



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Caso Clínico:

***CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)***

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta:
LE. Cisneros Barranco Norma Angelica

Octubre, 2025.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

Caso Clínico:

***CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)***

Tesina presentada para obtener el Diploma de:
Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta:

LE. Cisneros Barranco Norma Angelica

Director de Tesina:

ME. Oscar Ramos Montiel

Octubre, 2025.

Tesina: Caso Clínico: *Cuidados Paliativos en paciente con Enfermedad Renal Crónica (ERC)*

Número de registro: SIEP/EECI/011

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

ME. Oscar Ramos Montiel

Presidente

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Secretario

DCE. Alejandro Torres Reyes
Vocal

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Director

ME. Miguel Ángel Zenteno López
Secretaria de Investigación y Estudios de
Posgrado

Contenido Temático

Contenido	Página
Capítulo I	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco de Referencia	3
1.3 Objetivos	7
Capítulo II	
2.1 Valoración Inicial	8
2.1.1 Datos de identificación	8
2.1.2 Observación del entorno	8
2.1.3 Datos históricos	8
2.1.4 Valoración actual	9
2.2 Diagnósticos de Enfermería	12
2.3 Plan de Cuidados de Enfermería	13
2.4 Ejecución y Evaluación del Cuidado	16
2.5 Valoración continua	19
2.6. Recomendaciones de Alta y/o Continuidad de Cuidados	21
Intrahospitalarios	
Capítulo III	
Discusión Clínica / conclusión	22
Referencias	24

Apéndice A	27
Apéndice B	28
Apéndice C	29
Apéndice D	30
Apéndice E	31
Apéndice F	32
Apéndice G	

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista intensivista
Fecha de Graduación	Octubre 2025
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Caso Clínico: Cuidados Paliativos de Enfermería en Paciente con Enfermedad Renal Crónica (ERC).
Número de páginas	32 páginas
Área de Estudio	Enfermería Intensivista

Introducción: La ERC es una enfermedad crónico-degenerativa, en la que la condición del paciente es irreversible, lo que significa que no hay cura, pero sí se pueden tomar medidas para retardar su progresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Medir la calidad de vida del paciente con ERC permite identificar el impacto de la enfermedad en sus actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento que no cura. **Objetivo:** Brindar intervenciones que mejoren la calidad de vida del paciente incluyendo las necesidades físicas, emocionales y espirituales **Metodología:** Se utilizó como herramienta metodológica del Proceso de Enfermería utilizando la Valoración en Enfermería de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon; utilizan las herramientas taxonómicas de la NANDA para los Diagnósticos en Enfermería y en el caso del NIC para las intervenciones de enfermería; además de la consulta de Guías de Práctica Clínica en pacientes con ERC y en pacientes con cuidados paliativos **Resultados:** Se mostraron algunos patrones disfuncionales como el Patrón Percepción-manejo de salud, Patrón Nutricional-metabólico, Patrón Actividad-ejercicio, Patrón autopercepción-autoconcepto y Patrón Adaptación-tolerancia al estrés. Los Diagnósticos de Enfermería presentes fueron: Patrón respiratorio ineficaz, Perfusión tisular periférica ineficaz y Autogestión de la salud ineficaz. **Conclusión:** La enfermera especialista en cuidados intensivos no solo tiene como misión proporcionar cuidados de enfermería a pacientes graves para evitar su complicación y disminuir secuelas, sino también está capacitada para brindar cuidados integrales con enfoque humanista, priorizando la calidad de vida del paciente, recordando que los cuidados paliativos nos dan un enfoque más avanzado que involucra a todo el personal de salud incluyendo a la familia del paciente. Reforzando que los cuidados paliativos no son solo para pacientes terminales, sino también para pacientes con enfermedades crónicas

Palabras Clave: Proceso de enfermería, Cuidado enfermero, Enfermedad Renal Crónica, Cuidados Paliativos.

Firma del director de Tesina:
M.E Oscar Ramos Montiel

Capítulo I

1.1 Planteamiento del problema

La enfermedad renal crónica (ERC) es una condición médica caracterizada por la progresiva pérdida de la función renal, lo que lleva a una disminución en la capacidad del riñón para eliminar desechos y toxinas del cuerpo (GPC-IMSS-335-19). La ERC es una enfermedad crónico-degenerativa, en la que la condición del paciente es irreversible, lo que significa que no hay cura, pero sí se pueden tomar medidas para retardar su progresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En 2019 México ocupa el segundo lugar de mortalidad por ERC con un 22.7% por cada 100, 000 habitantes de acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud en 2019 (OPS).

El manejo general de la ERC establecida debe tener como objetivos la prevención y la desaceleración de la progresión de la misma, para lo cual es imprescindible identificar individualmente los factores riesgo de cada paciente (Cañizares Fuentes, 2024). Medir la calidad de vida del paciente con ERC permite identificar el impacto de la enfermedad en sus actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento que no cura. (Morales-Bedolla, 2024).

De acuerdo a la información ya presentada, los prestadores de servicios de atención médica tienen que hacer frente a los problemas y complicaciones de los enfermos en situación crónica o terminal; es en este contexto que los cuidados paliativos adquieren gran relevancia al permitir un cuidado integral a los pacientes, proporcionando confort en esta condición de salud. Los cuidados paliativos se enfocan en la atención, alivio de la sintomatología y a sobrellevar efectos secundarios de los tratamientos médicos, incluyendo en todo momento a la familia.

En México a pesar de que el personal de enfermería constituye el grupo más grande de profesionales de la salud, existe una escasez de conocimiento sobre su papel en los cuidados paliativos (Ramírez, L. A. P., 2023). Por lo tanto, el profesional de enfermería adopta una postura de miedo, temor e inseguridad debido a una carencia de habilidades, actitudes y sobre todo de conocimientos específicos para llevar a cabo dichos cuidados paliativos, ya que, en la formación educativa, enfatizan el cuidado en pro de la mejora del paciente como éxito profesional y a la muerte como sinónimo de fracaso, sin considerar que es un proceso natural de la misma vida (Ramírez, L. A. P., 2023).

Siendo fundamental que los pacientes con ERC, cuidadores principales y familiares reciban una educación y apoyo adecuado para manejar su condición, retardando la progresión de la enfermedad, controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), especialmente en las etapas avanzadas de la enfermedad cuyo cuidado, permite una evaluación y monitoreo cercano, manejo de prevención y complicaciones, cuidados en el apoyo emocional y psicológico tanto del paciente, así como de su familia, educación y capacitación para el manejo de la enfermedad y el tratamiento al igual del manejo de la nutrición e hidratación. Sin olvidar tener una coordinación con otros profesionales de la salud para asegurar un cuidado integral. Cabe destacar que los cuidados paliativos no son solo para pacientes terminales, sino también para pacientes con enfermedades crónicas.

1.2 Marco de referencia

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la alteración funcional, estructural o histológica de los riñones que persiste durante tres meses o más y que tiene implicaciones en la salud del paciente. La Enfermedad Renal Crónica se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular (GFR) de menos de 60 mL/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente (Nieto-Ríos, J. F., Zuluaga Quintero et al 2021).

Para conocer las causas de la ERC se debe utilizar el contexto clínico, los antecedentes personales y familiares, los factores sociales y ambientales, la medicación, la exploración física, los estudios de laboratorio, el diagnóstico por imagen, y el diagnóstico genético y patológico (GPC-IMSS-335-19). Las causas se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares primarias, túbulos intersticiales y uropatía obstructiva, consumo de medicamentos o sustancias nefrotóxicas, enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico), enfermedades hereditarias renales, anomalías congénitas del riñón y el tracto urinario. (GPC- IMSS-727-14). Actualmente, en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida en frecuencia por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis (Cobo, P. A., et, al. 2024).

Los pacientes con ERC presentan un cuadro clínico con signos y síntomas dependiendo de la disminución de la función renal. Un gran porcentaje de pacientes son asintomáticos por eso su detección suele ser accidental con exámenes de rutina como examen general de orina (EGO), sedimento urinario y química sanguínea con creatinina sérica elevada. Mientras tanto en los pacientes de ERC sintomáticos sus manifestaciones

suelen ser: náuseas, emesis, anorexia, pérdida de peso, edema, anorexia, estomatitis, disgeusia, ictericia, anodinia, escarcha urémica, prurito generalizado (GPC-IMSS-335-19).

El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, así como en las alteraciones que se pueden apreciar la analítica. Cuando se sospecha esta enfermedad, debe realizarse un examen general de orina (EGO), química sanguínea (niveles de urea, creatinina, electrolitos séricos como sodio, potasio, cloro, calcio, fosforo, prueba de función hepática (niveles de albumina), ecografía renal, biopsia renal (marcadores de daño renal). La clasificación en etapas de la enfermedad renal crónica es una forma de cuantificar su gravedad. La enfermedad renal crónica se ha clasificado en 5 etapas (Levin A y Cols 2024).

- Etapa 1: TFG normal (≥ 90 mL/min/1,73 m²), más albuminuria persistente o enfermedad renal conocida estructural o hereditaria
- Etapa 2: TFG de 60 a 89 mL/min/1,73 m²
- Etapa 3: TFG de 45 a 59 mL/min/1,73 m²
- Etapa 3b: 30 a 44 mL/min/1,73 m²
- Etapa 4: TFG de 15 a 29 mL/min/1,73 m²
- Etapa 5: TFG < 15 mL/min/1,73 m²

El manejo general de la ERC establecida debe tener como objetivo la prevención o enlentecimiento de la progresión de la ERC, para lo cual es imprescindible identificar individualmente los factores de riesgo de cada paciente. Los pacientes con enfermedad renal crónica estadio 4 (TFG estimada < 30 ml/min/m²) deben recibir información sobre terapias sustitutiva renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal). El inicio de la

terapia dialítica se debe realizar de forma oportuna e individualizada, para evitar complicaciones derivadas del síndrome urémico que son potencialmente peligrosas para la vida (GPC-IMSS-335-19).

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que lamentablemente conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Una amplia gama de enfermedades requiere cuidados paliativos, como la enfermedad crónica renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Teniendo en cuenta que la ERC se caracteriza por el deterioro progresivo de la salud y su desencadenamiento de varios problemas de salud, los cuales solo se pueden controlar y no curar, en este punto se realiza el abordamiento con cuidados paliativos. Los cuidados paliativos (CP) son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados a las enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales (Redondo, 2019).

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal (OMS, 2020).

Según la Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF] 2024), los cuidados paliativos tienen por objeto: Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas. De acuerdo a la NOM-011-SSA3-2014 nos dice: toda persona que padezca una enfermedad evolutiva e incurable en situación terminal, tendrá a su favor la presunción de que requiere de cuidados paliativos.

Algunos aspectos a evaluar a los pacientes se incluye la identificación de síntomas físicos, emocionales y espirituales que requieren atención, la utilización de medicamentos y otras terapias para aliviar el dolor, la ansiedad, la depresión y otros síntomas, brindar cuidados para mejorar la comodidad y el bienestar del paciente, la atención a las necesidades básicas, la higiene y la movilización. Siempre hay que respetar la autonomía del paciente tanto en sus decisiones como en sus preferencias del paciente en cuanto a su cuidado y tratamiento.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Brindar intervenciones que mejoren la calidad de vida del paciente incluyendo las necesidades físicas, emocionales y espirituales.

1.3.2 Objetivos específicos

Respetar la autonomía y la dignidad del paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado y tratamiento.

Proporcionar educación practica a los familiares y cuidadores para el manejo del cuidado del paciente.

Capítulo II

I. Valoración Inicial

2.1.1. Datos de identificación

Masculino M.N.H de 29 años, estado civil casado, profesa religión católica, con nivel de escolaridad medio superior completa, de ocupación empleado de ventas. Niega alergias, grupo sanguíneo O+.

2.1.2. Observación del entorno

Paciente que se localiza en el servicio de nefrología, encamado. Que cuenta con el equipo y mobiliario mínimo para su atención, con buena ventilación e iluminación.

2.1.3. Datos históricos

Refiere abuela materna con DM2, padre HAS, hermana con hipotiroidismo, hermana con Sx de Von Willerbrand leve.

Enfermedad renal crónica con 9 años de diagnóstico, etiología no filiada, debuto con patrón túbulo-intestinal, tratamiento conservador durante un año, sin terapia de remplazo renal hasta trasplante renal de donador vivo relacionado madre el 13-03-2013, desconoce esquema de inducción a inmunosupresor, quien 2021 posterior a evento de COVID inicio con elevación de creatinina con realización de biopsia renal donde se reportó con rechazo crónico de anticuerpos activo, siendo tratado en su momento con rituximab en diciembre 2021. Al momento se encuentra ya en terapia de sustitución de hemodiálisis con colocación de catéter mahurkar yugular en HGZ1 LA LOMA, brindándole 3 sesiones de hemodiálisis (HD) a la semana (martes, jueves, domingo), uresis residual aproximadamente de 1000cc peso seco de 64kg, talla 1.65cm. hipertensión arterial sistémica (HAS) en tratamiento con prazosina 1mg cada 8 hrs, espirolactona 25 mg cada 24 hrs. En mayo 2024 cursa con infarto al miocardio con elevación en el segmento ST (IAMCEST) lateral, así

como angina postinfarto, se realiza intervención coronaria percutánea (ICP) a descendente anterior (DA) con colocación de STENT, con tratamiento de ácido acetil salicílico (ASA) 150mg cada 24 hrs, atorvastatina 40 mg cada 24 hrs, furosemida 40 mg cada 12 hrs, enalapril 2.5 mg cada 24hrs, metoprolol 25 mg cada 12 hrs, clopidrogel 75 mg cada 24 hrs. Portador de trombocitopenia inmune primaria desde 2023, ventana peritoneal por resistencia de inmunoglobulina (última enero 2024). Quirúrgicos: trasplante renal 2013, traumáticos negados, transfusionales en múltiples ocasiones. Niega consume de alcohol o tabaco.

2.1.4. Valoración actual

Paciente con palidez de tegumentos, mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico sin adenomegalias, con catéter de alto flujo subclavio en tratamiento de HD, con murmullo vesicular disminuido en hemitórax basal derecho, sibilancias en hemitórax izquierdo. Ruidos cardiacos rítmicos y aumentados de tono e intensidad, abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación. Extremidades integra y simétricas. Anasarca Godet 3, llenado capilar de 4 segundos. Paciente refiere iniciar con astenia, adinamia, dificultad respiratoria, nauseoso, evacuaciones melánicas, anúrico. Niega toxemias, vacunas al corriente de acuerdo al esquema de vacunación.

SV T/A 90/52mmHg FC 85 lpm FR 30rpm T° 35°C SAT 84%

Entrevista por Patrones Funcionales de Salud

1. Patrón percepción-manejo de salud.

Dentro de sus hábitos higiénicos se encuentra: baño terciado, cepillado de dientes una vez al día, cambio de ropa diario, lavado de manos antes de ir a comer y después de ir al baño. Niega alergia. Presenta episodios depresivos, ansioso, con cambios de humor durante el día, refiere insatisfacción de la vida.

2. Patrón nutricional-metabólico.

Peso 48 kg, Talla 1.60 IMC 18.7, dentro de su alimentación comenta ser 2 veces al día con 2 colaciones, su ingesta es 2 veces a la semana de carne, la ingesta de agua 500 ml al día., verduras 5 días a la semana y fruta todos los días. Refiere que hace 3 días antes de su ingreso no tienen apetito. Piel integra, deshidratada. Nauseoso.

3. Patrón eliminación.

Refiere evacuaciones melánicas hace una semana, al momento las evacuaciones son escasas, anúrico desde hace 1 año.

4. Patrón actividad- ejercicio.

Refiere adinamia, astenia, parestesia en miembros pélvicos, disnea, fatiga, hipotermia de 35°C, en domicilio es sedentario. A la exploración se observa constantes vitales alteradas (Ruidos cardiacos rítmicos y aumentados de tono e intensidad, murmullo vesicular disminuido en hemitórax, sibilancias en hemitórax izquierdo, hiperventilación, hipoxia con SpO2 84%, taquipnea 30 rpm).

5. Patrón sueño-descanso.

Durante su estancia hospitalaria, duerme la mayor parte del día, y en su domicilio tiene dificultad para dormir, irritable por las tardes. No tiene apoyo farmacológico para dormir.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

No presenta alteraciones en la memoria ni en los 5 sentidos. Sabe leer y escribir, se comunica verbalmente de forma clara y fluida, expresando sus dudas e inquietudes sobre su estado de salud.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

Presenta dificultad para tomar decisiones importantes en su vida, menciona sentir incertidumbre y temor respecto a la evolución de su enfermedad y tratamiento. Refiere que hace 2 años su salud ha empeorado, provocando episodios depresivos dejando por tiempos cortos su tratamiento farmacológico y en sus sesiones de hemodiálisis las interrumpe o no acude a todas. Expresa insatisfacción de la vida.

8. *Patrón rol-relaciones.*

Su círculo social es pequeño, menciona tener 2 amigos cercanos que lo apoyan emocionalmente, su esposa lo acompaña a todas sus consultas médicas y sus sesiones hemodialíticas, con el resto de su familia tiene una buena relación aunque cuenta que a veces es difícil pedir apoyo por la distancia de su domicilio.

9. *Patrón sexualidad-reproducción.*

Refiere ya no tener actividad sexual con su esposa, el cual le dificulta hablar sobre el tema.

10. *Patrón adaptación-tolerancia al estrés.*

Comenta sentir angustia y preocupación por su estado de salud actual, durante la hospitalización se ha observado episodios de nerviosismo especialmente en procedimientos médicos o momentos de incertidumbre sobre su evolución lo que conlleva temor y ansiedad respecto a su recuperación y posibles complicaciones.

11. *Patrón valores-creencias.*

Profesa religión católica, casado desde hace 7 años. En estos momentos no se siente apegado a su religión, refiere estar en conflicto con su Dios por estar siempre enfermo. Refiere tener miedo de morir hospitalizado y abandonado.

2.2 Diagnósticos de Enfermería

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 4: respuesta cardiovascular / pulmonar

Diagnóstico de enfermería 1: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor torácico evidenciado por hipoxia, taquipnea, hiperventilación.

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 4: respuesta cardiovascular / pulmonar

Diagnóstico de enfermería 2: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con autogestión ineficaz de la salud evidenciado por tiempo de llenado capilar >3, edema, parestesia en miembros pélvicos.

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Diagnóstico de enfermería 3: Autogestión de la salud ineficaz relacionado con síntomas depresivos evidenciado por insatisfacción de la calidad de vida, presenta secuelas de la enfermedad, exacerbación de la enfermedad.

2.3 Plan de Cuidados de Enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 4 Clase: 4 Pág. NANDA: 397 Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor torácico evidenciado por hipoxia, taquipnea, hiperventilación.	Dominio: salud fisiológica Clase: cardiopulmonar Código NOC: 0403	040301: Frecuencia respiratoria 040302: Ritmo respiratorio 040327: Pruebas de función pulmonar (oximetría)	Código: 3350 Intervención: Monitorización respiratoria Código: 3320 Intervención: Oxigenoterapia Código: 6680 Intervención: Monitorización de los signos vitales
	Puntuación Basal		
	3	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1.- Desviación grave del rango normal	
	3	2.- Desviación sustancial del rango normal	
	Puntuación Post-intervención	3.- Desviación moderada del rango normal	
4	4.- Desviación leve del rango normal		
	5.- Sin desviación del rango normal		

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 4 Clase: 4 Pág. NANDA: 394 Perfusión tisular periférica ineficaz r/c autogestión ineficaz de la salud e/p tiempo de llenado capilar >3, edema, parestesia en miembros pélvicos.	Dominio: salud fisiológica Clase: cardiopulmonar Código NOC: 0407 perfusión tisular: periférica	040715: Relleno capilar de los dedos de las manos 040716: Relleno capilar de los dedos de los pies 040727: Presión sanguínea sistólica 040728: Presión sanguínea diastólica	Código: 4062 Intervención: Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial Código: 3480 Intervención: Monitorización de las extremidades
	Puntuación Basal		
	3	Escala (s)	Código: 4070 Intervención: Precauciones circulatorias
	Puntuación Diana	1.- Desviación grave del rango normal	
	3	2.- Desviación sustancial del rango normal	Código: 4120 Intervención: Manejo de líquidos
Puntuación Post- intervención	3.- Desviación moderada del rango normal	Código: 2380 Intervención: Manejo de la medicación	
4	4.- Desviación leve del rango normal		
	5.-Sin desviación del rango normal		

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería- NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 4 Clase: 4 Pág. NANDA: 397 Diagnóstico de Enfermería: Autogestión de la salud ineficaz relacionado con síntomas depresivos evidenciado por insatisfacción de la calidad de vida, presenta secuelas de la enfermedad, exacerbación de la enfermedad.	Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicológico (M) Código NOC: 1204	120401: Muestra un afecto adecuado de la situación 120402: Muestra un estado de ánimo estable 120417: Muestra un nivel de energía estable 120420: Depresión 120426: Dificultad para tomar decisiones	Código: 5510 Intervención: Educación para la salud Guía de Práctica Clínica: Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención
	Puntuación Basal		
	2/ 2	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1.- Nunca demostrado /	Siempre demostrado
	2/2	2.- Raramente demostrado /	Frecuentemente demostrado
Puntuación Post- intervención	3.- A veces demostrado /	A veces demostrado	
0	4.-Frecuentemente demostrado /	Raramente demostrado	
	5.-Siempre demostrado /	Nunca demostrado	

Diagnóstico de Enfermería

Perfusión tisular periférica ineficaz r/c autogestión ineficaz de la salud e/p tiempo de llenado capilar >3, edema, parestesia en miembros pélvicos.

Nombre: M.N.H

29 años

Hemodiálisis

Edad: _____

Servicio/Contexto: _____

30/ octubre/ 2024

10: 00 hrs

Fecha: _____

Hora: _____

Intervenciones Realizadas

Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura).
Monitorizar el dolor a intervalos regulares.
Realizar cambios posturales cada 2 hrs, según sea conveniente.
Fomento al ejercicio, según tolerancia.
Inspeccionar la piel en busca de úlceras o heridas con retraso de cicatrización.
Mantener hidratación adecuada para evitar viscosidad de la sangre.
Vigilar la nutrición y el estado hídrico, incluidas la ingesta y la alimentación.
Determinar la movilidad actual y la percepción del estado de movilidad (caminar sin ayuda, uso de silla de ruedas, etc.).
Determinar el color, la temperatura, la hidratación de la piel.
Monitorizar la fuerza muscular y el movimiento articular.
Determinar el estado hídrico basal (sobrecarga, deshidratación, normovolemia).
Monitorizar el efecto terapéutico.

Evaluación

Evaluación Cuantitativa

Resultado Esperado: Desviación leve del rango normal (4)

Puntuación basal: Desviación moderada del rango normal (3)

Puntuación post intervención: Desviación leve del rango normal (4)

Puntuación cambio: +1

Indicadores basales y post intervención

- Relleno capilar de los dedos de las manos (3 a 4)
- Relleno capilar de los dedos de los pies (3 a 4)
- Presión sanguínea sistólica (3 a 4)
- Presión sanguínea diastólica (3 a 4)

Evaluación Cualitativa: El familiar y el paciente realizan interrogantes sobre ejercicios en miembros pélvicos, se aclaran dudas y se recomienda el apoyo de fisioterapeuta.

Diagnóstico de Enfermería
Autogestión de la salud ineficaz relacionado con síntomas depresivos evidenciado por insatisfacción de la calidad de vida, presenta secuelas de la enfermedad, exacerbación de la enfermedad.

Nombre: M.N.H
 29 años Hemodiálisis
 Edad: _____ Servicio/Contexto: _____
 30/ octubre/2024 10:00 hrs
 Fecha: _____ Hora: _____

Intervenciones Realizadas
<p>Identificar los factores internos y externos individuales, grupales que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductuales saludables.</p> <p>Determinar el tipo y el enfoque del programa de educación (salud social, salud emocional y mental, salud espiritual).</p> <p>Facilitar el diálogo, la interacción, el aprendizaje social, el espacio de apoyo.</p> <p>Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad de las conductas que induzcan la salud.</p> <p>Se recomienda monitorizar regularmente la gravedad de la depresión, utilizando una escala de evaluación realizada por su familiar o responsable y que será revisada por médico y psicólogo asignado.</p> <p>Los pacientes deben lograr la identificación de la relación entre el estado de ánimo, los pensamientos y las actividades de la vida diaria, desarrollar estrategias para generar pensamientos más útiles en respuesta a las situaciones estresantes, desarrollar habilidades sociales, de comunicación y asertividad, desarrollar habilidad de regulación emocional: enojo, ira, tristeza.</p>

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa</p> <p>Resultado Esperado: Raramente demostrado / Frecuentemente demostrado (2/2)</p> <p>Puntuación basal: Raramente demostrado / Frecuentemente demostrado (2/2)</p> <p>Puntuación post intervención: Raramente demostrado / Frecuentemente demostrado (2/2)</p> <p>Puntuación cambio: 0</p> <p>Indicadores basales y post intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra un afecto adecuado de la situación (se mantiene) • Muestra un estado de ánimo estable (se mantiene) • Muestra un nivel de energía estable (se mantiene) • Depresión (se mantiene) • Dificultad para tomar decisiones (se mantiene) <p>Evaluación Cualitativa: paciente continua con pensamientos depresivos con dificultad para la toma de decisiones, a pesar de contar el apoyo de familiares y cuidador principal. Se realiza observación para manejarlo con psicología.</p>

2.5 Valoración Continua

Se realiza una segunda valoración el día 03 noviembre del 2024 a las 09:30 hrs, el cual llega el paciente a la unidad de hemodiálisis traído de la unidad de nefrología para realizar su terapia de remplazo renal (hemodiálisis) con el diagnóstico médico ERC KDIGO 5 en HD/ pérdida de la función del injerto renal. Posterior a la conexión a la maquina se realiza una serie de preguntas para ver al avance posterior a las actividades realizadas siguiendo los patrones funcionales de la salud.

1. Patrón percepción-manejo de salud.

Dentro de sus hábitos higiénicos continua con un buen hábito de aseo personal, aunque refiere continuar con episodios depresivos, con aumento de la ansiedad con el paso de los días de internamiento, con cambios de humor durante el día en especial con cuidadores secundarios (amigos).

2. Patrón nutricional-metabólico.

Se mantiene somatometría (Peso 48 kg, Talla 1.60 IMC 18.7), durante su estancia refiere disminución de la ingesta de líquidos por orden médica. Con tolerancia a la vía oral del 50% de su dieta durante todo el día. Al momento piel integra con deshidratación.

3. Patrón eliminación.

Refiere evacuaciones escasas con escala Bristol tipo 6, anórico desde hace 1 año.

4. Patrón actividad- ejercicio.

Refiere disminución de parestesia, fatiga al terminar ejercicios en cama a tolerancia, normotermia de 36°C con ayuda de ropa abrigadora. A la exploración se observa sonda pleural izquierda con bajo gasto, con mejora en la saturación de 93% con apoyo de cánula nasal, con frecuencia respiratoria de 21 rpm.

5. Patrón sueño-descanso.

Continúa durmiendo la mayor parte del día.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

No presenta alteraciones neurológicas, se comunica verbalmente de forma clara y fluida, expresando sus dudas e inquietudes sobre su estado de salud.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

Refiere sentir incertidumbre y temor respecto a la evolución de su enfermedad y tratamiento ya que a pesar de la mejoría médica continua con insatisfacción de la vida.

8. Patrón rol-relaciones.

En cuanto a su círculo social llegan a visitarlo y cuidarlo, pero el ya no quiere que asistan, no argumenta los motivos.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

Refiere no hablar del tema

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

Comenta continuar con momentos de incertidumbre sobre su evolución lo que conlleva temor y ansiedad respecto a su recuperación y posibles complicaciones.

11. Patrón valores-creencias.

Continua en conflicto con su Dios por estar siempre enfermo y no ver mejoría.

2.6. Recomendaciones de continuidad de Cuidados Intrahospitalarios

Plan de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios	
Intervenciones de Enfermería	
a) Tipo de Dieta/Nutrición	<p>Guía de práctica: Intervención dietético nutricional PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA sin y con tratamiento sustitutivo 1º, 2º y 3er Nivel de Atención.</p> <p>El suplemento vía oral se prescribe únicamente si el requerimiento nutricional no se cubre con la intervención dietética con alimentos. Indicar suplemento alimenticio únicamente para cubrir el nutrimento deficiente (proteína, energía, alguna vitamina en particular como la A, D, K, B, otros) que no se alcanzó con alimentos. No dar suplemento sin tener un recuento de nutrimentos de 24 horas.</p> <p>En caso de deficiencia proteínica y con el fin de evitar el incremento del fósforo sérico, la uremia y las dislipidemias hay que suplementar con caseinato de calcio y/o claras de huevo.</p> <p>Dieta baja en proteínas para prevenir el deterioro en la filtración glomerular, hiperparatiroidismo, hipertensión e hiperfosfatemia. Disminuir en los adultos el consumo de sal a < 90 mmol (2g) por día de sodio, que corresponde a 5 g de cloruro de sodio.</p>
b) Cuidado de catéteres.	<p>Guía de práctica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las INFECCIONES RELACIONADAS A LINEAS VASCULARES.</p> <p>No sumergir el catéter o el sitio de catéter en agua durante el baño para reducir la posibilidad de introducir microorganismos al catéter. Cambio de apósito transparente al estar sucio o despegado.</p> <p>Si el paciente presenta dolor o hipersensibilidad en el sitio de inserción informar inmediatamente al personal.</p>
c) Ejercicio	<p>Guía de práctica: Prescripción de ejercicios con Plan Terapéutico en el Adulto.</p> <p>Colocar antebrazo sobre el borde de la cama y doblar la muñeca de arriba abajo.</p> <p>La palma de las manos en posición de rezo y elevar los codos sin despegar las palmas. Llevar la pierna hacia adelante flexionando y estirando la pierna. Subir y bajar la pierna.</p>
d) Medicación	<p>Código: 2380 Intervención: Manejo de la medicación.</p> <p>Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.</p> <p>Monitorizar el efecto terapéutico de la medicación.</p> <p>Vigilar interacciones terapéuticas.</p> <p>Determinar el conocimiento de la medicación.</p> <p>Instruir sobre la acción esperada y efectos secundarios.</p>

Capítulo III

3.1 Discusión Clínica / Conclusión

La enfermedad renal crónica es una condición médica que altera toda la funcionalidad renal, teniendo como consecuencia una enfermedad crónico-degenerativa, todo esto derivado de un mal apego al tratamiento médico. Ya que es una enfermedad crónica, que conlleva una atención más especializada que permite un cuidado integral dando paso a los cuidados paliativos, enfocándose en la atención del alivio de la sintomatología, proporcionando confort en los distintos ámbitos tanto personales como familiares.

El presente caso clínico en su totalidad su objetivo es brindar intervenciones que mejoren la calidad de vida del paciente incluyendo las necesidades físicas, emocionales y espirituales. De acuerdo a los diagnósticos de enfermería prioritarios como lo fue perfusión tisular periférica ineficaz, así como patrón respiratorio ineficaz, nos permitió intervenir de acuerdo a nuestras acciones de enfermería mejorar su nivel de bienestar físico. Sin embargo, ya que no se obtuvo la total disponibilidad emocional del paciente se obtuvo el siguiente diagnóstico autogestión de la salud ineficaz, por lo que se dio orientación al cuidador principal del estado emocional de su familiar, optando por consultar a un psicólogo particular para involucrarlo en sesiones de apoyo individual y familiar. Cabe destacar que en todo momento se obtuvo el apoyo de su círculo social y cuidador principal.

De acuerdo a Redondo (2019) los cuidados paliativos nos ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante el alivio de su sufrimiento priorizando el bienestar físico seguido del bienestar psicosocial.

La enfermera especialista en cuidados intensivos no solo tiene como misión proporcionar cuidados de enfermería a pacientes graves para evitar su complicación y disminuir secuelas, sino también está capacitada para brindar cuidados integrales con enfoque humanista, priorizando la calidad de vida del paciente, recordando que los cuidados paliativos nos dan un enfoque más avanzado que involucra a todo el personal de salud incluyendo a la familia del paciente. Reforzando que los cuidados paliativos no son solo para pacientes terminales, sino también para pacientes con enfermedades crónicas.

3.2 Referencias

Barbeito, N., & Carballo-Machado, R. (2018). Complicaciones más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(3). Recuperado de <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1275>

Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* [7ª Ed.]. Elsevier: España.

Cobo, P. A., Camarero, M. VM., Meca, M. EH., & Rea, G. V. (2024). 1.5 Protocolo de educación sanitaria a la persona con enfermedad renal crónica avanzada. *Procedimientos y Protocolos con Competencias Específicas para Enfermería Nefrológica*, 1-5.

Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC-IMSS-251-16 actualización 2016: Intervención Dietético-Nutricional Paciente con Enfermedad Renal Crónica Sin y Con Tratamiento Sustitutivo 1º, 2º, 3er Nivel de Atención.

Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC-SS-832-22 actualización 2022: Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención.

Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC-IMSS-335-19 actualización 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica

Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC-IMSS-626-13 actualización 2013: prescripción de Ejercicios con Plan Terapéutico den el Adulto.

Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC-IMSS-273-13 actualización 2013: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares.

Fuentes, I. AC., & Santana, S. RD. (2024). Enfermedad Renal Crónica. Guía Esencial de Medicina Interna en el Primer Nivel de Atención Tomo 17, 211.

Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-727-14: Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Guía Esencial de Medicina Interna en el Primer Nivel de Atención Tomo 17: Cañizares Fuentes, I. A., & Delgado Santana, S. R. (2024). Enfermedad renal crónica. En Guía Esencial de Medicina Interna en el Primer Nivel de Atención (Tomo 17). Cuevas Editores SAS. <https://cuevaseditores.com/libros/2024/abril/medicinainternatomo17.pdf>
<http://doi.org/10.56470/978-9942-660-12-1>.

Guías KDIGO 2024 Para la Evaluación y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. <https://static.elsevier.es/nad/kdigo2024.pdf>

Herdman, H.T, Kamitsuru, S. y López, C.T. (2021). NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. Edición Hispanoamericana. 12ª Ed. Elsevier: México.

Hernández, R. S., González-Mariño, R. Z., & Jiménez, L. R. O. (2018). Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. Nefroplus Elsevier, 8-15.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI; 2017). México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>

Instituto Nacional de Salud Pública (12 marzo 2020). La Enfermedad Renal Crónica en México. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html>

Insuficiencia renal crónica: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. CUN. (s. f.).

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/insuficiencia-renal-cronica>

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter.*, Suppl. 2013; 3: 1–150.

Llerena Cruz, C. A., Ramírez Gavilanes, G. I., Morales Mayorga, S. G., & Simbaña Quishpi, M. A... (2022). The role of nursing in palliative care: a literature review. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(3), 124–137.

<https://doi.org/10.51798/sijis.v3i2.398>

Mojena-Roblejo, M., Suárez-Roblejo, A., Ruíz-Ruíz, Y., Blanco.
Complicaciones más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis

Moorhead, S., Swazon, E., Johnson, M., y Maas, M. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [6ª Ed.]*. Elsevier: España.

Nieto-Ríos, J. F., Zuluaga-Quintero, M., Ariza-Parra, E. J., Bello-Márquez, D. C., & Gómez-Castro, L. T. (2021). Es hora de adaptar la definición de la enfermedad renal crónica de acuerdo con la edad. *Acta Médica Colombiana*, 46(4).

<https://doi.org/10.36104/amc.2021.2080>

Organización Panamericana de la Salud (febrero 2021). *Carga de Enfermedades Renales*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedes-renales>

Radosta, D. (2019). Reconstrucción histórica del Surgimiento del moderno movimiento hospice. *Scripta Ethnologica*, 9-40.

Apéndice A

Puebla Pue. A 30 de Octubre de 2024

Carta de Consentimiento Informado

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio *proceso de enfermería* que lleva como título "*Cuidados Paliativos en paciente con Enfermedad Renal Crónica (ERC)*" el cual es llevado a cabo por la Licenciada en enfermería Norma Angelica Cisneros Barranco estudiante de la especialidad en enfermería de Cuidados Intensivos con matrícula 224650580.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo del estudio, el procedimiento y tiempo en que se realizará, resolviendo todas y cada una de mis dudas.

Se me ha comentado que tengo el derecho de desertar del estudio si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que el estudio es sin fines de lucro y con fines académicos; es de manera voluntaria sin alguna remuneración económica para alguna de las partes; además, de que la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de investigación y educación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante todo el estudio.

En caso de que yo requiera más información respecto al uso de la información o el estudio se me dijo que puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con dirección en la 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes Puebla, Pue. Tel. (01-222) 229-55-00 Ext. 6521 y 5618 o bien con el director del proyecto ME. Oscar Ramos Montiel.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2



Apéndice B



Saldaña, R. B., Monraz Pérez, S., Castillo González, P., Nava, U. R., & Torrentera, R. G. (s/f). Auscultación pulmonar. Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería A.C. Recuperado octubre de 2024, de <https://www.facebook.com/ameenf.mx/posts/repasoameenf-auscultaci%C3%B3n-pulmonar-la-auscultaci%C3%B3n-es-la-%C3%BAltima-fase-de-la-explo/2261564997384942/>

Apéndice C

Patrones respiratorios en adultos	
Eupnea (Normal)	Regular y desahogado de 12 a 20 respiraciones por minuto.
Taquipnea	> 20 respiraciones por minuto.
Bradipnea	< 20 respiraciones por minuto.
Hiperventilación	Respiración rápida y profunda > a 20 respiraciones por minuto.
Apneusis	Neurológico; esfuerzo inspiratorio sostenido.
Cheyne-Stokes	Neurológico; patrones alternos de respiraciones profundas separadas por periodos breves de apnea.

Patrones respiratorios. Prevención en Salud Proactiva. Recuperado octubre 2024, de <https://www.udocz.com/apuntes/905832/patrones-respiratorios>

Apéndice D

PATRONES RESPIRATORIOS

Eupnea



Frecuencia respiratoria normal, 12 a 20 rpm, en adultos.

Taquipnea



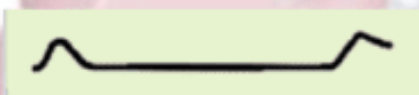
Frecuencia respiratoria mayor a 20 rpm, en adultos.

Bradipnea



Frecuencia respiratoria menor a 12 rpm, en adultos.

Apnea



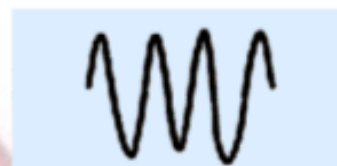
Ausencia de respiración.

Hiperpnea o hiperventilación



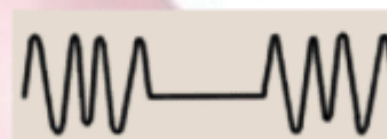
Mayor profundidad respiratoria.

Kussmaul



Mayor profundidad y rapidez.

Biot



Períodos más rápidos y profundos de lo normal, con respiraciones iguales. Se alternan con pausas de apnea.

Cheyne - Stokes



Períodos rápidos y de profundidad progresiva, alternado con apnea.

Patrones respiratorios. Prevención en Salud Proactiva. Recuperado octubre 2024, de <https://www.udocz.com/apuntes/905832/patrones-respiratorios>

Apéndice E

SATURACIÓN DE OXÍGENO

Es la medida de la cantidad de oxígeno disponible en la sangre

Rango	Valores
Normal	95% al 100%
Hipoxia leve	91% al 94%
Hipoxia moderada	86% al 90%
Hipoxia grave	≤ 85%

Saturación de oxígeno. Medical Center Líderes en Tiendas Médicas. Recuperado octubre de 2024, de <https://www.facebook.com/MedicalCenterMX/posts/los-niveles-de-saturaci%C3%B3n-%C3%B3ptimos-garantizan-que-las-c%C3%A9lulas-de-tu-cuerpo-reciba/4323027044456364/>

Apéndice F

CODIGO DE... EVACUACIONES

ES UN SISTEMA DE ABREVIATURAS QUE SE USA PARA CLASIFICAR LAS EVACUACIONES EN DONDE SE OBSERVAN CARACTERÍSTICAS DE LAS EVACUACIONES

OLOR

- Fétido (F):** Olor semejante a azufre, gas butano, producto de la alimentación y digestión.
- Agrio (Ag):** Ocasionado por alimentos como la leche, medicamento o acción bacteriana que producen gases.

COLOR

- Amarilla (A):** Por la deficiencia de bilis en el intestino.
- Verde (V):** En la ablactación se relaciona con pigmentos de algunos vegetales, o puede ser causa de procesos infecciosos.
- Café (C):** Evacuación normal.
- Meconio (Mec):** Primera evacuación en el neonato, pegajosa, negra verdosa compuesta de pigmentos biliares, ácidos grasos, moco, sangre y líquido amniótico.
- ROJA Cs:** Sangrado activo.
- NEGRA:** Melena. Signo clínico que indica una hemorragia digestiva por la presencia de deposiciones con sangre digerida.

CONSISTENCIA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

ASPECTOS ANORMALES QUE PODEMOS ENCONTRAR EN LAS HECES:

- CON MOCO (CM)**
- CON PUS (CP)**
- PARÁSITOS (PSITOS)**
- CON GRUMOS (CGR)**

@ceintensa

Código de evacuaciones. Centro Integral de Enseñanza en Salud. Recuperado octubre 2024, de <https://www.facebook.com/CEINTENSA/posts/c%C3%B3digo-de-evacuaciones-ceintensatips/628157255991285/>

Escala de Fovea o Godet.



Maniobra que permite valorar la existencia de un edema.

	<p>GRADO ①</p> <p>Sin distorsión visible, desaparece rápidamente</p>		<p>GRADO ③</p> <p>Depresión de hasta 6 mm. Desaparece en 1 min.</p>
	<p>GRADO ②</p> <p>Depresión de hasta 4 mm. Desaparece en 15 seg.</p>		<p>GRADO ④</p> <p>Depresión de hasta 1 cm. Desaparece en 2 a 5 min.</p>

@lupdup_enfermeria

Escala de Fovea o Godet. Lupdup_enfermería. Recuperado octubre 2024, de https://www.instagram.com/p/Cs4i3l_PBeL/