



# Plan de cuidados de enfermería para la atención del paciente pediátrico con insuficiencia renal crónica



## AUTORES Y VALIDADORES

### **Autores :**

MAHSP. Trinidad Jovita Olaya Velázquez	Maestría en Administración de Hospitales y salud Pública	IMSS	UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI
Lic. Irma Patricia Gámez Álvarez.	Licenciatura en Enfermería		UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI

### **Validación interna:**

MCS Olga Lozano Rangel	Maestría en Ciencias de la Salud	IMSS	UMAE Hospital de cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI
Lic. Ana Belem López Morales	Licenciatura en Enfermería	IMSS	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

<b>NIVEL:</b> Tercero	<b>ESPECIALIDAD:</b> Nefrología	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTERDEPENDIENTE PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.</b>		
<i>PROBLEMA DE COLABORACIÓN</i>		<i>RESULTADOS ESPERADOS</i>		
Uremia S/A insuficiencia renal crónica M/ P retención de urea y nitrógeno ureico	<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
	<b>RESULTADO:</b> Equilibrio electrolítico y ácido base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nitrógeno ureico sanguíneo.</li> <li>• Creatinina Sérica</li> <li>• Cociente nitrógeno ureico (creatinina en sangre)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave de lo normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal</li> <li>4. Desviación leve del rango normal</li> <li>5. Sin desviación del rango normal</li> </ol>	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>				
<b>INTERVENCIÓN:</b> Terapia de diálisis peritoneal.				
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el procedimiento y el propósito de la diálisis peritoneal</li> <li>• Calentar el liquido de diálisis antes de la instalación</li> <li>• Valorar la permeabilidad del catéter, registrando la dificultad de flujo de entrada/salida</li> <li>• Llevar registro de los volúmenes de flujo entrada/salida y del equilibrio individual/acumulado</li> <li>• Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción del catéter de diálisis peritoneal.</li> <li>• Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p.ej. toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades)</li> <li>• Controlar las cifras de presión arterial, pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.</li> <li>• Asegurar la manipulación aséptica del catéter peritoneal y conexiones</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar los signos vitales</li> <li>• Medir y registrar las dimensiones abdominales</li> <li>• Medir y registrar el peso diariamente</li> <li>• Fijar conexiones y el tubo firmemente</li> <li>• Comprobar el liquido y soluciones</li> <li>• Realizar cambio de diálisis (flujo de entrada, estancia y salida)</li> <li>• Observar si hay signos de infección (inflamación) drenaje del sitio de salida.</li> <li>• Observar signos de distres respiratorio.</li> <li>• Enseñar al paciente a observar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico, (fiebre, hemorragia, distres respiratorio, pulso irregular, flujo de salida turbio y dolor abdominal.</li> </ul>		

**INTERVENCIÓN:** Terapia de hemodiálisis

**Actividades:**

- Extraer una muestras de sangre para realizar examen bioquímico
- Registrar los signos vitales de referencia: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión sanguínea.
- Explicar el procedimiento de hemodiálisis y su objetivo
- Comprobar el equipo y las soluciones según protocolo
- Utilizar técnica estéril para iniciar la hemodiálisis y para la inserción de aguja y conexiones.
- Utilizar guantes, protección ocular y bata que evite el contacto directo con la sangre
- Fijar conexiones y tubos firmemente
- Comprobar los monitores del sistema para garantizar la seguridad del paciente (frecuencia de flujo, presión negativa para ultrafiltración y sensor sanguíneo)
- Vigilar presión sanguínea, pulso, respiraciones y la respuesta del paciente durante el procedimiento.
- Administrar heparina según protocolo
- Controlar los tiempos de coagulación y ajustar la administración de heparina adecuadamente según el procedimiento.
- Ajustar las presiones de filtración para extraer una cantidad adecuada de líquido.
- Poner en práctica el protocolo correspondiente si baja la presión
- Comparar signos vitales y la bioquímica sanguínea posteriores a la hemodiálisis con los valores anteriores de la misma
- Proporcionar cuidados al catéter o fístula
- Enseñar al paciente a observar por sí mismo los signos y síntomas que indique la necesidad de tratamiento médico. (fiebre, hemorragia, fístula coagulada, tromboflebitis y pulso irregular.
- Colaborar con el paciente para aliviar las molestias de los efectos secundarios derivados de la enfermedad y el tratamiento (calambres, fatiga, cefalea, prurito, anemia, desmineralización ósea, cambios en la imagen corporal e interrupción de roles.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

NIVEL: Tercero	ESPECIALIDAD: Nefrología	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA BIFOCAL PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA</b>			
<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN</b>		<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>			
Riesgo de peritonitis S/A infección asociada a diálisis peritoneal		<b>RESULTADO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
		<b>RESULTADO:</b> Severidad de la infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiebre</li> <li>Dolor</li> <li>Aumento de leucocitos</li> </ul>	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>					
<b>INTERVENCION:</b> Control de la infección					
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instruir al paciente acerca de la técnica de lavado de manos.</li> <li>Indicar a las visitas se laven las manos al entrar o salir de la Habitación del paciente.</li> <li>Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente ( cinco momentos de lavado de manos)</li> <li>Poner en práctica precauciones universales</li> <li>Administrar terapia de antibióticos</li> <li>Vigilar que el paciente ingiera los antibióticos según prescripción</li> </ul>					

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

<p><b>INTERVENCION :</b> Tratamiento para la fiebre</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar la temperatura lo más frecuentemente.</li> <li>• Comprobar los valores de recuento leucocitarios, hemoglobina y hematocrito.</li> <li>• Controlar ingresos y egresos.</li> <li>• Administrar medicación antipirética.</li> <li>• Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre</li> <li>• Administrar líquidos intravenosos.</li> <li>• Monitorizar por si hubiera anormalidades en electrolitos, desequilibrio acido-base y arritmia.</li> <li>• Administrar oxígeno.</li> <li>• Fomentar el aumento de líquidos orales.</li> <li>• Administrar un baño tibio con esponja</li> <li>• Controlar la temperatura de manera continuada para evitar hipotermia inducida por el tratamiento.</li> <li>• Realizar los registros oportunamente.</li> </ul>	<p><b>INTERVENCION:</b> Regulación de la temperatura.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la temperatura al menos cada dos horas.</li> <li>• Controlar la presión sanguínea, pulso y respiración.</li> <li>• Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.</li> <li>• Favorecer ingesta nutricional y de líquidos.</li> </ul>
<p><b>INTERVENCION :</b> Administración de medicación</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar la política y los procedimientos para la administración precisa y segura de los medicamentos</li> <li>• Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y eficacia de la administración de medicamentos</li> <li>• Realizar los cinco correctos de la administración de los medicamentos</li> <li>• Verificar la indicación médica antes de administrar el fármaco</li> <li>• Observar si existen posibles alergias, interacciones, contraindicaciones respecto a los medicamentos</li> <li>• Observar la fecha de caducidad del fármaco</li> <li>• Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados</li> <li>• Ayudar al paciente a tomar la medicación</li> <li>• Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</li> <li>• Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados</li> <li>• Registrar los narcóticos y medicamentos restringidos, de acuerdo al protocolo</li> <li>• Registrar la administración de la medicación y la capacidad de la respuesta del paciente</li> </ul>	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

<b>NIVEL:</b> Tercero	<b>ESPECIALIDAD:</b> Nefrología	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA</b>		
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>		<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>		
<b>PATRÓN: 2</b> Nutrición - metabólico  Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p cambios en la presión arterial, edema generalizado y aumento de peso en un corto periodo de tiempo	<b>RESULTADO</b>  <b>RESULTADO:</b> Equilibrio hídrico  <b>RESULTADO:</b> Severidad de la sobre carga de líquidos	<b>INDICADORES</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de la presión sanguínea</li> <li>Edema generalizado</li> <li>Aumento del peso</li> </ul>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>  1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>  Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>				
<b>INTERVENCIÓN :</b> Monitorización de signos vitales  <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Controlar periódicamente presión sanguínea</li> <li>Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea</li> <li>Controlar la presión sanguínea</li> <li>Controlar la presión sanguínea mientras el paciente este acostado, sentado y de pie y después de cambiar de posición.</li> <li>Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar</li> <li>Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de datos del paciente.</li> </ul>				

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

### INTERVENCIÓN : Manejo de líquidos

#### Actividades

- Pesar y controlar la evolución.
- Pesar los pañales y ropa de cama
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación
- Vigilar el estado de hidratación (membrana mucosa húmeda, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática)
- Controlar resultados de laboratorio relevantes en retención de líquidos (toma de densidad urinaria mediante tira semicuantitativa en orina)
- Monitorizar estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP.
- Evaluar la ubicación y extensión del edema.
- Toma de registros vitales
- Pesar al paciente para control ponderal antes y después de las diálisis o hemodiálisis
- Notificar al médico si persisten los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos.
- Administrar terapia I.V
- Monitorizar el estado nutricional.
- Control estricto de líquidos.
- Administrar los diuréticos prescritos.
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.
- Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos
- Realizar anotaciones oportunamente en hoja registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

#### BIBLIOGRAFIA

- Wilkinson J, Ahern N. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª edición. Editorial Pearson Prentice Hall. España 2008
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Edición. Ed. Elsevier Mosby , España 2007
- Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª edición. Ed. Elsevier Mosby. España 2009
- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definición y clasificación 2012-2014 Ed Elsevier , España 2013
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª Edición. Editorial Elsevier Mosby España 2009
- Ackley B, Ladwig B. Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª edición. Editorial Elsevier, España 2007

FECHA DE ELABORACION: Enero 2013

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Enero 2014