



Guías Prácticas de Actuación de Enfermería en Salud Renal

Una orientación
para su desarrollo,
implementación
y evaluación.



FONDO NACIONAL
DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

Guías Prácticas de Actuación de Enfermería en Salud Renal

**Una orientación para su desarrollo,
implementación y evaluación**

Martínez, María del Carmen; Miotti, María del Huerto;
Pérez, Mary; Phillips, Carolina; Piñero, Gloria; Quagliata,
Gabriela; Viera, Annalet

Guías Prácticas de Actuación de Enfermería en Salud Re-
nal. Una orientación para su desarrollo, implementación
y evaluación. Programa de Salud Renal.

Montevideo: Fondo Nacional de Recursos, 2011.

NEFROPATÍAS – prevención y control

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

GUÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

ISBN: 978-9974-98-352-6

Dir. 18 de Julio 985 – Galería Cristal, 4º piso – C.P. 11.100

Tel. (00598)2901 4091* - Fax (00598)2902 0783

e-mail: fnr@fnr.gub.uy – www.fnr.gub.uy

Equipo técnico a cargo de la elaboración:

María del Carmen Martínez

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Comunitaria. Representante de la RAP-ASSE.

María del Huerto Miotti

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Nefrología. Integrante del Grupo de Licenciadas/os en Enfermería que trabaja en el marco del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Mary Pérez

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Nefrología. Integrante del Grupo de Licenciadas/os en Enfermería que trabaja en el marco del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Carolina Philipps

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Nefrología. Representante de Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas. Integrante del Grupo de Licenciadas/os en Enfermería que trabaja en el marco del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Gloria Piñero

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cardiología. Especialista en Administración de los Servicios de Salud. Integrante del Grupo de Licenciadas/os en Enfermería que trabaja en el marco del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Representante de Facultad de Enfermería (UDELAR).

Gabriela Quagliata

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Comunitaria. Especialista en Enfermería en Neonatología. Representante de la RAP-ASSE.

Annalet Viera

Licenciada en Enfermería. Especialista en Administración de los Servicios de Salud. Especialista en Enfermería Pediátrica. Integrante del Grupo de Licenciadas/os en Enfermería que trabaja en el marco del Programa de Salud Renal del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Colaboradoras:

Lic. Esp. Cristina Barrenechea – Lic. Esp. Ana Gossi – Lic. Esp. Silvia Mora

Índice

Introducción	7
Marco Teórico	8
Nefroprevención. Niveles de intervención	9
Intervención de enfermería en salud renal	9
Enfermería en nefroprevención	11
Consulta de enfermería	11
Educación para la salud. Educación terapéutica.	12
Riesgo cardiovascular renal	12
Principales factores de riesgo cardiovascular según el informe JNC	14
Guías de intervención de enfermería	14
1. Intervención de enfermería: hipertensión arterial	14
2. Intervención de enfermería: síndrome metabólico, resistencia a la insulina, mal control glucémico.	16
3. Intervención de enfermería: proteinuria	19
4. Intervención de enfermería: displemia	20
5. Intervención de enfermería: control estado nutricional	21
6. Intervención de enfermería: sedentarismo	22
7. Intervención de enfermería: tabaquismo	22
8. Intervención de enfermería: factor de riesgo psicosocial	23
9. Cuidados de enfermería en los factores de riesgo de la enfermedad crónica avanzada	24
9.a. Intervención de enfermería: anemia	25
9.b. Intervención de enfermería: alteración del metabolismo óseo y mineral	27
Bibliografía	29
Anexos	33
Anexo nº 1 – grupo de control de nefroprevención	34
Anexo nº 2 - consulta de enfermería	35
Anexo nº 3 - tablas calibradas de Framingham	40
Anexo nº 4 - test de fagerström.	44
Anexo nº 5 - test de motivación para dejar de fumar -Richmond	45
Anexo nº 6 – diagnósticos de enfermería	46
Anexo nº 7 - recolección de orina de 24 horas para clearance de creatinina	47

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), constituyen a nivel mundial, una importante preocupación en materia de salud pública, dado que son las causantes de casi dos tercios del número total de defunciones en las Américas. Estas enfermedades dependen, esencialmente, de factores de riesgo y estilos de vida que pueden ser modificables. (Martínez et al, 2009)

Las proyecciones realizadas a partir de la información obtenida por el observatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que para el año 2020, las ECNT constituirán una carga del 60% de las enfermedades y del 70% de las muertes. (Martínez et al, 2009)

La carga global de las ECNT y entre ellas la enfermedad crónica renal (ERC), en el siglo XXI se ha visto incrementada en el mundo. Este crecimiento se ha tornado una dificultad grave en salud pública a nivel mundial. (Martínez et al, 2009)

Dado los recursos económicos crecientes que deben dedicarse para la atención de estos pacientes, surge así, como una táctica para detener esta epidemia, la implementación de programas de prevención de la enfermedad renal.

Desde el año 2004, se implementó en Uruguay el Programa de Salud Renal con representantes del Ministerio de Salud Pública, del Fondo Nacional de Recursos, de la Facultad de Medicina y de la Sociedad Uruguaya de Nefrología con el fin de hacer sustentable y sostenible la asistencia integral de los pacientes con enfermedad renal.

El rol de Enfermería en la prevención, detección y tratamiento de la ERC, así como también de todos los factores de riesgo cardiovasculares, es cada día más activo y relevante a través de cuidados de enfermería con un abordaje multifactorial y educación sanitaria para lograr una adhesión sostenida a hábitos saludables y un correcto manejo de la ERC.

Es así que la Comisión Honoraria de Salud Renal del FNR convocó a diferentes especialistas de Enfermería con el propósito de unificar criterios de actuación en los tres niveles de atención, mediante la elaboración de guías de acción en salud renal. Para ello, se realizaron revisiones de guías clínicas nacionales, internacionales y publicaciones relevantes. El grupo de especialistas realizó las siguientes recomendaciones con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la prestación de los servicios y de la práctica de enfermería en salud renal, garantizando un proceso de asistencia integral con una visión holística de alto valor humano.

Marco teórico

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (K/DOQI)

Daño renal y/o tasa de filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1.73 m² superficie corporal por > 3 meses.

El daño renal se define por anomalías estructurales o marcadores de daño, incluyendo anomalías en los exámenes sanguíneos, de orina, y en estudios por imágenes como la presencia de microalbuminuria o macro proteinuria, hematuria persistente (con exclusión de causa urológica), anomalías en anatomía patológica por biopsia renal y anomalías imagenológicas (en tamaño renal, poliquistosis renal, etc.).

Estadios de la ERC (K/DOQI)	
Estadio 0	Individuos con factores de riesgo de ERC en la población general
Estadio 1	Daño renal con FG normal o aumentado: ≥ 90 ml/min/1.73 m ²
Estadio 2	Daño renal con FG levemente disminuido: 60-89.9 ml/min/1.73 m ²
Estadio 3	FG moderadamente disminuido: 30-59.9 ml/min/1.73 m ²
Estadio 4	Severa disminución del FG: 15-29.9 ml/min/1.73 m ²
Estadio 5	Fallo renal: FG < 15 ml/min/1.73 m ²

Daño Renal: Proteinuria > 0.5 g/l o microalbuminuria si es diabético o alteraciones en pruebas de imagen (como poliquistosis, hidronefrosis o litiasis) o lesiones anatomopatológicas si tiene biopsia renal.

El Filtrado Glomerular (FG) se estima a partir de la edad, sexo y creatinina plasmática por la fórmula de Levey (tabla de Levey).

Nefroprevención. Niveles de intervención

La nefroprevención tiene tres niveles de intervención (García, 2002):

1. Prevención Primaria: mediante la capacitación del personal sanitario del primer nivel de atención acerca de las poblaciones de riesgo de presentar enfermedad renal crónica (añosos, obesos, hipertensos, diabéticos, dislipémicos, fumadores, sedentarismo). En estas poblaciones se debe realizar el tratamiento adecuado de los factores de riesgo de enfermedad renal y solicitar los exámenes que permitan una detección temprana de la misma.

2. Prevención Secundaria: destinada a enlentecer la progresión de la enfermedad renal en quienes ya la presentan, evitando las frecuentes complicaciones cardiovasculares asociadas. En esta etapa, es prioritario instrumentar sistemas que disminuyan la frecuente pérdida de seguimiento de los pacientes.

3. Prevención Terciaria: continúa a la anterior, pero requiere de un equipo multidisciplinario de pre diálisis que permitirá mejorar las condiciones de ingreso a tratamiento dialítico (CSR; SUN, 2008).

Intervención de enfermería en salud renal

La coordinación intersectorial e interinstitucional y el trabajo en redes favorecen la capacitación del equipo, mejora la calidad de la prestación, y disminuye recursos a la hora de la implementación del programa facilitando los procesos y logrando una mejor calidad en los resultados.

En este sentido, en el siguiente cuadro se establecen las líneas de trabajo propuestas

Nivel de atención en Salud Renal	Población Objetivo	Acciones de enfermería
<p>1er NIVEL Programas de Prevención de ERC</p>	<p>Estadio 0 Usuarios con función renal normal con uno o más factores de riesgo</p>	<p>1-Promoción de hábitos saludables: ejercicio, alimentación, antitabaquismo, control sobrepeso/obesidad, control de salud cada seis meses o anual. 2-Trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial. 3-Realizar actividades educativas (talleres) y recreativas, intra y extra muros para la captación de individuos de la comunidad con factores de riesgo. 4-Consulta de Enfermería. 5-Seguimiento de usuarios y familia. 6-Derivación a otros integrantes del equipo en caso de ser necesario. 7- Visitas domiciliarias</p>
<p>• 2do NIVEL • Programa de Mejora de Calidad Asistencial de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica</p>	<p>• Estadio 1 a 3 • Usuarios con daño renal con FG normal o disminuido levemente (60-89 ml/min) o moderadamente (30-59 ml/min)</p>	<p>• A las anteriores se agregan: conservar el mayor tiempo posible la función residual retrasando la progresión de la enfermedad. • Control de los factores riesgo vascular y renal: • Proteinuria. • Tensión Arterial. • Dislipemia. • Anemia. • Metabolismo glucídico. • Metabolismo Ca/P.</p>
<p>• 3er NIVEL • Programa de Mejora de Calidad Asistencial de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada 3er NIVEL • Programa de Mejora de Calidad Asistencial de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada</p>	<p>• Estadio 4 • Usuarios con daño renal con FG disminuido gravemente (15-29 ml/min)</p>	<p>• Anemia. • Metabolismo glucídico. • Metabolismo Ca/P. • Acidosis. • Inmunización. • Apoyar al paciente en la decisión de la terapia de sustitución de la función renal (TSFR). • Programar entrada en técnica sustitutiva elegida, evitando complicaciones y uso de accesos temporales</p>
<p>• 4to NIVEL • Programa de Diálisis y Trasplante.</p>	<p>• Estadio 5 • Fallo renal <15 ml/min</p>	<p>• Destinado al tratamiento de pacientes con ERC extrema en tratamientos sustitutivos de la función renal mediante técnicas financiadas por el FNR.</p>

Enfermería en nefroprevención

La enfermería tiene como objeto de cuidado al individuo como ser integral, contemplando los aspectos biopsicosociales y culturales, realizando diagnósticos y tratamientos de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de la salud, mediante el proceso de atención de enfermería. La enfermera formará parte y trabajará integrada al equipo de salud, pero hay aspectos en que requerirá que actúe con independencia profesional dentro de un abordaje multidisciplinario, utilizando sistemas de registros de su actividad (Ver Anexos N° 1 y N° 2).

El rol de enfermería profesional en la nefroprevención es implementar herramientas que le habiliten a trabajar en forma conjunta con el equipo multidisciplinario en los programas de Atención Primaria en Salud dirigidos a limitar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer ERC, el diagnóstico precoz (sobre todo en hipertensos y diabéticos) y en el enlentecimiento de la progresión de la ERC mediante el abordaje individual, familiar y grupal.

Las herramientas son:

- 1- Consulta de enfermería.
- 2- Seguimiento del usuario / familia.
- 3- Interconsultas con otros integrantes del equipo de salud.
- 4- Conocimiento de los distintos efectores de salud, del área de cobertura del Centro de Salud, Policlínica, Hospital, etc.
- 5- Visitas Domiciliarias.
- 6- Registro en Historia Clínica (Consulta- Seguimiento). Incluir diagnósticos de Enfermería (Ver Anexo N° 6).
- 7- Actividades educativas intra y extra muros.
- 8- Integrar grupos de apoyo a ODH (obesos, diabéticos e hipertensos).

Consulta en Enfermería

Definición. Es la instancia de encuentro directo (entrevista cara a cara) entre el profesional de enfermería y el usuario - familia, donde realiza actividades de promoción, prevención y rehabilitación en salud en forma integral con participación activa del usuario buscando el autocuidado.

Para desarrollar la consulta de enfermería se debe contar con:

- Sistema de registro, Historia Clínica, Agenda, etc.
- Espacio propio, consultorio con diferentes materiales como estetoscopio, esfigmomanómetro y distintos recursos de papelería.
- Agenda independiente e informatizada (si existe en el lugar de trabajo).
- Línea de teléfono para poder ponerse en contacto con los usuarios y viceversa.
- Canales de comunicación bien establecidos entre enfermería e integrantes del equipo de salud.

Educación para la salud. Educación Terapéutica

Las estrategias de educación para la salud deben ir dirigidas a distintos grupos poblacionales:

la población general, adulta e infantil en la que debemos centrar la promoción de hábitos saludables evitando así la aparición de factores de riesgo;

tratar los factores de riesgo de aparición o progresión de nefropatía, detectando precozmente la enfermedad renal;

tratar las complicaciones derivadas de la insuficiencia renal a la vez que se disminuyen el elevado riesgo cardiovascular.

Se debe propiciar la autonomía de la persona en sus cuidados, aportar la información necesaria para que sea capaz de tomar decisiones respecto a su salud, enfermedad y tratamiento de la misma, tener una relación de ayuda en el proceso de adaptación a la enfermedad y poner al alcance de ella todos los recursos sanitarios y sociales de los que dispone.

La educación terapéutica del usuario exige mucho más que una simple transmisión de información. Se trata de la puesta en marcha de una relación que haga posible el empoderamiento del paciente con la finalidad de promover y/o generar conductas saludables procurando su intervención activa, así como también la de su familia y la comunidad, a través de acuerdos con el equipo de salud. Antes de determinar la intervención educativa, se debe de explorar cuáles son las motivaciones y capacidades frente a la modificación de los factores de riesgo para lograr el cambio hacia una conducta saludable. Las etapas de cambios en que se encuentran las personas, determinará el éxito o fracaso de las intervenciones que realicemos.

Para el proceso de cambio de conducta existen diferentes modelos, como el transteórico de Prochaska y Diclemente (1983).

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/120/12018210.pdf>

Riesgo cardiovascular renal

En la prevención de la diabetes, la enfermedad cardíaca y la nefropatía, existen factores de riesgo comunes.

La actuación terapéutica sobre los factores modificables enlentece directa o indirectamente la progresión de la enfermedad renal.

En el desarrollo de estas guías se realiza un abordaje integrado en relación al plan de cuidados de enfermería.

La valoración del riesgo y la realización de intervenciones oportunas, constituyen posiblemente unas de las actuaciones más relevantes y pertinentes que el profesional de enfermería puede y debe realizar para mejorar la calidad y la expectativa de vida de sus pacientes.

En los pacientes con ERC se presentan con mayor frecuencia los factores de riesgo CV tradicionales y además se manifiestan otros trastornos propios de la falla renal que pueden causar daño cardiovascular. Estos pacientes deben ser considerados como de alto riesgo vascular.

La estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) de los pacientes hipertensos es la base para establecer la estrategia terapéutica adecuada a cada individuo.

Existen varios métodos para la estimación del RCV, entre ellos, el de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología, las tablas del SCORE, (Systematic Coronary Risk Evaluation) o las tablas calibradas de Framingham¹⁰.

Sociedad Uruguaya de Cardiología:
www.suc.org.uy/Gui_Prev_fotos_archivos/guiaprevencion_Nov2007_W.pdf

En ellas se parte de valores de PA normales y sin factores de riesgo cardiovascular hasta valores de PA mayores, con FRCV, lesión de órgano diana ó trastornos clínicos asociados.

Principales factores de riesgo cardiovascular según el Informe JNC

- Hipertensión arterial.
- Consumo de tabaco (particularmente cigarrillos).
- Obesidad, índice de masa corporal ≥ 30 kg/m².
- Sedentarismo.
- Dislipemia, LDL-colesterol > 100 mg/dL o HDL-colesterol < 40 mg/dL.
- Diabetes.
- Microalbuminuria.
- Filtrado glomerular estimado < 60 ml/min.
- Edad > 55 años en varones y > 65 en mujeres.
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura, en varones menores de 55 años o en mujeres menores de 65 años.

RELACIONADOS A LA ERC

Anemia.

Alteración del metabolismo fósforo cálcico.

Homocisteinemia.

Stress oxidativo.

Guías de intervención de enfermería

1. Intervención de enfermería: hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) responsable de morbilidad cardiovascular elevada. La hipertensión arterial es un factor de riesgo para el desarrollo de la ERC y en la ERC la presencia de Hipertensión arterial es la causa de un deterioro más rápido de la misma.

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener cifras tensionales por debajo de 130/80mmHg. • Mantener cifras menores de 125/75mmHg con proteinuria mayor a 1gr/24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la enfermedad. • Negación de la enfermedad. • Cifras tensionales elevadas. • No cumplimiento del plan de alimentación, no habituarse a la dieta hiposódica. • No cumplimiento medicación indicada. • Dificultades en el acceso a la medicación. • Presencia de otros factores de riesgo que lleve al aumento de cifras de tensión arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al usuario sobre la hipertensión, factores de riesgo, causas, tratamientos, complicaciones. • Tener instancias de comunicación con el usuario y la familia. • Si es necesario, realizar interconsultas con otros integrantes del equipo. • Indagar motivos de no cumplimiento del tratamiento y brindar soluciones. • Evitar el sobrepeso. • Confeccionar junto con el usuario y familia (si está presente) un listado de medicación que debe tomar, explicando la acción de los mismos y frecuencia de administración. • Informar sobre los efectos secundarios de la medicación y sobre la importancia de no quedarse sin medicación, sobre horarios de farmacia, días atención medico tratante, etc. • Control de dichos factores a través de la educación, consulta, etc. • Coordinar consulta con psicólogo, si es necesario. • -Informar sobre los distintos recursos de la zona: asistenciales, recreativos y sociales para que el usuario se conecte con ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de los factores de riesgo en cada consulta de enfermería. • Evaluación periódica de cifras tensionales.

2. Intervención de enfermería: Síndrome metabólico, resistencia a la insulina, mal control glucémico.

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener glicemias menores a 100 mg/dl • Mantener Hb A1c <7% 	<ul style="list-style-type: none"> • No cumplimiento del plan de alimentación. • No cumplimiento del tratamiento medicamentoso. • Desconocimiento o negación de la enfermedad. • • • • Problemas socio-culturales. • Presencia de lesiones en piel o de focos sépticos. • Sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar acerca de la enfermedad. • Adiestramiento al usuario y familia (alimentos permitidos, colaciones, importancia sobre la lectura de ingredientes de los alimentos elaborados, etc.). • Derivación a nutricionista si es necesario. • Incentivar para la participación en los grupos ODH. • Investigar el porqué de la no toma de la medicación. • Informar de la importancia de ésta, dosis, horarios, efectos secundarios, etc. Interacción junto con el plan alimentario y actividad física. • Investigar motivos de no cumplimiento del plan dietético. • Repetido. • Importancia del traslado y Conservación de la medicación (insulina). • Instancia junto al familiar o referente del usuario. Educar sobre signos y síntomas de la hiper- hipo glicemia. • Informar sobre cómo puede intervenir en el proceso de la enfermedad, evitar complicaciones (empoderamiento). • Informar sobre otros factores de riesgo que influyen sobre el no control de la glicemia (HTA, Obesidad, sedentarismo.) • Derivarlo al grupo ODH. • Identificar etapa de la negación. • Si es necesario solicitar valoración psicológica. • Entrega de folletería. • Hablar en forma sencilla, negociar sobre hábitos adquiridos. • Detallar en forma escrita qué es la enfermedad, tratamientos y recreación. • Interconsulta con Asistente Social. • Explicar importancia de la higiene, el uso del calzado apropiado, cuidado de los pies y no exponerse al calor o al frío. • Evitar traumatismos. • Si es necesario interconsulta con podólogo o dermatólogo. • Importancia del cepillado dental. • Interconsulta con odontólogo. • Explicación de los efectos de la actividad física con la dieta y la medicación. • Conectarlo con grupos que realizan actividad física, clubes de la zona, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logros obtenidos de acuerdo a la dieta, control de peso, IMC, HGT. • -Seguimiento de clínica y auto monitoreo. • Citación para nueva consulta de enfermería.

Prevención y tratamiento de la proteinuria-albuminuria

La albuminuria es el marcador más precoz y sensible de enfermedad renal y de progresión de la misma, así como también de RCV. Sugiere el diagnóstico de enfermedad glomerular cuando es mayor 0.3 gr/día.

La identificación de la misma es de importancia para el diagnóstico y diseño de medidas de renoprotección

Relación albúmina / creatinina normal
Hombres <17 MG. / G Mujeres < 25 MG. / G

Se debe realizar primero un diagnóstico precoz mediante examen de orina o microalbuminuria si es diabético, y luego, debemos cuantificar la proteinuria mediante la medida de proteinuria de 24 hs o el índice proteinuria / creatininuria o microalbuminuria/ creatininuria. El diagnóstico de proteinuria se determina en una muestra de la primera orina de la mañana. En caso de dar positivo, debe confirmarse en dos o más veces que deben ser realizados en los intervalos de una semana a dos meses y, en cada uno, determinar también la creatininuria en orina para calcular el cociente albuminuria / creatininuria que nos permite cuantificar la proteinuria o microalbuminuria. La proteinuria y la creatininuria se miden en gramos. La microalbuminuria se mide en mg.

Si en el examen de orina común no aparece proteinuria y el paciente es diabético, se debe solicitar microalbuminuria al menos una vez al año. Si la microalbuminuria es positiva, debe valorarlo nefrólogo.

El ejercicio, la dieta y el estado de deshidratación pueden afectar la función renal y la excreción de proteinuria.

El Licenciado en Enfermería debe explicar al paciente el propósito de los antihipertensivos (IECA /ARA II en pacientes diabéticos y no diabéticos) cuya función no es solamente disminuir la hipertensión arterial sino también reducir la proteinuria que tiene un impacto favorable en la progresión de la enfermedad renal. La inhibición del sistema renina angiotensina con IECA / ARA II es el arma terapéutica más importante para prevenir y enlentecer la progresión de la ERC en todas las nefropatías. Son drogas antihipertensivas y anti-proteinuricas.

3. Intervención de enfermería: Proteinuria

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir valores anormales de proteinuria en 50% o más hasta 0,3 a 0,5 grs. / día. • En los microalbuminúricos se debe negativizarla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de proteinuria. • Falta de conocimiento sobre la administración correcta de los fármacos. • Incumplimiento. • Dietético. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la forma de recolección de muestra de orina común y de 24 horas para el control de proteinuria. (Ver Anexo 7) • Educar sobre la toma correcta de la medicación antiproteinúrica. • Informar al usuario los efectos adversos que pueden ocurrir ante la inadecuada ingesta de los fármacos. • Indagar los motivos del incumplimiento del plan alimentario. • (Sociales o cognitivas) • Educar sobre alimentos permitidos. • Indagar sobre hábitos. • Consulta con nutricionista si es necesario. • Instruir sobre la importancia de reducir en la dieta los alimentos ricos en proteínas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de proteinuria/ creatininuria. • Monitoreo de albúmina /creatininuria. • Monitoreo al modificar el tratamiento farmacológico

4. Intervención de enfermería: Dislipemia

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el usuario mantenga niveles de colesterol, LDH, HDL y triglicéridos dentro de los de valores considerados como de salud. • Estos son, colesterol menor a 200 mg/dl, HDL mayor- igual a 40mg/dl(hombres), mayor- igual de 45 mg/dl(mujeres), triglicéridos menor a 150mg/dl . • LDL <100 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de lo que es esta enfermedad. • No cumplimiento del tratamiento medicamentoso. • No cumplimiento dieta. • Sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre los factores de riesgo originados por la hipercolesterolemia, cómo se diagnóstica, su tratamiento y sus complicaciones. • Adiestrar al usuario y familia sobre los alimentos permitidos. • Derivar a nutricionista si es necesario. • Informar sobre los beneficios de cumplir con la toma de medicación indicada. • Verificar si comprendió como debe realizar la toma de medicación: <ul style="list-style-type: none"> • dosis, frecuencia y hora. • Informar como debe ingerir la <ul style="list-style-type: none"> • medicación en relación a la ingesta de alimentos. • Estimular a seguir con un estilo de vida saludable, modificando su dieta, realizando ejercicio y cesando el consumo de tabaco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logros obtenidos de acuerdo a la dieta, control de peso, IMC. • Seguimiento de parámetros clínicos y auto monitoreo. • Citación para nueva consulta de enfermería.

5. Intervención de enfermería: Control estado nutricional

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener IMC entre 18,5 y 24,9 o descenso de peso de 5 a 10 % del peso corporal o bajar de peso de 0.5 a 1 kg por semana. • Perímetro cintura abdominal 102 cm en el hombre y 88 cm en la mujer • Evitar desnutrición que conlleva la insuficiencia renal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición • Sobrepeso • Obesidad. • Incumplimiento de plan de alimentación. • Sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre dieta ejercicios y su beneficios. • Control de peso, IMC y perímetro de cintura. • Información sobre redes de apoyo. • Derivarlo a los grupos ODH. • Explorar voluntad de cambio. • Coordinar consulta con nutricionista. • Coordinar consulta con psicólogo, si es necesario. • Indagar motivos del no cumplimiento. • Brindarle distintas herramientas para la elección del plan dietético. • Instancia con la familia para valorar el apoyo familiar. • Información sobre la importancia de la actividad física. • Conectarlos a grupos de ODH. • Fomentar la realización del ejercicio y proponer aumento de las actividades cotidianas según posibilidad física, edad y patologías asociadas. • Brindar estrategias de actividad física (subir escaleras, dar vuelta manzanas, etc.). • Tener en cuenta recursos de la zona (grupo de adultos mayores, yoga, gimnasia para tercera edad, hidrogimnasia, etc.). • Poner en contacto al paciente y a los familiares con grupos de apoyo para controlar el peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Enfermería: • Control de peso periódico y para clínica. • Control cintura abdominal. • Reforzar conocimientos y estimular adhesión al plan de alimentación. • Indagar sobre cambios de actitud y conductas. • Contacto con las distintas instituciones deportivas donde concurren nuestros usuarios.

6. Intervención de enfermería: Sedentarismo

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> Favorecer la actividad física, 30 minutos tres veces por semana. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta el riesgo coronario. Aumenta el riesgo de Hiperlipidemia, sobrepeso, HTA, Stress. Grado de sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Informar al usuario y a la familia sobre los lugares dentro de la comunidad donde pueda ser derivado para la realización de la actividad física. Favorecer la inclusión del usuario a grupos, clubes, etc. Explicarle la importancia de la realización de ejercicios, requisitos necesarios, etc. Integrar a la familia para la realización de actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> Consulta de Enfermería. Contacto con la distintas instituciones donde concurren nuestros usuarios.

7. Intervención de enfermería: Tabaquismo

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> Cesación de tabaquismo (se considera cuando se abandona el hábito de fumar durante seis meses ininterrumpidos). 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas respiratorios: <ul style="list-style-type: none"> Tos. Expectoración. Cambio de voz. Cansancio al caminar o actividad (etc.). Problemas circulatorios: <ul style="list-style-type: none"> Frialdad distal. Presencia de varices (etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el grado de adicción del paciente y su disposición a dejar de fumar, dependencia de la nicotina: <ul style="list-style-type: none"> Test de Fagerström. Test de motivación para dejar de fumar-Richmond. (Ver Anexos 4 y 5). Establecer estrategias de consejos conductuales. Remitir a centros de cesación de tabaquismo para: <ul style="list-style-type: none"> Terapias de sustitución de nicotina. Tratamiento farmacológico. Alentar a dejar de fumar en cada consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Control y seguimiento del progreso. Incentivar toda conducta que tome el usuario en relación a la cesación.

8. Intervención de enfermería: Factor de riesgo psicosocial

Este tipo de factor en los últimos años se le ha dado mucha importancia, y lo podemos dividir en dos tipos o categorías:

-Factores emocionales: trastornos afectivos como depresión, hostilidad y enojo.

-Estresores crónicos: escaso soporte social, mal nivel socio económico, estrés laboral, estrés marital y presión por los cuidadores.

Se debe saber que este tipo de factor de riesgo se caracteriza por:

-Alta prevalencia en los usuarios.

-El distress psicológico se puede presentar como síntoma cardíaco.

-Afecta en forma negativa en la adhesión al tratamiento.

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el autocuidado y la adaptación a la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • No adhesión al tratamiento. • Falta de sueño o fatiga casi constante. • Mala relación con integrantes de su familia. • Problemas en su ámbito laboral con compañeros de trabajo, productividad, etc. • Cambio de humor repetidas veces durante la consulta. • Falta de higiene, desalineación. • Verborrea 	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar trastornos emocionales y distintos tipos de estrés. • Reafirmar conocimientos con el usuario sobre los factores de riesgo, prevención y tratamiento. • Conectarlo con grupos ODH, clubes sociales. • Derivación a psicólogo del equipo. • Derivación al médico tratante. • Entrevista con integrantes de la familia del usuario. • Pase si es necesario a asistente social. • Favorecer la integración del usuario a grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Enfermería. • Visitas domiciliarias.

9. Cuidados de enfermería en los factores de riesgo de la enfermedad crónica avanzada

Los pacientes con filtrado $<30\text{ml/min}$ deben ser seguidos en policlínica de prediálisis a través de un equipo interdisciplinario

CONTROL CON NUTRICIONISTA

En esta etapa es fundamental la valoración y el seguimiento de la nutricionista para controlar el estado nutricional, las restricciones de sodio y el aporte proteico. En esta etapa se requiere, por lo general, la restricción de proteínas y niveles de potasio, fósforo y perfil lipídico

VIGILAR NIVELES DE POTASIO

La hiperpotasemia puede ocasionar graves trastornos del ritmo. Los niveles de K deben ser inferiores a 5.5 mEq/lit . Las causas de hiperpotasemia son la dieta, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y los diuréticos ahorradores de K (Ej.: espironolactona). Los inhibidores de la enzima de conversión (Ej.: enalapril), que son las drogas nefroprotectoras por excelencia, pueden ocasionar hiperpotasemia y obligar a su suspensión.

VIGILAR NIVELES DE BICARBONATO

Se deben vigilar los niveles de bicarbonato en sangre, que debe ser superior a 22 mmol/lit para evitar la acidosis metabólica que es un factor de progresión de la IRC. Los niveles se pueden corregir con la administración de bicarbonato de sodio o acetato o carbonato de calcio.

MANEJO DE LA ANEMIA

La anemia es una complicación frecuente en usuarios con ERC y comienza cuando el FG disminuye por debajo de $60\text{ ml/min}/1.73\text{ m}^2$: La causa principal es el déficit de eritropoyetina (EPO), pero existen múltiples causas, entre ellas, las toxinas urémicas, el hiperparatiroidismo, la técnica de sustitución hemodialis (HD), etc. Los usuarios con $\text{FG} < 60\text{ ml/min}/1.73\text{m}^2$ deben ser valorados en la búsqueda de anemia y su causa.

La anemia incide indirectamente en el control del peso y la dislipemia, ya que afecta negativamente la tolerancia al ejercicio.

La normalización de los niveles de Hb en la ERC se asocia a una mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud (Ver Tabla I).

El tratamiento con hierro en pacientes con ERC puede hacerse por vía oral o IV, aunque la vía IV es más eficaz. En todos los casos y para todos los AEE, la vía de administración aconsejada para pacientes con ERC es la subcutánea.

El tratamiento de la anemia se basa en diagnosticar y tratar la causa. Se debe corregir el déficit de hierro (la ferritina debe ser >100 mg/dl y la saturación de transferrina $> 20\%$), de vitamina B, ácido fólico y de persistir la hemoglobina en niveles <11 en la mujer y <12 en el hombre, se indicarán los AEE (Ver Tabla I).

9.a Intervención de enfermería: Anemia

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de ferritina superior a 100 mg/dl. • Mantener niveles de Hb mayores a 11.0 g/dl en mujeres púberes y premenopáusicas; mayor a 12 g/dl en hombres y mujeres postmenopáusicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de pérdidas sanguíneas relacionado a ERC. • Déficit de conocimiento relacionado a la autoadministración del fármaco. • Riesgo de incumplimiento terapéutico por dificultad para administración endovenosa de hierro. • Déficit de conocimiento en la auto administración de la EPO • Mala respuesta al tratamiento con EPO 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar en forma sistémica las pérdidas sanguíneas agudas y crónicas, coordinar exámenes paraclínicos complementarios (PSI). • Investigar otras posibles causas de anemia: <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento terapéutico. • Hiperparatiroidismo. • Infecciones. • Informar al usuario y/o familia sobre la importancia de mantener niveles hierro y Hb. • Orientar sobre modo de ingesta del fármaco.* • Coordinar con centro de referencia la administración del hierro I/V, asegurar la disponibilidad del fármaco.** • Enseñar al usuario y a la familia a realizarse la auto administración de la EPO subcutánea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener comunicación con el usuario para coordinación de exámenes y consulta de Enfermería. • Coordinar consulta de Enfermería semanal durante la etapa de entrenamiento para la autoadministración subcutánea del fármaco • Monitoreo paraclínico de Hto, Hb, metabolismo férrico. • Coordinar estudios complementarios: <ul style="list-style-type: none"> • PSI, dosificación de PTH, Metabolismo Férrico, Cultivos, etc.

Alteración del metabolismo óseo y mineral

En la progresión de la Enfermedad Renal Crónica, tiene lugar la aparición de alteraciones del metabolismo mineral ya en etapas tempranas de la enfermedad (estadio III). En la etapa 3 de ERC (VFG 60-30 ml/mln), se inicia la elevación de PTH y reducción de niveles de vitamina D (1, 25 OH₂ D₃) que progresan en paralelo a la declinación de la función renal. La fosforemia no aumenta y la calcemia no disminuye hasta etapas más tardías (etapa 4, VFG 20-30 ml/min).

Las alteraciones del metabolismo óseo y mineral refieren a alteraciones bioquímicas, esqueléticas y calcificaciones extraesqueléticas. El tratamiento está basado en mantener niveles normales de fósforo, calcio, PTH y fosfatasa alcalina.

Para ello, es importante mantener la dieta.

1- DIETA

Para evitar los incrementos de fósforo sérico es importante seguir una dieta adecuada, normo calórica, pero con moderada restricción proteica. Para conseguir mantener el fósforo en sangre entre 3,5-5 mg/dl se deberían mantener ingestas de fósforo entre 800-1000 mgr/día; esto equivale aproximadamente a una dieta de 50 a 60 gr de proteínas. No se puede ser muy estricto en las medidas dietéticas, porque esto conlleva reducir la ingesta de proteínas y como consecuencia produciría malnutrición en el paciente, motivo por el cual es muy importante vigilar el estado nutricional del usuario.

2-QUELANTES

Con frecuencia, a pesar de insistir en la dieta, es preciso recurrir al uso de quelantes del fósforo.

- A. Acetato y carbonato de calcio: estos quelantes no deben aportar más de 1.5 gr/día de calcio, y no debería utilizarse en presencia de hipercalcemia.
- B. Quelantes basados en aluminio (Gela): están cada vez más en desuso.
- C. Actualmente se dispone de un nuevo quelante: Develarme (Rena-gel®), que no contiene ni calcio ni aluminio en su composición, por lo que controla el fósforo sin riesgo de hipercalcemia.

3-ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA D

La vitamina D incrementa la absorción de Ca en el intestino y actúa directamente sobre las glándulas paratiroides disminuyendo la producción de PTH, por lo que corrige la hipocalcemia y disminuye los niveles de PTH. Pero también aumenta la absorción de P, pudiendo condicionar hiperfosforemia, por lo que los niveles de Ca, P y PTH deben ser monitorizados periódicamente.

9.b Intervención de enfermería: Alteración del metabolismo óseo y mineral

Objetivo terapéutico	Identificación problemas	Intervenciones de enfermería	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Ca en estadio III y V de: Ca= 8.4-9.5 mg/dl. • Niveles de P en estadio III a IV. • P= 2.7 a 4.6 mg/dl. • Estadio V = 2.7 a 5.0 mg/dl. • Producto P-Ca= siempre < 55. (mejor ,50) • Mantener niveles de hormona paratiroidea (PTH). • Estadios III-IV menor a 200 pg/ml. • Estadio V de 10 a 300 pg/ml. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo inefectivo del régimen terapéutico por conocimientos deficientes o negación de la situación de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al usuario y/o la familia sobre la importancia de mantener niveles Ca y P normales y sus complicaciones. • Orientar sobre dieta indicada para la hiperfosforemia. • Orientar sobre la toma correcta de los quelantes cálcicos (carbonato o acetato). No sobrepasar de 1.5gr.Ca al día. • Si está indicado, orientar sobre la importancia de estudios para detectar calcificaciones vasculares. • Orientar sobre la toma de derivados de la vitamina D (calcitriol). • Orientar sobre la importancia del control de Ca y P durante el tratamiento con vitamina D. • Derivar a nutricionista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de calcio y fósforo en cada consulta o a demanda. • Coordinar exámenes complementarios solicitados como radiografías simples, ecocardiogramas, ecografía carotídea para descartar calcificaciones extra óseas. • Monitoreo de PTH, según indicación medica.

Bibliografía

CABRERA, G. *El Modelo transteórico del comportamiento en salud*. En: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía [on line] 18(2) p.p. 129-138, 2000. [citado 5 julio 2009]. Disponible en Internet: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/120/12018210.pdf>>

CALLEJO, E. 2006. Seminario ENTREVISTA MOTIVACIONAL. Grupo de Comunicación y Salud de la Socalemfyc (Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. [on line] [citado 8 Mayo 2009]. Disponible en Internet: <http://www.aepap.org/apapcy/entrevista_motivacional.pdf>

COMISIÓN DE SALUD RENAL; SOCIEDAD URUGUAYA DE NEFROLOGÍA. 2006. *Programa de Salud Renal: Mejora de la calidad asistencial de pacientes con enfermedad renal crónica*. [on line] Montevideo: FNR [citado 10 Octubre 2008]. Disponible en Internet: <http://www.nfroprevencion.org.uy/prog_salud_renal.pdf>

FONDO NACIONAL DE RECURSOS. 2006. *Publicación Técnica N° 2 Guía clínica para identificación, evaluación y manejo del paciente con enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención*. [on line] Montevideo: FNR [citado 15 Agosto 2008]. Disponible en Internet: <<http://www.fnr.gub.uy/?q=node/96>>

FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA. *Test de Richmond*. [on line] [citado 2 junio 2009]. Disponible en Internet: <www.fundacioncardiologica.org/richmond.htm>

FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA. *Test de Fagerström*. [on line] [citado 2 junio 2009]. Disponible en Internet: <<http://www.fundacioncardiologica.org/fagerstrom.htm>>

GARCIA, L. 2002. *La Educación para la salud: adopción de actitudes y mantenimiento de nuevos comportamientos saludables*. [citado 15 Agosto 2008]. Disponible en Internet: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/..preven/cap_o2_sec_o2.pdf>

GÓMEZ, A. et al. *Manejo de la insuficiencia renal avanzada. Actitudes frente a la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular. Consensos en insuficiencia renal*. En: DyT [on line] 25 (3) pp. 149-178. 2004. [citado 15 Noviembre 2008]. Disponible en Internet:

<http://www.sedyt.org/2004/revista/numeros_enteros/25_3/2503_149_O_Gomez-Alamillo.pdf>

GONZÁLEZ, E.; TORREGROSA, J. 2008. *Guías SEN. Objetivos y método de las recomendaciones de la SEN sobre el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal crónica*. [on line] [citado 12 Octubre 2008]. Disponible en Internet: <<http://www.senefro.org>>

MARTÍNEZ, A.; MARTÍN DE FRANCISCO, A.; GÓRRIZ, J.; ALCÁZAR, R.; ORTE, L. *Estrategias en salud renal: un proyecto de la Sociedad Española de Nefrología*. En: *Revista Nefrología* [on line] 29(3) pp. 185-192, 2009. Disponible en Internet: <<http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=5326>>

MIRANDA, Ma. *Editorial*. En: *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* [on line] 10(2).2007. [citado 5 Mayo 2008]. Disponible en Internet: <<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n2/editorial.pdf>>

NANDA. *Diagnósticos de Enfermería*. [on line] [citado 5 Mayo 2008]. Disponible en Internet: <<http://www.aibarra.org/archivos/NANDA.htm>>

OPS. 2003. *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles (CARMEN). Una iniciativa para*. online] [citado 13 Mayo 2008] Disponible en Internet: <<http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/CARMEN-doc2.pdf>>

OPS. 2002. *Observatorio de Políticas para la Prevención de Enfermedades No Transmisibles en Latinoamérica y El Caribe*. online] [citado 13 Mayo 2008]. Disponible en Internet:<www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/cmn-pol-obs-2002-desc.pdf>

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*.

RODICIO-DÍAZ, J. *La insuficiencia renal como factor de riesgo cardiovascular*. En: Gaceta Médica Bilbao [on line] 103 pp.145-147. 2006. [citado 3 Mayo 2008]. Disponible en Internet: <www.gacetamedicabilbao.org/web/pdfdownload.php?doi=060039jr>

SCHWEDT, E.; SOLÁ, L.; RÍOS, P.; MAZZUCHI, N. 2006. *Identificación, evaluación y manejo del paciente con enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención*. En: Revista Tendencias en Medicina 4(29): pp. 14-22, nov. 2006.

SELLARES, V. 1998. *Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Transplante Renal*. Barcelona: Harcourt Brace.

SIERRA, R.; PEDRAZA, S.; PÉREZ, M.A.; CÓZAR, J.J. Nefropatía Tóxica. En: CEBRIÁN GIL, J. et al. *Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos*. [on line] Cap. 7.2. [citado 5 Mayo 2009]. Disponible en Internet: <<http://tratado.uninet.edu/co7o2o3.html>>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. 2008. Revisión: *Nefrotoxicidad inducida por medicamentos y como reducirla*. [on line] [citado 5 Mayo 2009]. Disponible en Internet: <<http://www.sefh.es/sefhboletin/vernociaboletin.php?id=3949>>

VALLECORSA, C. 2004. *Las enfermedades cardiovasculares. Factores de riesgo cardiovascular*. [on line] [citado 5 junio 2009]. Disponible en Internet: <www.gratisweb.com/cvallecor/>

Anexos

Anexo N° 1. Grupo de control de nefroprevención

Grupo de control de nefroprevención												
Nombre y apellido					Cédula de Identidad			Teléfono				
Fecha	Pas	Pad	Peso	Altura	Cintura	IMC	Fuma	HCT/ Hb glucosilada	Colesterol	Triglic.	HDL	Ldl

Anexo Nº 2 - Consulta de enfermería

Fecha:

DATOS PATRONÍMICOS:

Nombre:Nº de Registro.....

Dirección.....Teléfono.....

Edad:.....Sexo: M F Raza..... Est.Civil.....Procedencia.....

Motivo de ingreso al Programa-

Médico tratante-

ASPECTOS SOCIO ECONÓMICOS:

Ocupación:..... Hs. de trabajo:..... Dentro del hogar:

Fuera del hogar:

Vivienda: Propia.....Alquilada.....Otros.....

Número de habitaciones.....

Construcción en: Madera.....Chapa.....Plástico.....Material.....

Agua potable..... Electricidad.....Heladera.....Saneamiento.....

Accesibilidad al Centro de S.: Caminando..... Locomoción..... Cual.....

Nivel de Instrucción: Primaria C.....I..... Secundaria C.....I..... Otros.....

Composición del grupo Fliar.

Parentesco	Edad	Ocupación	Niv.Instrucción	Aporta

Cobertura de Salud:..... Carnet del adulto mayor:

Pertenece a Grupos: Religioso.....Deportivos.....Recreativos.....De Salud

Frecuencia:

Beneficios Sociales: Sí.....No..... ¿Cuál/ es?.....

¿Con quién concurre a la consulta?.....

ASPECTOS PSICO EMOCIONALES

Grado de autonomía. 1 ____ (s/p) 2 ____ (c/a) 3 ____ (s/a)

Se comunica 1) bien _____ 2) con dificultad _____

Receptivo	Llanto	Inquietud	Verborragia	Tranquilo	Irritable
Desmotivado	Negativo	Feliz	Angustiado		

Estado emocional

Cómo se relación con su flia: Bien..... Regular..... Mal.....

¿Tiene temores?..... ¿A qué?..... ¿A quién?.....

Enfermedades Psiquiátricas: Trastorno de la Ansiedad ____ Psicosis ____ Depresión _____

Trastorno de Juicio ____ Trastorno de memoria ____ Trastornos cognitivos _____

Hábitos nocivos

Tabaco Sí No Desde..... Cuantos diarios

Alcohol Sí No Desde.....Frecuencia.....Volumen.....Clase.....

Otras Drogas Sí No ¿Cuál?..... Frecuencia.....Desde.....

¿Recibió tratamiento?

Observaciones:.....

Hábitos saludables

¿Realiza ejercicio?..... ¿Cuál?..... Frecuencia.....

Cumple con TTO: dietético...sí no por qué.....

Medicamentoso...sí no por qué.....

Condiciones de higiene: buena.....regular.....mala.....

Descanso en hs. de sueño.....¿son reparadoras?.....

¿Concurre periódicamente a controles de salud?

A cuáles Médico General: sí no ¿Fecha consulta?

Odontólogo: sí no

Ginecólogo: sí no

Endocrinólogo: sí no

Nutricionista sí no

Nefróloga: sí no

Podólogo sí no

Oftalmólogo sí no

Urólogo sí no

Actividades recreativas.....

Antecedentes personales

.....

Antecedentes familiares: patología.....

¿Quién?.....

VALORACIÓN FÍSICA

TAX..... FR..... P..... T..... IMC P. Cint

HGT

SNC

Orientado en tiempo y espacio.....

Presencia de dolor sí no ubicación características

Pérdida de memoria sí no desde.....

Agudeza visual: Lee títulos y texto.....solo títulos.....ninguno.....

Usa lentes: sí no

Agudeza auditiva: Hipoacusia D.....I.....Bilateral.....

Interfiere en la comunicación social: sí.....no.....

Vértigos: sí.....no.... Mareos: sí.....no....

SDN

Boca: Lengua.....Piezas dentarias.....Caries.....

Nauseas () vómitos () Pirosis () Reflujo.....Ingestas diarias.....

Líquido /día.....Dieta.....Presencia de hemorroides.....

Deposiciones.....Frecuencia.

SCV

PA.....

Pulso: Central..... periférico.... Relleno capilar.....

Pulso Pedio derecho:Tibial Posterior.....Pulso Pedio Izq.:..... Tibial Post.

Izq.....

Presencia de várices: Sí No Dónde:

Edemas: Sí No Dónde: Peri maleolares

Presencia de úlcera: Sí características..... No Presencia de fatiga....Sí No En reposo...

S. Respiratorio

Frecuencia respiratoria.....res.por/min

Características de la respiración.....

Presencia de tos..... rinorrea.....Secreciones.....Característica.....

S.N.U.

Frecuencia de micción.....por día Características de la orina
Hematuria.....
Trastorno de la micción: Dolor.....Ardor.....Incontinencia
Alteraciones Anatómicas.....

SME

Malformaciones: Congénitas.....Adquiridas.....
Presencia de Callos: Ubicación: Dorsales..... Plantares:.....
Espacios interdigitales. :.....
Deformidades digitales: Dedo en martillo: Hallus valgus: Otros:
Uñas:.....
Marcha
Deambula independiente Sí No Utiliza auxiliares Sí No Cual.....
Postura.....
Tono y Fuerza Muscular Conservada..... Disminuida.....
Antecedentes de Caídas.....Fracturas.....

ST

Temp. Ax
Pliegue cutáneo: perezoso.....normal
Piel y Mucosas normo coloreada Si .No
Estado de la piel: Micosis..... Lesiones.....características....

SGR

Autoexamen de mamas Sí No
Mamografía Sí No Fecha.....
PAP Sí No Fecha.....
Menarca.....Menopausia.....
Hijos.....Partos.....Embarazos..... Abortos..... Cesáreas.....
Patologías ginecológicas: Sí..... No.....
Examen de Próstata: Sí..... No..... PSA- Ecografía....
Edad Reproductora activa: Sí... No..... Método anticonceptivo....

Medicación

Tipo	Dosis	Frecuencia

Estudios realizados-pendientes

Fecha	Tipo	Resultados

Dx. de Enfermería

Fecha	Diagnóstico

Dx. de Enfermería:

Fuente: RAP-ASSE.

Anexo N° 3 - Tablas calibradas de Framingham

Tabla para calcular el riesgo cardiovascular en hombres.

Asigne los puntos correspondientes a cada uno de los factores de riesgo.

Edad	Puntos
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

LDL (mg/dl)	Puntos
< 100	-3
100-159	0
100-189	1
≥ 190	2

LDL (mg/dl)	Puntos
< 35	2
35-44	1
45-59	0
≥ 60	-1

Diabetes	Puntos
No	0
Sí	2

Fumador	Puntos
No	0
Sí	2

Presión arterial					
Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)				
	< 80	80-84	85-89	90-99	≥ 100
< 120	-3 pt	0 pt	1 pt	2pt	3pt
120-129					
130-139					
140-159					
≥ 160					

Sume los puntos y vea cuál es el riesgo de cardiopatía isquémica a 10 años

Sume los puntos	
Edad	
LDL	
HDL	
PA	
Diabetes	
Fumadora	
Total	

Puntos	Riesgo coronario a 10 años	
≥ 17	32%	Muy Alto
16	27%	
15	24%	
14	20%	
13	17%	Alto
12	15%	
11	13%	
10	11%	
9	9%	Medio
8	8%	
7	7%	
6	6%	
5	5%	Bajo
4	4%	
3	3%	
2	3%	
1	2%	Muy Bajo
0	2%	
-1	2%	
≤-2	1%	

Tabla para calcular el riesgo cardiovascular en mujeres.

Asigne los puntos correspondientes a cada uno de los factores de riesgo.

Edad	Puntos
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

LDL (mg/dl)	Puntos
< 100	-2
100-159	0
≥ 160	2

LDL (mg/dl)	Puntos
< 35	5
35-44	2
45-49	1
50-59	0
≥ 60	-2

Diabetes	Puntos
No	0
Sí	4

Fumador	Puntos
No	0
Sí	2

Presión arterial				
Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)			
	< 85	85-89	90-99	≥ 100
< 120	0 pt	1 pt	2 pt	3pt
130-139				
140-159				
≥ 160				

Sume los puntos y vea cuál es el riesgo de cardiopatía isquémica a 10 años

Sume los puntos	
Edad	
LDL	
HDL	
PA	
Diabetes	
Fumador	
Total	

Puntos	Riesgo coronario a 10 años	
≥ 14	56%	Muy Alto
13	47%	
12	40%	
11	33%	Alto
10	27%	
9	22%	
8	18%	Medio
7	14%	
6	11%	
5	9%	Bajo
4	7%	
3	6%	
2	4%	
1	4%	Muy Bajo
0	3%	
-1	2%	
-2	2%	
≤ -3	1%	

Fuente: Guía práctica de prevención cardiovascular. SUC, 2008.

Anexo N°4 - Test de Fagerström

Valoración del paciente dependiente de la nicotina

POBLACIÓN DIANA: Población general fumadora. Se trata de una escala heteroadministrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son:

- Menos de 4: Dependencia baja.
- Entre 4 y 7: Dependencia moderada.
- Más de 7: Dependencia alta.

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?
Hasta 5 minutos: 3 puntos.
Entre 6 y 30 minutos: 2 puntos.
31 - 60 minutos: 1 punto.
Más de 60 minutos: 0 puntos.
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido como la biblioteca o el cine?
Sí: 1 punto.
No: 0 puntos.
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?
El primero de la mañana: 1 punto.
Cualquier otro: 0 puntos.
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
10 ó menos: 0 puntos.
11 - 20: 1 punto.
21 - 30: 2 puntos.
31 o más: 3 puntos.
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
Sí: 1 punto.
No: 0 puntos.
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
Sí: 1 punto.
No: 0 puntos.

Fuente: Fundación Cardiológica Argentina

Anexo N°5 - Test de motivación para dejar de fumar - Richmod

POBLACIÓN DIANA: Población general fumadora. Se trata de un test heteroadministrado con 4 ítems que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados entre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son:

- De 0 a 3: nulo o bajo.
- De 4 a 5: dudoso.
- De 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda).
- De 8 a 10: Alto.

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
No
Sí
¿Cuánto interés tiene en dejarlo?
Nada
Poca
Bastante
Mucha
¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
No
Dudoso
Probable
Sí
¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?
No
Dudoso
Probable
Sí

Anexo N°6 - Diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICOS ESTANDARIZADOS:

Diagnóstico	Relacionado
Alteración de la nutrición	Consumo excesivo Patrones de alimentación establecidos Déficit de conocimientos Incumplimiento
Déficit autocuidado en una o más actividades	Trastornos de la percepción (visual, sensorial) Trastornos motores Por no tener sostén familiar
Deterioro o alto deterioro de la integridad cutánea	Presión del calzado Déficit de conocimiento sobre cuidados pies y piel Trastornos visuales o movilidad que impiden la inspección
Déficit de volumen de líquidos	Poliuria Otras pérdidas de líquidos Bajo consumo de líquidos Déficit de insulina
Déficit de conocimiento s/manejo enfermedad	Falta de exposición Mal recuerdo Diagnóstico o tratamiento nuevo Limitaciones cognitivas
Incumplimiento de uno o más aspectos tratamiento	Influencias culturales Patrones establecidos de alimentación Actividad Falta recursos
Afrontamiento individual ineficaz	Contexto familiar Aspectos sociales que no le permiten aceptar
Conducta generadora de salud	Dieta Ejercicio Abandono hábitos nocivos Cambio de actitud
Alteración de las glicemias basales	Incumplimiento de tratamiento farmacológico y/o dietético
Riesgo potencial de traumatismos de MMII	Dolor Dificultades motoras

Fuente: Nanda

Anexo N°7 - Recolección de orina de 24 horas para Clearance de Creatinina

Exámenes como el Clearance de creatinina, requieren como muestra el total de orina emitida durante 24 horas.

FINALIDAD: evaluar la función renal, particularmente la forma en que los riñones excretan la creatinina y por ende los productos del metabolismo de las proteínas. Se utiliza, además, para controlar la progresión de la terapéutica en las afecciones renales.

Preparación previa: no ingerir comidas copiosas el día anterior a la prueba. No efectuar ejercicios físicos intensos.

Un recipiente limpio, de 2 a 3 litros de capacidad, será utilizado para el almacenamiento de la muestra. Este recipiente con el TOTAL de la orina emitida durante el tiempo de recolección se deberá almacenar en refrigeración. **NO CONGELAR.**

MÉTODO:

1. En la mañana, al despertar, orine y descarte esa micción en el inodoro.
2. Registre la hora que corresponderá al tiempo cero.
3. A partir de ese momento recoja en un recipiente limpio todas las micciones que emita durante el día y la noche. Deposite la orina emitida en el recipiente destinado al almacenamiento de la muestra.
4. Al día siguiente, y a la misma hora en que inició la prueba el día anterior, orine y guarde toda la orina emitida en ese momento en el recipiente de almacenamiento. Se habrá cumplido así, el ciclo de 24 horas.
5. Guarde en refrigeración y lleve lo antes posible al laboratorio. Previo al traslado del recipiente al laboratorio o al lugar que se le ha indicado, éste debe ser rotulado (nombre completo y número de cédula de identidad).
6. En el laboratorio le extraerán sangre para realizar el análisis químico cuantitativo de creatinina en sangre, para lo cual es necesario estar en ayunas.

