

Abdomen: blando y depresible no doloroso a la palpación

Extremidades: simétricas con tono y fuerza muscular conservado

##### **3.4.1.2 ANTECEDENTES PERSONALES:**

Síndrome convulsivo diagnosticado a los 4 años de edad con tratamiento carbamazepina de 400 mg

##### **3.4.1.3 ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Madre hipertensa

#### **3.4.1.4 DIAGNÓSTICO MÉDICO:**

Síndrome epiléptico + Insuficiencia renal crónica terminal + Hipertensión arterial.

#### **3.4.1.5 EVOLUCIÓN:**

##### **Caso clínico actual: 06/09/2020**

Mujer de 35 años de edad con antecedente de epilepsia, con tratamiento de carbamazepina de 400 mg, presenta cuadro clínico de más o menos una semana de evolución caracterizado por edema de miembros inferiores, disnea de pequeño esfuerzo, náuseas y vómitos, motivo por lo que acude al hospital santa teresita, donde es referida a consulta externa de nefrología quien indica su ingreso y es recibida en el hospital del guabo, dónde cuadro clínico se complica en las 24 horas, con alteración de la conciencia y dificultad respiratoria, por lo que se realiza prueba rápida de Covid 19 positivo, por lo que es referida al hospital Teófilo Dávila.

Medicación de tratamiento:

- Carbamazepina 400 mg QD
- Ácido ascórbico 500 mg
- Vitamina E
- Fenitoína
- Metilprednisona
- Enoxaparina
- Acetilcisteína.

##### **07/09/2020**

Paciente de 35 años de edad con antecedente de epilepsia, con tratamiento de carbamazepina de 400 mg, presenta cuadro clínico de edema de miembros inferiores, disnea de pequeño esfuerzo, náuseas y vómitos, motivo por el cual es trasladada a una casa de salud, donde es valorada por médico tratante quien decide su ingreso.

Medicación de tratamiento:

- Carbamazepina 400 mg QD
- Ácido ascórbico 500 mg
- Vitamina E
- Carvedilol
- Losartán
- Fenitoína
- Metilprednisona
- Enoxaparina

**08/09/2020**

Paciente con antecedente de epilepsia, durante su segundo día de hospitalización, está en posición semifowler con oxígeno a 2 litros, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona con facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, abdomen depresible no doloroso a la palpación, con tono y fuerza muscular conservado, presenta tos esporádica, afebril, refiere poco dolor de espalda, recibe tratamiento indicado, con signos vitales:

- ❖ PA: 170/100
- ❖ FC: 92
- ❖ R:22
- ❖ T°: 36.7
- ❖ SO2: 97%

Tratamiento Indicado

- Carbamazepina 400 mg QD
- Ácido ascórbico 500 mg

- Vitamina E
- Carvedilol
- Losartán
- Fenitoína
- Metilprednisona
- Enoxaparina
- Acetilcisteína

**18/09/2020**

### **Hemodiálisis**

Paciente de 35 años de edad con APP de epilepsia + Enfermedad Renal Crónica Covid 19, al momento consciente y orientada, con signos vitales de; PA: 130/90,

FC: 82, T°: 36.5, SO2: 98% sin apoyo de oxígeno por cánula nasal, se conecta a procedimiento dialítico por medio de catéter central yugular, permanece funcional durante 35 minutos de tratamiento dialítico, en lo cual presenta crisis convulsiva tónico clónica generalizada, por lo que se administra Diazepam, con lo cual se controla la crisis convulsiva y se continúa con tratamiento dialítico.

### **3.5 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

Se refiere a la aplicación del método científico enfermero, basándose en cuidados estandarizados óptimos para su aplicación con el objetivo de compensar las disfunciones y lograr obtener resultados satisfactorios.(29)

para poder llevar a cabo el proceso de atención de enfermería se necesitan 5 fases; de valoración, de diagnóstico, de planificación, de ejecución y de evaluación. A través del PAE nos permite la interacción enfermero - paciente, comunidad y familia.(30)

La enfermería ayuda a compensar las necesidades que el individuo no puede realizar por sí mismo, es ahí donde nace nuestra intriga de realizar nuestros orientados a suplir las

deficiencias del individuo por lo cual nos hemos basado en la teoría de Dorothea Orem “Déficit del autocuidado”.(31)

### **3.6 LA TEORÍA DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM**

Compuesta por tres partes teóricas como son: a) teoría de autocuidado; indica cómo el individuo cuida de sí mismo, b); teoría del déficit de autocuidado; es aquí donde describe cómo y para que el enfermero puede asistir al individuo o personas, c); indica los sistemas que se debe mantener como enfermero.(31)

La teoría del déficit de autocuidado es una concordancia entre la acción del autocuidado y la demanda de cuidado terapéutico en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado constituyen una acción.

Los individuos también pueden adaptarse a los grandes cambios que ocurren en su cuerpo y en su entorno. Pero pueden encontrarse en situaciones donde la demanda supera la capacidad misma por lo cual requerirá de ayuda que pueden proceder de diferentes fuentes como familiares, amigos, profesionales enfermeros.

Para la aplicación de la teoría de Dorothea Orem es necesario conocer los paradigmas persona, enfermería, salud, entorno.

#### **3.6.1 VALORACIÓN**

##### **3.6.1.1 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS**

###### **Descriptivos de la persona:**

Mayra del Rosario Caraguay Barba de 35 años de edad de estado civil soltera diagnosticada a los 4 años con síndrome convulsivo, con régimen terapéutico anticonvulsivo de carbamazepina hasta la fecha, se diagnosticó en la fecha 5/09/2020 insuficiencia renal crónica terminal diagnosticada conjunto a hipertensión arterial, actualmente desempleada y permanece en casa.

###### **Patrón de vida:**

Mayra los días lunes de levanta a las 7 am para tomar su medicina carbamazepina posterior a su desayuno constituido por carbohidratos, huevo sin yema y poco líquido para después tomar su pastilla de la hipertensión losartan, a las 11am se dirige en transporte propia hasta la clínica “ Villa Medica” ubicada en calle Marcel laniado y las palmeras es ingresado para su proceso de hemodiálisis a las 12:00 hasta las 5pm duración de proceso 5 horas después ella es transportada por familiares hasta su domicilio, en casa toma una tratamiento postdiálisis después merienda, a las 7pm toma su segunda dosis de carbamacepina para después acostarse en su dormitorio para reposo y descanso.

Rutina que se repite los días Lunes, miércoles y viernes

### **3.6.1.2 ESTADO GENERAL DE SALUD Y FACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE SALUD**

#### **Condiciones identificadas por el médico:**

La paciente padece de síndrome convulsivo por el cual lleva tomando tratamiento desde los 4 años, con el pasar del tiempo se detectó en sus consultas médicas insuficiencia renal terminal e hipertensión arterial. Antecedentes familiares madre hipertensa, la paciente se le colocó catéter venoso central en carótida derecha por la cual se mantiene tratamiento de hemodiálisis y también se sometió a proceso quirúrgico donde se le colocó una fistula en brazo izquierdo.

#### **Condiciones identificadas por el enfermero:**

Se debe valorar el estado de conciencia después de un episodio de epilepsia, el estado nutricional, eliminación y dificultad para deambular.

### **3.6.1.3 VALORACIÓN GENERAL DE LAS CAPACIDADES DEL PACIENTE**

#### **capacidades cognitivas:**

La paciente está en capacidad para aprender los cuidados que requiere ya que está con buena capacidad cognitiva para poder realizar acciones de autocuidado ya que ella se encuentra consciente, orientada, tiene excelente comprensión verbal.

#### **limitaciones cognitivas:**

Al presentarse episodios epilépticos el paciente se desorienta en tiempo, espacio y persona.



### **Limitaciones para realizar acciones:**

Problemas en deambulaci3n por dolor en extremidad derecha lo cual limita sus actividades motivo por el cual se mantiene en reposo, paciente puede realizar tareas de autocuidado b3sico como aseo personal.

### **Capacidades para realizar acciones:**

Paciente puede realizar actividades b3sicas de aseo, alimentaci3n, eliminaci3n, pero no realiza tareas dom3sticas debido a dolor en extremidad derecha.

### **3.6.1.4 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL**

#### **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:**

Vias a3reas permeables, presenta coloraci3n de piel p3lida, debido proceso patol3gico como es Covis 19 no presentan estragos ni acarrea signos ni sntomas, campos pulmonares ventilados.

#### **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:**

La ingesta de agua es m3nima bebiendo una cantidad de 75 ml al d3a. Presenta estado de malnutrici3n, mucosas orales semihmedas y piel en estado normal.

El consumo excesivo de l3quidos y sodio representan problemas de eliminaci3n se manifiestan como edemas en extremidades inferiores.

#### **Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos:**

Ingiere las tres comidas diarias sin problemas de degluci3n, pero presenta malnutrici3n debido a que no ingiere alimentos del almuerzo cuando se realiza hemodi3lisis.

#### **Provisi3n de cuidados asociados con procesos de eliminaci3n y excreci3n:**

Presenta buen patr3n de defecaci3n y debido a su condici3n cl3nica oliguria.

#### **Mantenimiento del equilibrio entre actividad/sueo:**

Sin importar el proceso de hemodiálisis la paciente descansa y conciliar el sueño correctamente en un rango de (8 a 9 horas), la medicación que lleva de tratamiento no implica en el sueño. Habitación confortable sin presencia de factores externos.

**Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana:**

Mantiene el medio social con familiares y amigos, es capaz de entablar un diálogo sin barreras en la comunicación debido a su estado de conciencia y orientación. No se identifica déficit de autocuidado.

**Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:**

Debido a su problema epiléptico todo su medio representa riesgos por lo que se desorienta y puede sufrir accidentes mientras deambula o realiza tareas.

Tener cuidado en la manipulación del catéter y los lúmenes al momento del aseo, transporte.

Desarrollo del funcionamiento y el progreso humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el deseo de ser normal y el conocimiento de las limitaciones:

En ocasiones se muestra decaída sin presencia de cuadros de ansiedad por el problema de salud que está cursando ya que ella solía tener una rutina de salir a interactuar con amigos, asistir a lugares religiosos por lo que ella se mantiene en casa con reposo en intervalos.

**3.6.1.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO**

**crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo:**

Ha sabido llevar a cabo sus acciones necesarias para promover y mantener su salud, pero se han visto interferidos por problemas de trastornos alimenticios como anorexia en la adolescencia, pero lo ha podido llevar de la mejor forma con el apoyo de sus familiares.

**Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan interrumpir adversamente el desarrollo humano:**

Si hablamos de una enfermedad terminal, esto acarrea secuelas y consecuencias donde los estilos de vida han sido gravemente afectados, pero no se ha necesitado de un profesional para su cuidado.

### 3.6.1.6 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION DE LA SALUD

Investigar y asegurar la asistencia médica en el caso de exhibición a agentes físicos o biológicos asociados a acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se sabe que provoca o están asociados con la patología.

La paciente según su condición de salud, existe un deterioro fisiológico a nivel renal donde se ve en la necesidad de tener un control asistencial médico especialista y médico general oportuno con frecuencia mensual.

Tener cuidado y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro.

Aplicación de cuidados principales como no tocar el catéter, restricción líquida, alistamiento oportuno, seguimiento correcto del régimen terapéutico.

Modificar la autoimagen y el autoconcepto para aceptarse como humano y necesidad de formas específicas de cuidados de salud.

La paciente conoce y acepta su estado de salud tras el cual mantiene relaciones interpersonales y no muestra signos de complejidad.

**Tabla 1.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas

<b>Dominios comprometidos</b>	<b>Categoría diagnóstica</b>	<b>Factores relacionados</b>	<b>Categorías definatorias</b>	<b>Criterios de resultado e intervención</b>
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------

Dominio 2 Nutrición Clase 1: ingestión	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)	Factores biológicos	Interés insuficiente por los alimentos	NOC:  1014 apetito  NIC:  1100 manejo de la nutrición
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C factores biológicos M/P interés insuficiente por los alimentos										
<b>Resultados esperados - NOC Apetito (1014)</b>										
<b>Objetivo de enfermería:</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación DIANA</b>								
La paciente mejora su estado nutricional al alimentarse de mejor manera, equilibrado, nutritivo.	1. Grave 2. Moderada 3. Leve	<table> <tr> <td>Mantener a</td> <td>Aumentar a</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Mantener a	Aumentar a	2	4	2	4	1	2
Mantener a	Aumentar a									
2	4									
2	4									
1	2									

Indicadores:

101401 deseo de comer

101406 ingesta de alimentos

101407 ingesta de nutrientes

### Plan de cuidados de enfermería

#### **Intervenciones de enfermería - NIC**

**Campo:** Fisiológico - básico

**Clase:** Apoyo nutricional

**Intervención:** Manejo de la nutrición (1100)

Actividades:

- Determinar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir comentar las directrices dietéticas y pirámides de alimentos).
- Enseñar al paciente sobre los requisitos en función a su enfermedad (paciente con insuficiencia renal, restringir el sodio, potasio, proteínas y líquidos).
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comidas (limpio, ventilado, relajado y sin olores).

- Asegurar que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

**Tabla 2.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas

<b>Dominios comprometidos</b>	<b>Categoría diagnóstica</b>	<b>Factores relacionados</b>	<b>Categorías definitorias</b>	<b>Criterios de resultado e intervención</b>
Dominio 5 Percepción/cognición. Clase 4: cognición	Confusión aguda (00128)	Delirio	Alteración del nivel de conciencia	<b>NOC:</b> 0912 estado neurológico: conciencia  <b>NIC:</b> 2680 manejo de las convulsiones

Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC)

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Confusión aguda R/C delirio M/P alteración de los niveles de conciencia		
Resultados esperados - NOC Estado neurológico: conciencia (0912)		
<b>Objetivo de enfermería:</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación DIANA</b>

La paciente pierde el estado de conciencia y orientación tras episodios de epilepsia, pero retoma su estado normal después del reposo y estimulación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Moderada</li> <li>3. Leve</li> </ol>	Mantener a	Aumentar a
		2	4
		2	4
		1	2
Indicadores:			
091213 delirio			
091212 estado de trance			
091202 orientación cognitiva			

### Plan de cuidados de enfermería

Intervenciones de enfermería - NIC
<p>Campo: 02 Fisiológico: complejo</p> <p>Clase: Control neurológico</p>
Intervención: 2680 Manejo de las convulsiones

- Mantener la vía aérea permeable
- Colocar de cubito lateral
- Guiar los movimientos para evitar lesiones
- Permanecer con el paciente durante la crisis
- Comprobar estado neurológico
- Reorientar después de la crisis
- Registrar las características de la crisis: partes del cuerpo implicadas, actividad motora, y progresión de la crisis comicial

**Tabla 3.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas

<b>Dominios comprometidos</b>	<b>Categoría diagnóstica</b>	<b>Factores relacionados</b>	<b>Categorías definitorias</b>	<b>Criterios de resultado e intervención</b>
Dominio 4 Actividad/reposo Clase 2: Actividad/ejercicio	Deterioro de la deambulaci3n (00088)	Deterioro musculoesquelético	Deterioro de la habilidad para subir escaleras	<b>NOC:</b> 0200 ambular  <b>NIC:</b> 1480 masaje



Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC)

<p><b>Diagnóstico de enfermería:</b> Deterioro de la deambulación R/C Deterioro musculoesquelético (Dolor en pierna Izquierda) M/P deterioro de la habilidad para subir escaleras.</p>										
<p>Resultados esperados - NOC: 0200 Ambular</p>										
<p><b>Objetivo de enfermería:</b></p>	<p><b>Escala de medición</b></p>	<p><b>Puntuación DIANA</b></p>								
<p>La paciente debido a que se le realiza Hemodiálisis ha sufrido secuelas músculo esqueléticas como dolor en pierna derecha pero se puede trasladar en su propio entorno.</p>	<p>4. Grave 5. Moderada 6. Leve</p>	<table border="0"> <tr> <td>Mantener a</td> <td>Aumentar a</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Mantener a	Aumentar a	2	4	2	4	1	2
Mantener a	Aumentar a									
2	4									
2	4									
1	2									
<p>Indicadores:</p> <p>020001 soporta el peso</p> <p>020004 camina a paso moderado</p> <p>020014 anda por las habitaciones</p>										
<p> </p>										

<b>Intervenciones de enfermería - NIC</b>
<p>Campo: 1 Fisiológico: básico</p> <p>Clase: Fomento de la comodidad física</p>
Intervención: 1480 Masaje
<p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Colocar a la paciente en una posición cómoda para realizar el masaje.</li> <li>● Utilizar loción, aceite o polvo seco para reducir la fricción valorando cualquier sensibilidad o contraindicación.</li> <li>● Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares.</li> <li>● Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje.</li> <li>● Ordenar al paciente al final del masaje, que descanse hasta que esté preparada y que luego se mueva lentamente.</li> <li>● Evaluar y registrar la respuesta del masaje.</li> </ul>

**Tabla 4.** Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas

Dominios comprometidos	Categoría diagnóstica	Factores relacionados	Criterios de resultado e intervención
------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------------------

<p>Dominio 11</p> <p>Seguridad/protección</p> <p>Clase 1: Infección</p>	<p>Riesgo de infección (00004)</p>	<p>Enfermedad crónica (Insuficiencia renal crónica)</p> <p>Procedimiento invasivo</p>	<p>NOC:</p> <p>1908 Detección del riesgo</p> <p>NIC:</p> <p>Protección contra las infecciones 6550</p>
-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC)

<p><b>Diagnóstico de enfermería:</b> Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo (catéter venoso central) por enfermedad crónica (insuficiencia renal crónica terminal)</p>										
<p><b>Resultados esperados - NOC:</b> Detección del riesgo (1908)</p>										
<p><b>Objetivo de enfermería:</b></p>	<p><b>Escala de medición</b></p>	<p><b>Puntuación DIANA</b></p>								
<p>La paciente debido a su problema renal se le colocó un catéter venoso central en lado derecho del cuello por la cual se realiza proceso de Hemodiálisis, pero no presentan signos de infección.</p>	<p>1. Grave</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Leve</p>	<table border="0"> <tr> <td>Mantener a</td> <td>Aumentar a</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Mantener a	Aumentar a	2	4	2	4	1	2
Mantener a	Aumentar a									
2	4									
2	4									
1	2									

Indicadores:

190801 reconoce los signos y síntomas que indican riesgo

190803 coteja los riesgos percibidos

190806 adquiere conocimientos sobre sus antecedentes familiares

### Plan de cuidados de enfermería

Intervenciones de enfermería - NIC

Campo: 4 Seguridad

Clase: Control de riesgos

#### **Intervención: Protección contra las infecciones (6550)**

##### **Actividades:**

- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica.
- Instrucción al paciente y los familiares acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.

## **4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS**

Tras evaluación de enfermería en paciente de 35 años de edad con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal + hipertensión arterial + síndrome convulsivo se pudo identificar el déficit de autonomía donde se encontró comprometidos: Estado neurológico, metabólico, social, deambulacion, homeostasis. A través del proceso de atención de enfermería (PAE) se pudo lograr una respuesta positiva por parte de la paciente ya que los cuidados aplicados concedieron resultados satisfactorios ayudando a mejorar la calidad de vida para su entorno familiar.

A primera instancia Paciente llega a hospital básico “Santa Teresita” con cuadro clínico de edema en extremidades inferiores de aproximadamente 5 días, en la cual permaneció alrededor de 4 horas, durante el lapso de tiempo se realizó exámenes de sangre e imagenología, con lo cual por resultado de este último examen se observó un derrame pleural, con una afección del pulmón derecho con un 30%, mediante resultados de exámenes de laboratorio médico de turno valora y diagnostica insuficiencia renal aguda, por lo cual es enviada por consulta externa para valoración con nefrólogo.

Paciente es ingresada al hospital básico “María Lorena Serrano” por pedido de especialista, el cual diagnosticó insuficiencia renal crónica terminal, en lo cual permaneció 24 horas, donde se le realizó una prueba de covid 19 donde dio positivo, motivo por el cual médico de turno realiza traspaso hacia hospital “Teófilo Dávila”. Paciente es trasladado hacia esta unidad de salud donde permaneció 14 días. Paciente que permaneció en área intermedia con síntomas de cefalea, disnea, con oxígeno a través de cánula nasal a 2 litros y tratamiento farmacológico.

### **4.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DEL MUNDO**

La insuficiencia renal crónica terminal se caracteriza por el daño a nivel renal produciendo disminución en la tasa de filtrado glomerular, la patología que está íntimamente relacionada con la progresión y evolución es la hipertensión arterial, causando un aumento en la presión glomerular lo cual produce muerte de las nefronas y haciendo que el daño sea irreversible.(3)

Según Pérez María Et al, en sus estudio realizado sobre el síndrome de malnutrición, aterosclerosis en la insuficiencia renal crónica terminal señala que entre las causas principales que desencadenan insuficiencia renal crónico terminal se encuentra la hipertensión arterial, lo cual podemos hacer referencia para señalar en nuestro estudio de caso de nuestra paciente presentó hipertensión arterial causa principal que desencadenó la agravación de los signos y síntomas y evolución terminal de la patología.(32)

Por otro lado Hidalgo Miguel Et al, manifiestan que la infección por Sars Cov 2 o (Covid 19), produce insuficiencia renal aguda debido a que el virus puede penetrar las células epiteliales renales, causando lesiones, alteraciones homeostáticas, el riñón como un órgano diana al encontrarse infectado por el virus disminuye su capacidad de filtración y en el mayor de los casos encontrándose en un proceso fisiopatológico este aumenta de agudo a grave, dando como resultado una insuficiencia renal crónico, por lo cual se pudo evidenciar en nuestra paciente cursó por un proceso viral de covid, en lo cual los órganos más comprometidos fueron los riñones deteriorando en un 95% su funcionalidad.(26)

En Cambio Torres Gertrudis Et al, en su investigación sobre los factores de riesgo señala a la hipertensión arterial como agente causante de la nefropatía, debido al poco interés por la medición de la tensión arterial, el cual de forma silenciosa empeora el cuadro clínico de insuficiencia renal esto indica que la falta de interés por la salud en uno mismo puede ocasionar daños irreversibles, el poco interés en la medición de la presión arterial por parte del equipo médico favoreció la evolución continua de la patología.(15)

Por otra parte, Bencomo Osniel enmarca que es importante el diagnóstico oportuno de la insuficiencia renal crónica, en donde su máximo de los estadios se debe reconocer los síntomas y signos de la patología cómo: edema, disnea, ingurgitación yugular, somnolencia, fatiga, debilidad muscular, anemia, cefalea. Teniendo presente que la patología en la mayoría de casos pasa por desapercibida, lo cual ocurrió en nuestra paciente ya que los síntomas se mostraron en el periodo terminal de la enfermedad. Para ello es importante realizar exámenes de laboratorio (Biometría hemática, examen de orina, urea y creatinina) porque son indicadores de la función renal.(33)

### **4.3 CONCLUSIONES**

A través de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem se pudo constatar el déficit de autocuidado que presentaba nuestra paciente en donde podemos destacar la deambulacion, déficit del conocimiento para el manejo del catéter, los cuales fueron puntos claves para la elaboracion de cuidados dirigidos a compensar la demanda.

Según nuestros objetivos que muestra a la insuficiencia renal crónica terminal como un problema de nacional como internacional lo cual constituye un perfil de alta mortalidad en la persona que lo padece, donde la causa principal que se relaciona directamente es la hipertension arterial.

Conociendo los signos y síntomas propios de la patología se pudo determinar el estadio de la misma, como concurrente se pudo evidenciar por parte del personal médico como de familiares los signos de edema e ingurgitacion yugular, lo cual ayuda a prevenir futuras complicaciones.

Mediante la valoración continua por parte del equipo médico se pudo hacer seguimiento sobre el estado de salud de la paciente y así valorar el déficit que existía para previo actuar compensando las deficiencias.

La familia fue indispensable para la aplicacion correcta de los cuidados dirigidos a compensar la deficiencia presentada por la paciente y así se pudo mantener a la paciente estable y a los familiares orientados.

#### **4.4 RECOMENDACIONES**

Reconocer los principales signos de alarma indicados con anterioridad a los familiares para así evitar futuras complicaciones.

Es importante educar a la paciente como a los familiares sobre la nutrición, restricción hídrica, manejo de catéter central y el cumplimiento estricto de la toma medicación.

La enfermería se considera una ciencia de los cuidados dirigidos a quien los necesita, por ello el profesional de enfermería debe brindar dichos cuidados con ética y moral para así hacer sentir un ambiente familiar y seguro al paciente donde el único objetivo sea el bienestar y la recuperación oportuna del mismo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz M, Gomez B, Robalino M, Lucero S. Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2018;22(2):312–24. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812018000200011&fbclid=IwAR3PG6rR4fdOCHmifBiNP9D96SeEJb7CMhyBsnLOUFjS6RPPZceYRJmIMv0](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200011&fbclid=IwAR3PG6rR4fdOCHmifBiNP9D96SeEJb7CMhyBsnLOUFjS6RPPZceYRJmIMv0)
2. Olmos JM, Hernández JL. Insuficiencia renal crónica, calcificación vascular y sistema RNK/RANKL/OPG. *Rev Osteoporos y Metab Miner* [Internet]. 2016;8(4):2–3. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/romm/v8n4/editorial.pdf>
3. Ribeiro IA, de Lima LR, Volpe CRG, Funghetto SS, Rehem TCMSB, Stival MM. Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. *Rev da Esc Enferm* [Internet]. 2019;53(0):1–9. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/1980-220X-reeusp-53-e03449.pdf>
4. Serrano CG, Solé LA, Pájaro ÁV, Camats GA, Congost SO. Identificación de infradiagnóstico de enfermedad renal crónica en Atención Primaria. 2019;22(3):302–7. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-302.pdf>
5. Quijada M, Gómez R. Prevalencia y conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento de diálisis. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2018;21(2):130–6. Available from: c
6. Tejera D, Varela F, Acosta D, Figueroa S, Benencio S, Verdaguer C, et al. Epidemiology of acute kidney injury and chronic kidney disease in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017;29(4):446–50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5764556/>
7. Pontes PS, Ruffino-Netto A, Kusumota L, Costa CRB, Gir E, Reis RK. Factores asociados a la enfermedad renal crónica en personas que viven con VIH/SIDA.

Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020;28(1):1–10. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/es\\_0104-1169-rlae-28-e3331.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/es_0104-1169-rlae-28-e3331.pdf)

8. Espadero MCM, del Árbol ME, Blancas CP, Montero RC. Influencia de la enfermedad renal crónica terminal en la aparición de pérdida de la integridad tisular. 2015;18(4):290–302. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-2884201500040007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-2884201500040007)
9. Galeano-toro JA, Restrepo-álvarez CA. Ronda clínica y epidemiológica : club de revistas. Ronda clínica y epidemiológica club Rev [Internet]. 2017;31(2):205–15. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852018000400002&script=sci\\_arttext&tlng=en&fbclid=IwAR1Rj7h0dKFBb8sEUtTO0MW\\_wUERhecXsI6sd5fIpsO3juXrMvFyzfI0xfE](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852018000400002&script=sci_arttext&tlng=en&fbclid=IwAR1Rj7h0dKFBb8sEUtTO0MW_wUERhecXsI6sd5fIpsO3juXrMvFyzfI0xfE)
10. la Cruz-Villa DA, K H-M. Hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica : repercusiones estomatológicas , una revisión. Av Odontoestomatol [Internet]. 2018;34(4):175–82. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852018000400002&script=sci\\_arttext&tlng=en&fbclid=IwAR1Rj7h0dKFBb8sEUtTO0MW\\_wUERhecXsI6sd5fIpsO3juXrMvFyzfI0xfE](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852018000400002&script=sci_arttext&tlng=en&fbclid=IwAR1Rj7h0dKFBb8sEUtTO0MW_wUERhecXsI6sd5fIpsO3juXrMvFyzfI0xfE)
11. Belmar Vega L, Galabia ER, Bada da Silva J, Bentanachs González M, Fernández Fresnedo G, Piñera Haces C, et al. Epidemiología de la hiperpotasemia en la enfermedad renal crónica. Nefrología [Internet]. 2019;39(3):277–86. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699519300451>
12. Méndez Barbecho N, Rodríguez Campo V, Orellana Yáñez A, Valenzuela Suazo S. Intervención de enfermería en la promoción de salud de las personas en hemodiálisis, una mirada desde la disciplina: Revisión integrativa. Enfermería Cuid Humaniz [Internet]. 2020;9(1):8–9. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n1/2393-6606-ech-9-01-54.pdf>

13. Gómez Torres FD, Valenciano García Y, Baly Gil A, Claro Puente Y, Mestre Ganfong Y. Carga de enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal según años de vida saludable perdidos. Rev Inf Científica [Internet]. 2016;95(4):526–8. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5517/551762901002/551762901002.pdf>
14. Fernández CC, Narbona EB, Iglesias EJ. Camps Fernández, Carme; Barbero Narbona, Eva; Junyent Iglesias, Ernestina Dolor crónico y estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal Enfermería Nefrológica, vol. 20, núm. 1, Enero-Diciembre, 2017, p. 34 Sociedad Española de Enfermería Nefro. Rev la Soc española enfermería nefrológica [Internet]. 2017;20(1):15–8. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-2884201700050034](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-2884201700050034)
15. Torres Rondón DG, Bandera Ramos DY, Guerra DPY, Ge Martínez Amaro DI. Título: Factores de riesgo de enfermedad renal crónica en el municipio II Frente. Medisan [Internet]. 2017;21(3):265–72. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-3019201700030004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201700030004)
16. Denia M, Lutgarda PDA, Carmen M, Ricardo R, Dupuy Nuñez CJ. Estudios de laboratorio clínico para la detección de la enfermedad renal crónica en grupos poblacionales de riesgo. Medisan [Internet]. 2016;20(1):52–5. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-3019201600010008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201600010008)
17. Bravo-Zúñiga J, Saldarriaga EM, Chávez-Gómez R, Gálvez-Inga J, Valdivia-Vega R, Villavicencio-Carranza M, et al. Effectiveness of adherence to a renal health program in a health network in Peru. Rev Saude Publica [Internet]. 2020;54:1–10. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102020000100259&fbclid=IwAR3fbp7y2wh3gEQoUA40LUItTy4FbstuJjpprgxHe9RxQ4R6u0VstkvIRQk](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100259&fbclid=IwAR3fbp7y2wh3gEQoUA40LUItTy4FbstuJjpprgxHe9RxQ4R6u0VstkvIRQk)

18. Ferrández O, Casañ B, Grau S, Louro J, Salas E, Castells X, et al. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos en un hospital de tercer nivel de Barcelona. *Gac Sanit* [Internet]. 2019;33(4):363–4. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv33n4/0213-9111-gs-33-04-361.pdf>
19. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM de, Costa RR de O, Cossi MS. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Glob* [Internet]. 2016;15(3):59–99. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/clinica3.pdf>
20. Peter T, Claire B, Bernie B. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *e-conversion - Proposa Clust Excell* [Internet]. 2019;I(2):3–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S183695532030028X?via%3Dihub>
21. GADEA-PERALTA M, CAMPOS-BULEJE C. Calidad De Vida En Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica Con Tratamiento En Hemodialisis Hospital Regional De Ica, Agosto – Diciembre 2019. *Rev Médica Panacea* [Internet]. 2019;9(2):98–100. Available from: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/327/458>
22. Böell JEW, da Silva DMGV, Hegadoren KM. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24(0):5–8. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02786.pdf>
23. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional De Centros Especializados. Viceministerio de Atención Integral en Salud Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud Dirección Nacional de Centros Especializados Programa Nacional de SALUD RENAL. *Minist salud pública* [Internet]. 2015;0(0):2–4. Available from: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1469/Presentación Diálisis Criterios de Priorización y Planificación.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentación%20Diálisis%20Criterios%20de%20Priorización%20y%20Planificación.pdf)

24. Villegas I, Quintero E, Arrieta A, Leclercq R, Pérez L. Late-onset renal failure from angiotensin blockade in 51 chronic kidney disease patients. *Rev Colomb Nefrol* [Internet]. 2016;3(1):4–5. Available from: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/237/pdf>
25. Terazón Miclín DO, Vinent Terazón DM, Pouyou Semanat DJ. Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos. *Medisan* [Internet]. 2017;21(1):19–26. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n1/san03211.pdf>
26. Hidalgo-Blanco MÁ, Andreu i Periz D, Moreno-Arroyo MC. COVID-19 en el enfermo renal. Revisión breve. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2020;23(2):122–31. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v23n2/2255-3517-enefro-23-02-122.pdf>
27. Toledo M. Guías para el manejo de pacientes con COVID-19 y enfermedad renal crónica/trasplante renal en el Hospital General San Juan de Dios, Guatemala. *Rev Col méd cir* [Internet]. 2020;159(1):3–8. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096974/02.pdf>
28. Olivares Rubio, Yisell D, Rivera Martínez L, Oquendo Borges L de LC, González Crespo FV. “Calidad de vida en el adulto mayor.” *VARONA* [Internet]. 2015;1(61):4–5. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
29. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2018;22(6):833–4. Available from: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/5844/3242>
30. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente* [Internet]. 2019;22(42):5–15. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v22n42/0124-0137-psico-22-42-00150.pdf>

31. Naranjo Hernández DCY, Concepción Pacheco DCJA, Larreynaga LMR. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac méd espirit [Internet]. 2017;19(3):3–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2018/amc186n.pdf>
32. Pérez Escobar MM, Herrera Cruz N, Pérez Escobar E. Síndrome de malnutrición, inflamación y aterosclerosis en la insuficiencia renal crónica terminal. Arch Médico Camagüey [Internet]. 2017;21(3):412–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2017/amc173m.pdf>
33. Rodríguez OB. Enfermedad renal crónica: Prevenirla, mejor que tratarla. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2015;31(3):353–62. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-212520150003000102z](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-212520150003000102z)