



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



*Proceso de Enfermería Aplicado en Paciente Programado
para Trasplante Renal*

Para Obtener el Grado de:
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:
Médico-Quirúrgica

Presenta:
LE. Maritza Becerra Rodríguez



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



*Proceso de Enfermería Aplicado en Paciente Programado
para Trasplante Renal*

Para Obtener el Grado de:
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:
Médico-Quirúrgica

Presenta:
LE. Maritza Becerra Rodríguez

Director de Tesina:
MCE. Brenda Resendiz Maldonado



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



*Proceso de Enfermería Aplicado en Paciente Programado
para Trasplante Renal*

Para Obtener el Grado de:
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:
Médico-Quirúrgica

Presenta:
LE. Maritza Becerra Rodríguez

Director de Tesina:
MCE. Brenda Resendiz Maldonado

Junio 2020

Proceso de Enfermería Aplicado en Paciente Programado para Trasplante Renal
Número de registro académico: SIEP/EEP/023/20.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE.
Presidente

ME.
Secretario

MCE.
Vocal

MCE. Brenda Resendiz Maldonado
Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción Terminal en : Médico-Quirúrgica
Fecha de Graduación	Diciembre 2019
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	Proceso de Enfermería Aplicado en Paciente Programado para Trasplante Renal
Número de páginas	52
LGAC	Cuidado Basado en la Evidencia

Introducción: Debido al aumento incesante de personas que padecen insuficiencia renal crónica terminal, se ha visualizado al trasplante renal como un tratamiento sustitutivo efectivo que pueda aumentar la calidad de vida de este tipo de pacientes; el éxito de estos depende mucho de la preparación física, mental y espiritual del receptor y del acompañamiento y seguimiento oportuno que se le dé.

Marco Conceptual: Existen varios artículos publicados que se centran en actividades y procedimientos específicos dentro de todo lo que conlleva el protocolo para el trasplante renal, como el trastorno del sueño que llegan a sufrir los receptores, los diagnósticos enfermeros más comunes después del procediendo quirúrgico, y las complicaciones por las que puede haber un reingreso hospitalario; la finalidad de este proceso enfermero es dar un seguimiento al donador desde el internamiento, procediendo quirúrgico y recuperación, con base los artículos ya existentes, que permitieran nutrir la información y obtener resultados benéficos.

Objetivo: Desarrollar un proceso enfermero en un paciente en programado para trasplante renal, que coadyuve a su pronta recuperación, evitando complicaciones.

Metodología: Método científico. Proceso enfermero.

Palabras Clave: Proceso enfermero, trasplante renal, plan de cuidados. (Mesh o DeCS).

Firma del Director de Tesina: MCE. Brenda Resendiz Maldonado

Tabla de Contenido

Contenido	Pág
1. Capítulo I	
1.1 Introducción	1
1.2 Marco de Referencia	3
1.3 Objetivo	4
2. Capítulo II	
2.1 Valoración Inicial	5
2.1.1 Datos de Identificación	5
2.1.2 Observación del Entorno	5
2.1.3 Datos Históricos	5
2.1.4 Datos Actuales	6
2.1.5 Valoración por Patrones Funcionales de Salud	6
2.1.6 Valoración Cefalocaudal	10
2.2 Valoración Continua	12
2.3 Diagnósticos de Enfermería	16
2.4 Plan de Cuidados de Enfermería	
2.4.1 Deterioro de la Función Urinaria	19
2.4.2 Ansiedad	21
2.4.3 Conocimientos Deficientes	23
2.4.4 Fatiga	25
2.4.5 Riesgo de Lesión	27
2.4.6 Riesgo De Lesión Postural Perioperatoria	29
2.4.7 Riesgo de Aspiración	31
2.4.8 Riesgo de Infección	33
2.4.9 Riesgo de Sangrado	35
2.4.10 Dolor Agudo	37
2.4.11 Exceso de Volumen de Líquidos	39
2.4.12 Riesgo de Infección	41
2.4.13 Déficit del Autocuidado	43

2.4.14 Deterioro de la Movilidad Física	45
2.5 Ejecución y Evaluación del Cuidado	
2.5.1 Deterioro de la Función Urinaria	20
2.5.2 Ansiedad	22
2.5.3 Conocimientos Deficientes	24
2.5.4 Fatiga	26
2.5.5 Riesgo de Lesión	28
2.5.6 Riesgo De Lesión Postural Perioperatoria	30
2.5.7 Riesgo de Aspiración	32
2.5.8 Riesgo de Infección	34
2.5.9 Riesgo de Sangrado	36
2.5.10 Dolor Agudo	38
2.5.11 Exceso de Volumen de Líquidos	40
2.5.12 Riesgo de Infección	42
2.5.13 Déficit del Autocuidado	44
2.5.14 Deterioro de la Movilidad Física	46
2.6 Plan de Alta	47
3. Capítulo III	
3.1 Discusión	50
3.2 Conclusiones	51
3.3 Referencias	52

Capítulo I

1.1 Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una variante de la insuficiencia renal, en donde el riñón pierde la capacidad de eliminar desechos, mantener el equilibrio hídrico y electrolítico y facilitar la producción de hemoglobina; por lo que se ve afectada gran parte de la función del organismo (Organización Mundial de la Salud, 2015). La etiología de la IRC es diversa, puede ser genética, por lesión física, o predisponerse por enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial; la progresión de una IRC lleva a la persona a padecer Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), en donde es necesario ayudar a purificar la sangre del organismo mediante una terapia sustitutiva o buscar un tratamiento alternativo como lo es el trasplante renal (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019).

Esta patología es prevenible; sin embargo, no hay cura, es sigilosa y suele presentar signos y síntomas avanzada la enfermedad. Aproximadamente el 10 % de la población en el mundo la padece (Organización Mundial de la Salud, 2015). En México se calcula que 1.4 de cada mil habitantes tiene insuficiencia renal (Arias, 2019); y Puebla ocupa el cuarto lugar en la república con 756 pacientes que presenta esta condición de salud (Sánchez, 2016). De los pacientes en México que sufren esta enfermedad, hay 16,503 que se encuentran en lista de espera para ser receptores de un riñón; lo que lo posiciona en el primer lugar en las lista de espera de donación de órganos, seguido por la córnea y el hígado (Centro Nacional de Trasplantes, 2019).

Debido al incremento significativo de esta patología, existen diversos estudios, que la han abordado en diferentes aspectos; el estudio titulado “Garantizar el éxito del trasplante renal” hace relación a la importancia de mantener el peso y evitar la presencia de diabetes mellitus en los pacientes después del trasplante para mantener la óptima función del riñón (Pérez, 2015);

por otro lado existen artículos que hablan sobre los diagnósticos más frecuentes encontrados en estos pacientes hospitalizados, durante su recuperación, que es encabezado por el riesgo de infección, seguido por el dolor agudo y los conocimientos deficientes (Andreu, Hidalgo, & Moreno, 2018); y el reingreso de los pacientes en mayor porcentaje es debido a un deterioro de la función renal e infección de herida quirúrgica (Faraldo, Ibáñez, & Del Río, 2017). Los pacientes trasplantados suelen tener alteraciones del patrón sueño en un 62% debido a un mal apego al tratamiento y a la alta morbimortalidad, por lo que impacta en la calidad de vida (Barrios, Masalan, & de la Fuente, 2016).

El trasplante renal es una alternativa de tratamiento muy buena para los pacientes, pero la lista de espera y el aumento de personas que se agregan a estas, supera la disponibilidad de este órgano; lo que lleva a una mortalidad muy alta en estos pacientes (Hernández, Castro, & Muriel, 2015). Y es por ello que se debe garantizar un cuidado especializado, y este debe verse reflejado desde la promoción de la salud y el diagnóstico oportuno para no llegar a la insuficiencia renal terminal; pero además, garantizar cuidados que aumentan el porcentaje de aceptación del nuevo órgano, iniciando las intervenciones desde el ingreso del paciente a hospitalización, disminuyendo los riesgos trans-operatorios, y cuidar las posibles complicaciones post-operatorias; para que el resultado sea satisfactorio, se reduzca el tiempo hospitalario, y el paciente pueda incorporarse lo antes posible a su núcleo familiar. Pero que además se lleve una buena información acerca de los cuidados que debe tener en casa y de esta forma prevenir reingresos hospitalarios por mal apego al tratamiento.

1.2 Marco de Referencia.

Enfermería es un pilar importante que proporciona cuidados individualizados, que son obtenidos de una valoración integral, de los cuales se puede evaluar el grado de efectividad de las acciones proporcionadas; favoreciendo la priorización del mismo, con base a las necesidades de salud; todas estas intervenciones van encaminadas a mejorar el estado de salud, mantenerlo o rehabilitarlo, eludiendo complicaciones. Para poder brindar cuidados de calidad es importante contar con un lenguaje estandarizado y con instrumentos metodológicos, que sustenten sus acciones.

Para realizar este trabajo, se implementó el proceso enfermero como herramienta metodológica, gracias a sus etapas, nos permitió valorar de forma individualizada, diagnosticar con base a prioridades, planear las acciones, ejecutarlas y evaluarlas.

La valoración es la parte más importante del proceso, en ella se busca recabar la información necesaria para identificar las alteraciones o riesgo de salud, y así poder trabajarlos; una valoración inadecuada o incompleta arrojará diagnósticos erróneos y por ende no se obtendrán los resultados deseados. A fin de valorar a la paciente de manera integral, se utilizó como marco de referencia los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordón y se complementa con la valoración céfalo-caudal (cada patrón tiene relación con a la clasificación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) , de donde se definió y se obtuvo los diagnósticos enfermeros); el diagnóstico es la aplicación del juicio clínico a la valoración antes realizada a la paciente, en donde se buscan alteraciones reales o potenciales, estas se deben plasmar para poder darles continuidad; acorde a los diagnósticos obtenidos se plantearon intervenciones de enfermería que mejoren la condición alterada con apoyo de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC); y se aplican con la finalidad de buscar mejoría. Se priorizaron las

intervenciones y se adaptaron al entorno para poderlas llevar a cabo, es importante en esta etapa: planear para poder evaluar las intervenciones plasmadas en el Plan de Cuidados, es de suma importancia utilizar escalas de medición, éstas se obtienen de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) donde se encuentran los indicadores alterados que justifican los diagnósticos, y que posterior a las intervenciones se buscan mejorar, a esta etapa se le llama evaluación, en la cual nos damos cuenta si el proceso enfermero estuvo bien empleado y ejecutado.

1.3 Objetivo.

Aplicar un proceso de enfermería dentro de un hospital de tercer nivel, a una paciente en protocolo para trasplante renal, cubriendo sus necesidades, pre-trans y post quirúrgicas, que coadyuven a la pronta recuperación de su salud, evitando complicaciones.

Capítulo II

2.1 Valoración Inicial: 27 de junio de 2019.

2.1.1 Datos de Identificación

Paciente femenina de 48 años de edad, de nombre LAD, con fecha de nacimiento el 25 de febrero de 1971, de religión católica, estado civil casada, grado máximo de estudios de secundaria, ocupación ama de casa; reside en Tehuacán, Puebla. Actualmente con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica, en protocolo para trasplante renal. Ingresó al servicio de hospitalización a cargo de nefrología.

2.1.2 Observación del Entorno

Actualmente la paciente se encuentra en una habitación acondicionada para trasplante renal, la cual cuenta con dos camas eléctricas, ventana sellada, persianas, lavabo, un mueble para artículos personales y otro para papelería y expediente, pizarrón, una bomba de infusión, extensión, tomas de aire y oxígeno empotradas, recipientes para Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI). A esta habitación solo puede ingresar personal autorizado, no se permiten visitas a la paciente; ni el uso de teléfono celular.

2.1.3 Datos Históricos

Madre, padre y hermanos con diabetes mellitus tipo II. Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial sistémica de 18 años de evolución, en tratamiento. Enfermedad renal crónica (por hipoplasia renal bilateral) de 13 años de diagnóstico con terapia sustitutiva (diálisis automatizada) desde hace 10 años. Fractura de rodilla izquierda con resolución quirúrgica hace 10 años, con material de osteosíntesis aún presente, sin complicaciones; hemotrasfusiones positivas en 2013 y 2015, por anemia persistente. Procediendo quirúrgico hace 8 años para colocación de catéter Tenckhoff.

2.1.4 Datos Actuales

2.1.5 Valoración por Patrones Funcionales de Salud

Patrón Percepción-Manejo de la salud:

La paciente refiere tener un estado de salud decadente, desde hace 13 años cuando le detectaron insuficiencia renal crónica, después de presentar cansancio persistente, falta de conciliación del sueño e hipertensión no controlada, así como anemia recurrente; tres años después entra a quirófano para la colocación del catéter Tenckhoff e inicia la terapia sustitutiva por diálisis automatizada, actualmente utiliza soluciones a concentración de 2.5%/1000/ml por las noches con cavidad húmeda, durante el día con 2000/ml y tratamiento con Darbopoetina 40 mg cada semana, ácido fólico 1 tableta cada 24 horas; hipertensa desde hace 18 años, en tratamiento con Telmisartan 40mg cada 12 horas y Amlodipino 5 mg cada 12 horas. Desde hace dos años su nefrólogo le comenta la posibilidad de ser candidata para entrar a protocolo para trasplante renal, dando la opción de que el donador sea vivo y con parentesco (consanguíneo), tras medio año de consultar las opciones con su familia, deciden entrar a protocolo, por lo que se realizaron estudios de compatibilidad con los integrantes de su núcleo familiar, resultando compatible su hijo de 22 años, desde ese momento comienza el seguimiento para trasplante renal, en el que se ha tenido que completar una serie de requisitos, como estudios clínicos, consultas de seguimiento por parte de nefrología, nutrición, trabajo social, psicología, medicina interna, cirugía, entre otros servicios. Actualmente refiere estar ansiosa debido a que siente que se va a someter a un procedimiento muy grande, por lo que siente preocupación, temor y angustiada de pensar que algo le pueda pasar, y ya no volver a ver a su familia. Durante la entrevista, la paciente deja notar que aún tiene muchas dudas y preguntas acerca del procedimiento quirúrgico. Refiere que el último año no se ha enfermado;

casi no sale de casa para no enfermarse; se baña diario, y se cambia ropa interior diariamente, mientras que la exterior cada tercer día, vive en casa propia, junto a su hijo y su esposo.

Signos vitales actuales: F.C. 84x', F.R. 16x', T°. 36.6°C, T/A. 130/96mm/Hg, Llenado capilar de cuatro segundos. Los estudios clínicos tomados el 24 de junio de 2019 dieron como resultado: tiempo de protrombina: 14.8 seg. TTP: 25.8 seg, HB: 9.4 g/Dl, plaquetas: 396.00 $10^3/\mu\text{L}$, glucosa: 106 mg/dL, urea: 130 md/dL, creatinina: 12.4mg/dL, Na: 140mmol/L, K: 4.7 mmol/L, Cl: 98 mmol/L.

Patrón Nutricional- Metabólico:

Pesa 55 kg, mide 1.51 cm, con un índice de masa corporal de 24.1, lo que la coloca en peso normal para su peso y talla. Realiza 3 comidas al día, otorgadas por el hospital, desayuno a las 9 de la mañana, comida 2 de la tarde, cena 7 de la noche, la dieta es para nefropata, líquidos limitados a un litro. No es intolerante a ningún alimento, ha perdido peso significativamente (10 kg) desde que se presentó su padecimiento actual. Solo una vez ha tomado suplementos alimenticios por causa de anemia (hace un año, no recuerda nombre del suplemento). Tiene problemas dentales (caries) y piezas dentales incompletas (primeras y segundas molares de lado derecho) no presenta problemas para masticar o deglutir, la piel presenta ligera resequead, escarcha e hiperpigmentación. Refiere tener buena cicatrización de heridas.

Patrón Eliminación:

La orina es de color amarillo claro (200ml al día), con olor característico y sin disuria; heces blandas (Bristol 3) y en poca cantidad, evacua una vez al día, flatulencias presentes, no hay distensión abdominal, no utiliza laxantes para evacuar. No transpira mucho al menos que realice algún tipo de actividad física que represente mayor esfuerzo. Presenta retención de líquidos en miembros pélvicos (Godet grado II).

Patrón Actividad-Ejercicio:

Refiere que habitualmente le hace falta energía y se siente cansada y agotada para realizar todas sus actividades, aunque estas no requieran de mucho esfuerzo, por lo que muchas veces requiere tomar descanso durante sus actividades (de 30 minutos, dos veces al día), para poderlas retomar; puede alimentarse por sí sola, bañarse y vestirse sin ayuda; movilidad general sin limitación. En sus tiempos libres en casa al principio de la enfermedad acostumbraba salir a trotar, pero con el paso del tiempo, de la enfermedad y de la fatiga ha disminuido su actividad física, por lo que ahora solo sale a caminar; visitar a sus hermanos y ver televisión. Es independiente para dializarse, y para cuidar su catéter.

Patrón Sueño-Descanso:

Indica dormir siete horas durante la noche, no le cuesta conciliar el sueño, ni toma medicamentos para dormir, generalmente se encuentra descansada y preparada para las actividades después de dormir, refiere no tomar siestas durante el día, solo periodos de descanso (30 minutos, dos veces al día). Duerme en el mismo cuarto que su esposo.

Patrón Cognitivo-Perceptual:

Menciona no tener problemas en la ubicación de tiempo, persona y espacio, está consiente, refiere no tener problemas con la memoria, ni visuales, de agudeza auditiva, y el sentido del tacto y olfativo no presentan alteración, en ocasiones tiene problemas para degustar los sabores, no le resulta difícil seguir las instrucciones, la forma más fácil para aprender cosas es de manera visual y auditiva. Se comunica de forma verbal (idioma español), sabe leer y escribir perfectamente. Está consciente de la importancia que tiene para su vida el trasplante renal, ya que va mejorar su calidad de vida, sabe que es una alternativa de tratamiento que significa mucho para ella y para las personas que la rodean. No se siente preparada del todo, ya que aún tiene muchas dudas y preguntas acerca del procedimiento; pero con el apoyo de su

familia sabe que lo va a lograr. La paciente expresa no tener problemas para tomar decisiones, ni dificultad de aprendizaje o fobias conocidas.

Patrón Auto percepción-Autoconcepto:

Se describe como una persona delgada, de cabello negro, agradable, alegre, que le gusta convivir, hacer amigos, ser dadivosa y estar contenta. Pero con frecuencia se siente ansiosa y preocupada por la evolución de la enfermedad y por el procediendo quirúrgico al que se va a someter. Sus planes a futuro es ver a su hijo realizado, y llevar una vida lo más normal posible sobrellevando su enfermedad; se siente capaz de controlar las cosa en su vida.

Patrón Rol-Relaciones:

Menciona vivir en casa propia con su hijo y su esposo, su hijo estudia ingeniería en mecatrónica y su esposo es director de una escuela pública; es madre y esposa. Quien mantiene económicamente el hogar es su esposo. No pertenece a ningún grupo social ya que no le gusta salir sola a la calle y está a cargo de las labores del hogar; el grupo de amigos que tiene lo comparte con su esposo. Cuando se presentan conflictos en el hogar los resuelven hablando; refiere tener buena relación con los vecinos de su colonia.

Patrón Sexualidad-Reproducción:

Inició su vida sexual activa a los 17 años, la menarca se presentó a los 13 años, sus ciclos menstruales fueron regulares (30x5) y la fecha de última menstruación fue el 28 de noviembre del 2017 (menopausia); método de planificación familiar OTB desde hace 20 años. Gestas 1, partos 1, abortos negados. Legrado en el 2015 por sangrado uterino anormal, se coloca DUI con levonogestrel para minimizar sangrado menstrual. Histerectomía y resección de quiste ovárico en 2017 por miomatosis uterina y metrorragia sin complicaciones. Número de parejas sexuales activas una. Hace un año le realizaron la citología con resultado sin alteraciones y

mastografías con presencia de nódulos benignos. Está satisfecha con su sexualidad y vida sexual.

Patrón Adaptación-Tolerancia al estrés:

Refiere sentir angustia y preocupación por su salud y la cirugía; siente temor por el procedimiento al que se va a someter. Menciona que no se enoja con facilidad; pero si se estresa principalmente si la gente es injusta, indiferente o grita. La mayoría de los problemas los resuelve hablando, no toma ningún medicamento para el estrés.

Patrón Valores-Creencias:

Su único plan a futuro es ver a su hijo realizado y ser feliz con su familia, está contenta con su vida. Practica la religión católica, siente que le hace bien acercarse a Dios en tiempos difíciles ya que en Él encuentra el apoyo y fuerza que necesita.

2.1.6 Valoración Céfalo-Caudal:

Paciente normolíneo, que deambula sin dificultad, marcha tranquila debido a la enfermedad presente, guarda decúbito activo diferente, alerta, de edad acorde a la cronológica, constitución media (1.51cm).

Cabeza simétrica, cráneo normocéfalo, sin presencia de hematomas, hundimientos ni abrasiones. Cabello firmemente implantado, corto, lacio, grueso, frágil, opaco y quebradizo, con visible disminución de pigmentación debido a la disminución de producción de melanina propio de la edad. Cuero cabelludo seco debido a la poca productividad de sebo. Con presencia de tinea capitis. Cejas semipobladas, simétricas, bien implantadas, ojos simétricos, pupilas isocóricas y normoreflécticas, iris café claro, sin presencia de secreción ni irritación. Sin afectación de agudeza visual. Pestañas escasas y cortas. Nariz con pirámide nasal central. Dorso regular, base y punta fina y chata, mucosa nasal pálida, no dolorosa a la palpación;

aleteo nasal no marcado. Orejas: pabellones auriculares bien implantados, sin deformidades aparentes, simétricas, se observa perforaciones en lóbulo, sin secreciones. Agudeza auditiva sin alteración. Cavidad oral: sin dificultad para apertura, úvula central; paladar duro, blando y piso de la boca sin alteraciones, piezas dentales incompletas (primeras y segundas molares de lado derecho) con presencia de caries y sarro en piezas permanentes, con higiene dental deficiente. Lengua: sin lesiones visibles, con movimientos perfectamente controlados por la paciente, se observa mínima resequedad (deshidratación). Labios: delgados, bien delimitados, con visible signos de deshidratación leve, sin presencia de heridas y fluido.

Facies: con rasgos renales, hiperpigmentación y escarcha presente, maseteros prominentes. Sin presencia de vello facial anormal. Cuello; cilíndrico, simétrico y móvil, no se palpa glándula tiroides; pulsos carotídeos presentes y sincrónicos, no hay presencia de dolor cervical ni de heridas visibles. Tórax: Caja torácica anterior y posterior sin alteraciones, ni cicatrices importantes. En las mamas se palpan nódulos que ya fueron descartados datos de malignidad por mastografía, están bien delimitadas, simétricas, no hay presencia de deformaciones o retracciones; la areola y pezón se encuentran desarrolladas acorde a la edad, sin presencia de alteraciones en el color y la forma y sin compromiso del tegumento, ni secreción del pezón. Axilas sin adenopatías ni ganglios inflamados. Pulmones: Expansión pulmonar normal; frecuencia respiratoria rítmica de 16 por minuto, expansión torácica con amplitud normal, hay relación entre inspiración y expiración, sin presencia de tiraje intercostal marcada; sonoridad normal a la percusión; murmullo pulmonar presente, sin ruidos agregados. Corazón: El ritmo cardíaco es rítmico y regular, sin presencia de soplos a la auscultación. Abdomen: Blando, depresible, indoloro, no se palpan masas; ruidos intestinales disminuidos. En las regiones inguinales no se encuentran hernias; estrías de distensión en abdomen anterior. Ombligo umbilicado sin presencia de onfalitis. Con presencia de ruidos sonoros a la percusión.

Presencia de catéter Tenckhoff funcional, sitio de inserción limpio, sin datos de infección visible. Columna vertebral: sin alteración relevante, sin presencia de dolor a la palpación.

Extremidades superiores: hombros simétricos y con desarrollo de masas musculares en ambos hombros, no hay puntos dolorosos a la palpación, sin alteraciones durante la abducción, aducción, flexión, extensión, rotación interna y externa; los codos sin prominencias anormales, sin puntos dolorosos a la palpación y con rangos de movilidad sin alteraciones. Muñecas simétricas, sin abultamiento y sin presencia de dolor a la palpación. Manos: articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas y distales sin alteraciones aparentes ni a la palpación. Pulsos periféricos de buena intensidad, sin edema, red venosa sin datos de insuficiencia. Cadera: Simétrica, sin presencia de cicatrices. Extremidades inferiores: existe alineación entre ambas extremidades, no hay presencia de piernas arqueadas, durante la palpación no hay presencia de dolor y los rangos de movilidad durante la flexión y extensión son normales, antepierna izquierda con presencia de cicatriz, debido a colocación de material de osteosíntesis por fractura hace 10 años. Pies y tobillos sin alteraciones relevantes, movimientos articulares normales, con presencia de edema (Godet grado II). Pulsos periféricos de buena intensidad, red venosa sin datos de insuficiencia.

2.2 Valoración Continua: 28 de junio de 2019.

Patrón Eliminación:

El patrón de eliminación de la paciente LAD sigue estando alterado, la orina sigue siendo amarillo claro (no mayor a 250ml en 24 horas), el balance de ingresos y egresos sigue en positivo (+480 ml en 24 horas) y la urea y creatinina en orina aumentan a 132mg/dL y 13.8mg/dL respectivamente. Edema en miembros pélvicos (Godet grado II) aun presente.

Patrón Adaptación-Tolerancia al estrés:

La paciente ha disminuido significativamente el sentimiento de angustia y preocupación con la que ingreso, ya que se despejaron algunas dudas, se fortaleció su seguridad y se redujo el miedo a lo desconocido (personal interdisciplinario y entorno), y se aminoro la tensión por el aislamiento, favoreciendo la comunicación con la paciente y aumentando la confianza.

Patrón Cognitivo-Perceptual:

Este patrón se vio beneficiado con las intervenciones que se realizaron, ya que la paciente se siente más preparada para al procedimiento al que se va a someter, conoce las restricciones y pasos en los que va a participar, con lo que aumentaron sus conocimientos y favoreció su seguridad.

Patrón Actividad-Ejercicio:

Durante el día la paciente solo tomo dos descansos de 20 minutos cada uno, se mantuvo más estable la energía durante las actividades, casi no hubo interferencia con las actividades programadas; pudo realizar las actividades establecidas sin ningún problema (bañarse, vestirse, tomar los alimentos, ejerció de escalerillas con miembros pélvicos por 10 minutos dos veces al día, caminar en la habitación, ejercicios respiratorios, de estiramiento y dializarse).

01-Julio de 2019

El día lunes, al ingresar a la sala dos del quirófano, a las 16:30 horas, la paciente ya se encuentra en la mesa de operaciones, bajo los efectos anestésicos (anestesia general, con tubo orotraqueal), con dos venas periféricas permeables (fr 16), bomba de infusión, pasando medicamento inmunosupresor (manejado por anestesiología), sonda Foley a derivación.

Patrón Cognitivo-Perceptual:

Este patrón se ve alterado, debido a la anestesia general a la que se sometió la paciente, para poder llevar a cabo el procedimiento quirúrgico (trasplante renal), lo que la lleva a tener una protección inefectiva, ya que los sentidos, la conciencia, la deglución, el control de las secreciones orales y las protecciones de la vía aérea se ven afectadas: aunado a que las defensas primarias y secundarias (integridad cutánea y el sistema inmune) también han sufrido cambios. La paciente depende del personal que participa en sala quirúrgica para poder garantizar su integridad y bienestar.

La paciente queda en el área quirúrgica, durante el cambio de turno, se enlaza al personal de enfermería correspondiente. Posterior al procedimiento quirúrgico pasará las primeras 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital.

03 de julio de 2019

La paciente se encuentra en el área de trasplantes, en recuperación del procedimiento quirúrgico, consciente, con apoyo de oxígeno por puntas nasales a dos litros por minuto, sonda Foley a derivación y una vía periférica permeable (fr.16).

Patrón Percepción-Manejo de la salud:

La paciente refiere dolor, en fosa iliaca derecha, donde se encuentra la herida quirúrgica, de ocho en escala de uno a diez, se observa facies de dolor, y postura inclinada para minorar el dolor. Actualmente la paciente recibe terapia inmunosupresora, por lo que es importante disminuir el riesgo de infección, por cualquier vía de entrada.

Patrón Eliminación:

Alteración del patrón de eliminación por retención de líquidos, que se ve reflejado en el aumento de peso (2 kilogramos), edema generalizado y oliguria; esto se debe a que su organismo se encuentra en periodo de aceptación y adaptación del riñón trasplantado.

Patrón Actividad-Ejercicio:

A causa de la debilidad que presenta la paciente por el procedimiento quirúrgico previo, requiere de ayuda para poder mantener el autocuidado, la higiene, para realizar algunas actividades, deambular, cambiar de posición e incorporarse.

05 de julio de 2019

Patrón Percepción-Manejo de la salud:

Disminuyó significativamente el dolor referido por la paciente, lo que ayudo a favorecer la deambulación; ya solo se administraban analgésicos por horario, ya no era necesario utilizar analgesia de rescate. Actualmente no ha presentado signos ni síntomas de infección, la terapia inmunosupresora continua por vía oral, por lo que las medidas tomadas han dado buen resultado hasta el momento.

Patrón Eliminación:

El patrón de eliminación sigue alterado por el poco tiempo que ha pasado desde el trasplante, cabe mencionar que la uresis ha aumentado, lo que quiere decir que el riñón trasplantado ha comenzado a responder de manera adecuada; con las medidas tomadas vemos un ligero avance en el balance de líquidos.

Patrón Actividad-Ejercicio:

La paciente ya realiza cambios de posición por sí sola, ya es más independiente para realizar actividades como bañarse y deambular, aún necesita ayuda para incorporarse, pero ya es más autosuficiente para realizar su aseo personal.

2.3 Diagnósticos de Enfermería

26 de junio de 2019. Diagnósticos de Enfermería preoperatorios.

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 1 Función urinaria

Deterioro de la función urinaria R/C insuficiencia renal crónica E/P disminución del gasto urinario (200ml al día), aumento de la urea (130mg/dl) y creatinina (12.5m/dl), edema en miembros pélvicos (Godett, grado II).

Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Ansiedad R/C amenaza para el estado de salud E/P verbaliza angustia, preocupación, temor.

Dominio: 5 Percepción/Cognición

Clase: 4 Cognición

Conocimientos deficientes R/C falta de exposición E/P informa del problema, preocupación, dudas y preguntas existentes.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 3 Equilibrio de energía

Fatiga R/C estado de la enfermedad E/P falta de energía, cansancio, incapacidad para mantener las actividades habituales (descanso de 30 minutos dos veces al día).

01 de julio de 2019. Diagnósticos de Enfermería transoperatorios.

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 2 Concepto: lesión

Riesgo de lesión R/C alteraciones en el funcionamiento cognitivo, psicomotor, sensorial y termorregulador por procedimiento quirúrgico.

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 2 Lesión física

Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C edema, inmovilización, alteraciones sensitivo-perceptivas por la anestesia.

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 2 Lesión física

Riesgo de aspiración R/C nivel reducido de conciencia, depresión del reflejo tusígeno y nauseoso, deterioro de la deglución (intubación).

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 1 Infección

Riesgo de infección R/C defensa primaria y secundaria inadecuada, (perdida de la integridad cutánea e inmunosupresión).

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 2 Lesión física

Riesgo de sangrado R/C efectos secundarios del tratamiento (cirugía).

03 de julio de 2019. Diagnósticos de Enfermería postoperatorios.

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico reciente E/P expresión facial de dolor, expresa dolor, toma postura para disminuir el dolor.

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 5 Hidratación

Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores (aceptación y adaptación del riñón trasplantado) E/P edema, oliguria, aumento de peso.

Dominio: 11 Seguridad/Protección

Clase: 1 Infección

Riesgo de infección R/C defensa primaria inadecuada, inmunosupresión, retención de líquidos corporales.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 5 Autocuidado

Déficit de autocuidado: baño/higiene R/C dolor, debilidad E/P incapacidad para lavarse el cuerpo, secarlo, acceder al cuarto de baño sola.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 2 Actividad/Ejercicio

Deterioro de la movilidad física R/C procedimiento quirúrgico reciente E/P dificultad para girarse y para cambiar de posición, enlentecimiento de movimientos, dificultad para deambular y levantarse.

2.4.1 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 26-06-2019

Servicio/ Contexto: Trasplante Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 1 Función urinaria	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Regulación metabólica (I)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Deterioro de la función urinaria R/C Insuficiencia renal crónica E/P Disminución del gasto urinario (200ml al día), aumento de la urea (130mg/dl) y creatinina (12.5m/dl), edema en miembros pélvicos (Godet, grado II).	Función renal	Diuresis en 24 horas (1)	1. Grave	Sustancial (2)	Mantener <i>a: 2</i> Sustancial
		Balance de ingesta y diuresis (1)	2. Sustancial		
		Aumento de urea (2)	3. Moderado	Aumentar <i>a: 3</i> Moderado	
		Aumento de creatinina (2)	4. Leve		
		Edema (2)	5. Ninguno		

Intervenciones de Enfermería NIC Manejo de líquidos
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Pesar a diario y controlar la evolución • Realizar un registro preciso de entradas y salidas • Controlar los resultados de laboratorio relevantes • Monitorizar los signos vitales • Evaluar la ubicación y extensión del edema • Instruir a la paciente sobre la dieta y la ingesta de agua.

Intervenciones de Enfermería NIC Manejo de eliminación urinaria
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la eliminación urinaria y registrar la diuresis • Obtener muestra de orina para análisis • Restringir líquidos y observar signos y síntomas de retención urinaria • Enseñar a la paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 26-06-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.1 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: <u>LAD</u>
Deterioro de la función urinaria R/C Insuficiencia renal crónica E/P Disminución del gasto urinario (200ml al día), aumento de la urea (130mg/dl) y creatinina (12.5m/dl), edema en miembros pélvicos (Godet grado II).	Edad: <u>48 años</u> Servicio/Contexto: <u>Trasplante</u> Fecha: <u>28-06-2019</u> Hora: <u>19:30 hrs</u>

Intervenciones Realizadas	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Por la mañana con ayuda de una báscula, se pesó a la paciente y se anotó en la hoja de enfermería. • Se anotó en la hoja de enfermería las cifras de urea y creatinina, de la muestra obtenida por la mañana y procesada por laboratorio. • Se proporcionaba a la paciente dieta hiposódica y se fraccionaba los líquidos totales (un litro) de agua para el día, con ayuda de un vaso medidor. • Todas las mañanas se medía el tercio medio del muslo para llevar control de edema en miembros pélvicos. • Se le explicó a la paciente la importancia de no aguantarse las ganas de miccionar para evitar infecciones urinarias. • Se llevó estricto control de ingresos y egresos por turno, y se anotó en la hoja de enfermería. 	<p>Evaluación Cuantitativa: 2 Sustancial Resultado Esperado: 3 Moderado Puntuación basal: Sustancial 2 Puntuación pos intervención: Sustancial 2</p> <p>Puntuación cambio: 0</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuresis en 24 horas (1)/(1) • Balance de ingesta y diuresis en 24 hrs (1)/ (2) • Aumento de urea (2) /(2) • Aumento de creatinina (2) /2) • Edema (2)/(3) <p>Con estas intervenciones se llevó en la paciente un mejor control de ingresos (dieta para nefropata y líquidos totales) y egresos (uresis, evacuaciones, pérdidas insensibles), se mantuvo la urea y la creatinina, y el edema disminuyó en los miembros pélvicos (1.5cm).</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

2.4.2 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD

Edad: 48 años

Fecha de ingreso: 26-06-2019

Servicio/ Contexto: Trasplante

Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Autocontrol (O)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Ansiedad R/C Tratamiento quirúrgico E/P Angustia, preocupación, temor	Autocontrol de la ansiedad	Busca información para reducir la ansiedad (3) Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (2) Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (2)	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Raramente demostrado (2)	<i>Mantener a: 2</i> Raramente demostrado <i>Aumentar a: 4</i> A veces demostrado
Intervenciones de Enfermería NIC Disminución de la ansiedad (5820)			Intervenciones de Enfermería NIC Escucha activa (4920)		
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 			Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. • Centrarse en la interacción eliminando prejuicios. • Identificar los temas predominantes y utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. 		

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Fecha: 26-06-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.2 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Ansiedad R/C Procedimiento quirúrgico M/P Angustia, preocupación, temor

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplante

Fecha: 28-06-2019 Hora: 19:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Mediante una charla, se comenzó a interactuar con la paciente, aumentando la confianza para poder expresar todas sus dudas, ahí mismo se le explicó los procedimientos que se van a estar realizando, como es el quirófano, que es lo que va a ver, oír y sentir. • La paciente manifestó sus preocupaciones y dudas, se respondieron sus inquietudes, de manera objetiva, alentando su seguridad y reduciendo el miedo a lo desconocido. • Se iniciaron algunas actividades recreativas, como sopa de letras y crucigramas encaminadas a reducir la tensión por el aislamiento. • Se realizó retroalimentación, mediante preguntas y respuestas a posibles acontecimientos.

Evaluación
Evaluación Cuantitativa: 2 Raramente demostrado Resultado Esperado: 4 A veces demostrado Puntuación basal: 2 Raramente demostrado Puntuación pos intervención: 4 A veces demostrado Puntuación cambio: +2 Indicadores basales y pos intervención <ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir la ansiedad (3) (4) • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (2) (3) • Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (2) (4) <p>Con estas intervenciones se fomentó la confianza, lo que ayudó a que la paciente a expresar sus dudas y temores con sinceridad, aumentando la confianza en sí misma, y disminuyendo la ansiedad con la que entró al servicio.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.4.3 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 26-06-2019

Servicio/ Contexto: Trasplante Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 5 Percepción/Cognición Clase: 4 Cognición	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conocimientos sobre salud (S)				
Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición E/P Informa del problema, preocupación, dudas y preguntas existentes.	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
	Conocimiento: procedimiento terapéutico	Procedimiento terapéutico (2) Pasos del procedimiento (1) Restricciones relacionadas con el procedimiento (2)	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso	Conocimiento escaso (2)	<i>Mantener a:</i> 2 Conocimiento escaso <i>Aumentar a:</i> 4 Conocimiento sustancial

Intervenciones de Enfermería NIC Enseñanza pre quirúrgica (5610)
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Informarle a la paciente, y a la familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía. • Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes • Describir las rutinas preoperatorias e informarle acerca de lo que oirá, sentirá y verá durante el proceso. • Describir las rutinas/equipos postoperatorios y explicar su objetivo.

Intervenciones de Enfermería NIC Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la paciente como cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento. • Comentar la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento. • Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo. • Determinar las expectativas del procedimiento, por parte del paciente.

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 26-06-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.3 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición M/P Informa del problema, preocupación, dudas y preguntas existentes.

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplante

Fecha: 28-06-2019 Hora: 19:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> Se confirma con la paciente y a los familiares la programación de su cirugía, a la hora, su procediendo y la sala; así como el lugar de la sala de espera para informes. Se informa a la paciente todas las actividades que se van a realizar previas a la cirugía (enemas, ayuno, diálisis, medias antitromboticas, canalización, inicio de medicamentos inmunosupresores y las restricciones que se deben de tener desde ese momento, el baño con isodine). Se le explica a la paciente que es importante su colaboración durante los procediendo previos y durante la cirugía, por lo que es importante que escuche de manera activa y ayude en la manera de lo posible. Se le informa a la paciente la posibilidad de despertar con ventilador mecánico, en el área de trasplantes, la presencia de sonda para orinar, y como comunicarse por señas en caso de no poder hablar.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 2 Conocimiento escaso Resultado Esperado: 4 Conocimiento sustancial Puntuación basal: Conocimiento escaso 2 Puntuación pos intervención: Conocimiento sustancial 4</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento terapéutico (2) (4) Pasos del procedimiento (1) (4) Restricciones relacionadas con el procedimiento (2) (4) Acciones apropiadas durante las complicaciones (2) (3) <p>La paciente LAD ya conoce más acerca de su procedimiento, de las actividades que se le van a realizar, como poder ayudar en cada situación, por lo que ya se siente más segura y coopera mejor en las actividades que se van realizando, ya que no las desconoce.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.4.4 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 26-06-2019

Servicio/ Contexto: Trasplante Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 3 Equilibrio de energía	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio: Salud funcional (J) Clase: Mantenimiento de la energía (A)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Fatiga R/C Estado de la enfermedad E/P Falta de energía, cansancio, incapacidad para mantener las actividades habituales (descanso de 30 minutos dos veces al día).	Fatiga: Efectos nocivos	Disminución de la energía (2) Interferencia con las actividades de la vida diaria (2) Deterioro de la actividad física (3)	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Sustancial (2)	<i>Mantener a:</i> 2 Sustancial <i>Aumentar a:</i> 4 Leve

Intervenciones de Enfermería NIC Establecimiento de objetivos comunes
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente a desarrollar expectativas realistas en el desempeño de las actividades. • Identificar con la paciente los objetivos de los cuidados que debe realizar. • Ayudar a la paciente a priorizar las actividades. • Valorar el nivel de funcionamiento actual de la paciente • Reevaluar los objetivos y el plan, según corresponda. • Priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.

Intervenciones de Enfermería NIC Manejo de energía
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Animar a verbalizar los sentimientos sobre las limitaciones. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • Vigilar la respuesta cardiorespiratoria a la actividad. • Animar a la paciente a elegir actividades que mejoren gradualmente su resistencia. • Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 26-06-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.4 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Fatiga R/C Estado de la enfermedad E/P Falta de energía, cansancio, incapacidad para mantener las actividades habituales (descanso de 30 minutos dos veces al día).

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplante

Fecha: 28-06-2019 Hora: 19:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Por medio de una plática activa con la paciente, se delimitaron las actividades que debe realizar (aseo personal, bañarse, dializarse), así como las propias de enfermería. • Se colocaron horarios en el pizarrón donde se priorizaban las actividades (caminar, ejercicios de miembros pélvicos, descanso establecidos, bañarse, etc). • Durante las actividades se realizaba retroalimentación sobre sus limitaciones y sus fortalezas, animando a realizar paulatinamente más actividades. • Se animó a la paciente a realizar las tres comidas diarias y completas, en los horarios establecidos por la institución. • Durante el día se alternaban los periodos de actividad (escalerillas) reposo, según la condición de la paciente. • Se realizaban durante el día ejercicios físicos y respiratorios, para mejorar la condición y se monitorizaba la respuesta cardio-respiratoria.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 2 Sustancial Resultado Esperado: 4 Leve Puntuación basal: Sustancial 2 Puntuación pos intervención: Leve 4</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la energía (2) / (4) • Interferencia con las actividades de la vida diaria (3) / (4) • Deterioro de la actividad física (2) / (3) <p>Con las actividades establecidas, la paciente organiza mejor sus tiempo, casi no toma descansos, realiza actividad física que no requiere de mucho esfuerzo, y con ello poco a poco se va ir mejorando su condición, ayudando también a disminuir el edema de miembros pélvicos.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.4.5 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 01-07-2019

Servicio/ Contexto: Quirófano Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Concepto: lesión	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de lesión R/C Alteraciones en el funcionamiento cognitivo, psicomotor, sensorial y termorregulador por procedimiento quirúrgico.	Control del riesgo	Identificar factores de riesgo (1) Controlar factores de riesgo ambientales (1) Controlar factores de riesgo personales (1)	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Nunca demostrado (1)	<i>Mantener a:</i> 1 Nunca demostrado <i>Aumentar a:</i> 4 Frecuentemente demostrado

Intervenciones de Enfermería NIC Precauciones quirúrgicas
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el aislamiento a tierra del monitor • Realizar el llenado de la hoja de cirugía segura y documentar la información pertinente en el registro de operaciones • Verificar la banda de identificación del paciente y el consentimiento de la cirugía • Contar las gasas, instrumental, material de esponjeo y punzocortantes, antes, durante y después de la intervención.

Intervenciones de Enfermería NIC Regulación de la temperatura perioperatoria
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Colocar dispositivos de calentamiento activo. • Minimizar la exposición del paciente. • Monitorizar la temperatura del paciente. • Calentar líquidos I.V. • Monitorización de signos vitales

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 01-07-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.5 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de lesión R/C Alteraciones en el funcionamiento cognitivo, psicomotor, sensorial y termorregulador por procedimiento quirúrgico.

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Quirófano

Fecha: 01-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Se colocó la placa de electrocauterio en la región del omóplato, verificando que el área se encontrara seca y la piel integra. • Se buscó en el expediente que contara con la hoja de consentimiento informado de la cirugía y de la anestesia, las cuales, estuvieron presentes y con vigencia. • Se realizó el llenado de la hoja de cirugía segura, con ayuda del personal multidisciplinario que participo en el procedimiento. • Se corroboró la identificación el paciente, en el expediente, pulsera y ficha de identificación. • Se buscó en el expediente los resultados de laboratorios recientes, los cuales fueron tomados el mismo día. • Se realizó el conteo de gasas, instrumental, material de esponjeo y punzocortantes, antes y durante el procediendo quirúrgico. • Se anotó en la hoja de procedimiento quirúrgico, la información recabada durante la cirugía (signos vitales, medicamentos administrados, sangrado, procedente quirúrgico). • Se colocó sabana térmica y termómetro eléctrico. • Se proporcionaron soluciones tibias para pasar I.V. • Se monitorizaron en todo momento los signos vitales y se anotaron en la hoja de cirugía.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 1 Nunca demostrado Resultado Esperado: 4 Frecuentemente demostrado Puntuación basal: Nunca demostrado 1 Puntuación pos intervención: Frecuentemente demostrado 4</p> <p>Puntuación cambio: +3</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores de riesgo (1) (4) • Controlar factores de riesgo ambientales (1) (4) • Controlar factores de riesgo personales (1) (4) <p>En todo momento se cuidó la integridad de la paciente y se buscó su bienestar, evitando lesiones, por lo que durante el procedimiento quirúrgico, no se presentaron accidentes ni lesiones en la paciente, que pudieran perjudicar su salud.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.4.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 01-07-2019

Servicio/ Contexto: Quirófano Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión física	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Integridad tisular (L)				
Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C Edema, inmovilización, alteraciones sensitivo-perceptivas por la anestesia	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
	Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	Lesiones en prominencias óseas (3) Palidez (3) Lesiones cutáneas (3)	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Moderadamente comprometido (3)	<i>Mantener a:</i> 3 Moderadamente comprometido <i>Aumentar a:</i> 4 Levemente comprometido

Intervenciones de Enfermería NIC Vigilancias de la piel
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el color y la temperatura de la piel • Observar si hay zonas de decoloración o presencia de hematoma • Observar si hay zonas de presión o fricción • Documentar los cambios en la piel • Observar si hay enrojecimiento en la piel

Intervenciones de Enfermería NIC Manejo de presiones
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • No utilizar prendas ajustadas en el paciente • Utilizar dispositivos para evitar las prominencias óseas en la mesa de operaciones • Aplicar protección de talones • Observar si hay fuentes de fricción o presión. • Alinear el cuerpo de manera adecuada • Colocar dispositivo en la cabeza que evite contracturas.

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 01-07-2019
Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.6 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C Edema, inmovilización, alteraciones sensitivo-perceptivas por la anestesia

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Quirófano

Fecha: 01-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Durante el procediendo se vigiló el color, la temperatura de la piel, principalmente de las extremidades. • Se retiró las mangas de la bata quirúrgica, para evitar laceraciones por contacto • Se colocó almohadillas en las prominencias óseas, como los talones, y el coxis. • Se colocó cinturones para darle posición alineada a la paciente y a la vez evitar caídas. • Se colocó dispositivo en la cabeza, para mantenerla alineada y evitar contracturas por posición. • Se colocó termorregulador, para mantener la temperatura de la paciente.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 3 Moderadamente comprometido Resultado Esperado: 4 Levemente comprometido Puntuación basal: Moderadamente comprometido 3 Puntuación pos intervención: Levemente comprometido 4</p> <p>Puntuación cambio: +1</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones en prominencias óseas (3) (4) • Palidez (3) (4) • Lesiones cutáneas (4) (4) • <p>Se mantuvo durante todo el procedimiento quirúrgico el cuidado de la piel, principalmente en las prominencias óseas, logrando evitar lesiones posturales.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.4.7 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 01-07-2019

Servicio/ Contexto: Quirófano Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión física	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y nutrición (K)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de aspiración R/C Nivel reducido de conciencia, depresión del reflejo tusígeno y nauseoso, deterioro de la deglución (intubación).	Estado respiratorio	Vías áreas permeables (2) Saturación de oxígeno (3) Acumulación de secreciones (2)	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. No desviación del rango normal	Desviación sustancial del rango normal (2)	<i>Mantener a:</i> 2 Desviación sustancial del rango normal <i>Aumentar a:</i> 4 Desviación leve del rango normal

Intervenciones de Enfermería NIC Manejo de la vía aérea
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación • Eliminar secreciones mediante succión • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación • Monitorización de signos vitales

Intervenciones de Enfermería NIC Precauciones para evitar la aspiración
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la vía área permeable • Mantener inflado el balón del tubo • Mantener el equipo de aspiración disponible • Evitar que el paciente se extube por descuido

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 01-07-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.7 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de aspiración R/C Nivel reducido de conciencia, depresión del reflejo tusígeno y nauseoso, deterioro de la deglución (intubación).

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Quirófano

Fecha: 01-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Con ayuda de un dispositivo (dona) se mantuvo la cabeza de la paciente en buena posición con ligera extensión, para maximizar el potencial de la ventilación. • Se aspiraron secreciones durante el procedimiento, evitando la acumulación de las mismas en la cavidad oral. • En todo momento se vigiló la saturación y la frecuencia respiratoria de la paciente en el monitor • Se corroboró que el balón del tubo estuviera inflado de manera correcta. • Se realizaron las fijaciones del tubo orotraqueal y se ayudó a colocarlas de manera adecuada. • Se colocó el material necesario para la aspiración de secreciones durante todo el procedimiento quirúrgico (tubo de succión, medivac, guates, sonda Nelaton, conector de plástico, solución)

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: : 2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>Resultado Esperado: 4 Desviación leve del rango normal</p> <p>Puntuación basal: : 2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>Puntuación pos intervención: 4 Desviación leve del rango normal</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vías áreas permeables (2) (4) • Saturación de oxígeno (3) (4) • Acumulación de secreciones (2) (4) <p>Se mantuvo la cavidad oral limpia de secreciones de la paciente, para evitar bronco aspiración, se vigiló la fijación de del tubo orotraqueal (evitando extubación), saturo dentro de los parámetros normales la paciente durante la cirugía.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.4.8 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 01-07-2019

Servicio/ Contexto: Quirófano Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 1 Infección	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (VI) Clase: Control de riesgo y seguridad (T)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de infección R/C Defensa primaria y secundaria inadecuada, (perdida de integridad cutánea e inmunosupresión)	Control de riesgo: Proceso infeccioso	Controlar el entorno para evitar factores de riesgo (4) Mantener un entorno limpio (4) Utilizar precauciones universales (4) Practica de higiene de manos (4)	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Levemente comprometido (4)	<i>Mantener a:</i> 4 Levemente comprometido <i>Aumentar a:</i> 5 No comprometido

Intervenciones de Enfermería NIC
Control de infecciones: Intraoperatorio
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano y monitorizar la esterilidad del campo quirúrgico. • Aplicar precauciones universales y asegurarse que el personal de quirófano vista las prenda apropiadas • Verificar los indicadores de esterilización y abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizado técnicas asépticas

Intervenciones de Enfermería NIC
Control de infecciones
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar jabón quirúrgico para el lavado de manos • Mantener un ambiente aséptico durante el procedimiento quirúrgico • Garantizar una manipulación aséptica en todas las vías I.V. y dispositivos invasivos

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 01-07-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.8 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de infección R/C Defensa primaria y secundaria inadecuada, (perdida de a integridad cutánea e inmunosupresión)

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Quirófano

Fecha: 01-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Antes ingresar a sala, nos colocamos uniformes estériles para poder ingresar. • Solo se le permitió la entrada a sala al personal que iba participar en el procedimiento quirúrgico • Se verificó que todo el personal llevara, botas, cubrebocas y gorro, desechables. • Se verifico con el médico, los indicadores de esterilidad del instrumental a ocupar durante la cirugía. • El instrumental y los suministros se pasaron a la mesa riñón con técnica aséptica. • Se proporcionó al personal cepillos desechables para lavado de manos quirúrgico. • Se proporcionó material necesario para la asepsia y antisepsia del área quirúrgica (guantes, gasa, isodine) • La manipulación de la vena periférica y de la vía aérea se realizó con guantes estériles y previamente con higiene de manos. • Se vigiló en todo momento que se garantizara la esterilidad del campo quirúrgico.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 4 Levemente comprometido Resultado Esperado: 5 No comprometido Puntuación basal: Levemente comprometido 4 Puntuación pos intervención: No comprometido 5</p> <p>Puntuación cambio: +1</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el entorno para evitar factores de riesgo (4) (4) • Mantener un entrono limpio (4) (5) • Utilizar precauciones universales (4) (5) • Practica de higiene de manos (4) (5) <p>Todo el procediendo se realizó siguiendo los principios de asepsia y antisepsia, de esta manera la posibilidad de infección para la paciente disminuyo significativamente.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.4.9 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 01-07-2019

Servicio/ Contexto: Quirófano Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión física	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de sangrado R/C Efectos secundarios del tratamiento (cirugía)	Severidad de la pérdida sanguínea	Pérdida de sangre visible (3) Hematuria (4) Hemorragia transoperatoria (4) Disminución de la presión arterial (4)	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Leve (4)	<i>Mantener</i> <i>a:</i> 4 Leve <i>Aumentar</i> <i>a:</i> 4 Leve

Intervenciones de Enfermería NIC
Prevenición de hemorragias
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Anotar lo niveles de hemoglobina en la hoja de enfermería • Vigilar estrechamente sangrado en el transoperatorio • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia • Administración de hemoderivados si procede • Comprobar disponibilidad de paquetes globulares y plasma • Contra con vena periférica permeable de alto calibre • Vigilar y anotar signos vitales.

Intervenciones de Enfermería NIC
Monitorización de líquidos
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar ingresos y egresos de líquido en el paciente • Monitorización de la presión arterial • Administración de líquidos según corresponda • Vigilar que las sondas no se encuentren dobladas que impidan su vaciamiento • Cuantificación de uresis estricta

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 01-07-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.9 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de sangrado R/C Efectos secundarios del tratamiento (cirugía)

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Quirófano

Fecha: 01-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Desde sala se habló a banco de sangre para corroborar disponibilidad de paquetes y plasma. • Se acomodó las gasas y compresas que salieron de cavidad en un campo para llevar el control de líquidos y sangrado • Se vigiló de manera estrecha los signos vitales y se anotaban cada 20 minutos en la hoja de enfermería. • Durante la administración de hemoderivados, se comprobó que el paquete fuera el correcto y se registraron los signos vitales. • Se verifico que las dos vías periféricas estuvieran permeables (punzo calibre #16) • La cuantificación de uresis se llevó de manera estricta, antes y durante el pinzamiento de la arteria y vera renal y posterior a la anastomosis.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 4 Leve Resultado Esperado: 4 Leve Puntuación basal: Leve 4 Puntuación pos intervención: Leve 4</p> <p>Puntuación cambio: 0</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de sangre visible (3) (4) • Hematuria (4) (4) • Hemorragia transoperatoria (4) (4) • Disminución de la presión arterial (4) (4) <p>Se vigiló en todo momento la pérdida de sangre significativa, llevando su control y reponiendo si era necesario, se mantuvo la hemoglobina en parámetros estables.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza 2010

2.4.10 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 03-07-2019

Servicio/ Contexto: Trasplantes Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud percibida (V) Clase: Sintomatología (V)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Dolor agudo R/C Procedimiento quirúrgico reciente E/P Expresión facial de dolor, expresa dolor, toma postura para disminuir el dolor	Nivel de dolor	Dolor referido (2) Expresión facial de dolor (2) Utiliza medidas de alivio no analgésicas (2)	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Sustancial (2)	<i>Mantener a:</i> 2 Sustancial <i>Aumentar a:</i> 4 Leve

Intervenciones de Enfermería NIC Manejo del dolor
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, intensidad, severidad, y factores desencadenantes • Animar a la paciente a vigilar su propio dolor • Verificar el nivel de molestia, anotar los cambios en la hoja clínica e informar a otros profesionales sanitarios • Fomentar periodos de descanso sueño para aliviar el dolor • Notificar al médico si las medidas no tiene éxito

Intervenciones de Enfermería NIC Administración de analgésicos
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la indicación médica en cuanto a medicamento, dosis, frecuencia de los analgésicos • Comprobar el historial de alergias a medicamentos • Controlar los signos vitales antes y después de la aplicación del medicamento • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de analgesia • Documentar la respuesta del analgésico y las reacciones adversas

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 03-07-2019

Elaboró: *Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010*

2.5.10 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Dolor agudo R/C Procedimiento quirúrgico reciente E/P Expresión facial de dolor, expresa dolor, toma postura para disminuir el dolor

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplantes

Fecha: 05-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Se identificó el dolor de la paciente, que inicia en la fosa iliaca derecha y se extendía de manera progresiva al resto del cuerpo. • Se informó a la paciente que el dolor iba ir disminuyendo con el paso del tiempo después del procedimiento quirúrgico. • Se dio tiempo a la paciente para estar en cama durante los periodos de dolor para disminuir el dolor. • Se le pidió a al paciente que notificara cuando iniciara el dolor para tomar medidas necesarias, antes de llegar al dolor intenso. • Se aplicaron medicamentos de acuerdo a indicación médica. • En el enlace de turno se explicó a la enfermera con que medicamento se alivió mejor el dolor y el tiempo de efecto del mismo. • En la administración de los analgésicos se explicaba a la paciente que con el mismo se iba a sentir mejor • Todos los medicamentos administrados se anotaron de manera correcta en la hoja de enfermería (dosis, vía y hora)

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 2 Sustancial Resultado Esperado: 4 Leve Puntuación basal: Sustancial 2 Puntuación pos intervención: Leve 4</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido (2) (4) • Expresión facial de dolor (2) (4) • Utiliza medidas de alivio no analgésicas (2) (3) <p>Mejóro significativamente el dolor de la paciente, lo que favoreció que pudiera realizar otras actividades y no estuviera mucho tiempo en cama.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza 2010

2.4.11 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 03-07-2019

Servicio/ Contexto: Trasplantes Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación (E)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Exceso de volumen de líquidos R/C Compromiso de los mecanismos reguladores (aceptación y adaptación del riñón trasplantado) E/P Edema, oliguria, aumento de peso	Función renal	Diuresis (1) Balance de ingresos y egresos (1) Aumento de peso (2) Edema (2)	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Gravemente comprometido (1)	<i>Mantener a: 1</i> Gravemente comprometido <i>Aumentar a: 2</i> Sustancialmente comprometido

Intervenciones de Enfermería NIC Manejo de líquidos
Actividades <ul style="list-style-type: none"> ● Pesar diario y controlar la evolución del edema ● Realizar un registro preciso de ingresos y egresos ● Dieta estricta hiposódica ● Administrar diuréticos según corresponda ● Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas ● Consultar con el médico si los signos y síntomas de exceso de líquidos persiste o empeora

Intervenciones de Enfermería NIC Terapia intravenosa
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ● Verificar la orden de reposición de uresis I.V ● Realizar una técnica aséptica estricta ● Seleccionar y prepara la bomba de infusión y verificar el flujo intravenoso y el sitio de punción ● Mantener un vendaje oclusivo ● Registra los ingresos y las egresos ● Mantener las precauciones universales

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 03-07-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.11 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Exceso de volumen de líquidos R/C Compromiso de los mecanismos reguladores (aceptación y adaptación del riñón trasplantado) E/P Edema, oliguria, aumento de peso

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplantes

Fecha: 05-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Durante el cambio de turno se pesaba a la paciente y se anotaba en la hoja de enfermería • Se llevaba en la hoja de enfermería el control de ingresos y egresos de la paciente de manera estricta. • La dieta iba pesada, y la uresis se media cada hora • Se tomaba el diámetro del muslo de ambas extremidades para valorar edema • El diurético se administraba con bomba de infusión de manera estricta. • Se dosificaba el total de agua libre para 24 horas. • Cada hora se reponía al 100% la uresis con ayuda de bomba de infusión • Todos los procedimientos invasivos se realizaban con técnica aséptica (lavado de manos, colocación de guantes, uso de cubrebocas) • Durante el turno se evaluó el sitio de punción, y la permeabilidad del mismo • Se colocó v medias de compresión para ayudar a la disminución del edema y favorecer la circulación

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 1 Gravemente comprometido Resultado Esperado: 2 Sustancialmente comprometido Puntuación basal: Gravemente comprometido 1 Puntuación pos intervención: Sustancialmente comprometido 2</p> <p>Puntuación cambio: +1</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuresis (1) (2) • Balance de ingresos y egresos (1) (2) • Aumento de peso (2) (2) • Edema (2) (2) <p>La paciente no presento cambios significativos en este patrón, debido al tiempo en el que se realizaron las actividades y se evaluaron. Sin embargo el control de ingresos y egresos se llevó de manera estricta, y de esta forma poder evaluar de manera más certera el balance de líquidos y la función urinaria.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza 2010

2.4.12 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 03-07-2019

Servicio/ Contexto: Trasplantes Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 1 Infección	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Riesgo de infección R/C Defensa primaria inadecuada, inmunosupresión, retención de líquidos corporales.	Control del riesgo	Identifica los factores de riesgo (3) Reconoce los factores de riesgo personales (3) Se compromete con estrategias de control de riesgo (3) Sigue las estrategias de control de riesgo (4)	1. Nunca de mostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	A veces de mostrado (3)	<i>Mantener a:</i> 3 A veces demostrado <i>Aumentar a:</i> 4 Frecuentemente demostrado

Intervenciones de Enfermería NIC
Control de infecciones
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Mantener técnicas de aislamiento • Enseñar y aplicar técnica de lavado de manos • Poner en practica protecciones universales • Asegurar una técnica aséptica durante la curación de la herida quirúrgica • Mantener un ambiente aséptico en la medida de lo posible.

Intervenciones de Enfermería NIC
Cuidados del catéter urinario, del sitio de incisión y del drenaje
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y verificar que la bolsa de recolección se encuentre por debajo del nivel de la vejiga • Realizar cuidados rutinarios del meato urinario • Limpiar y cambiar el apósito de la herida quirúrgica según corresponda • Monitorizar y vaciar el drenaje (Blake) y brindar cuidados a la piel y cambios de apósito en el sitio de inserción del drenaje

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 03-07-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.12 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de infección R/C Defensa primaria inadecuada, inmunosupresión, retención de líquidos corporales.

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplantes

Fecha: 05-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • A la habitación de la paciente solo ingresaron personal médico y de enfermería, no contaba con visita para familiares. • A la entrada en la habitación, se colocaba uniforme, bata, gorro y cubrebocas. • En la habitación se contaba con el material necesario para realizar el lavado de manos, de acuerdo a los 5 momentos. • El catéter urinario se manejaba de manera séptica, la bolsa se mantuvo por debajo del nivel de la vejiga. • Se realizó aseo de genitales, con agua y jabón, de manera séptica • Durante el turno se cuantifico el drenaje, se revisó sitio de inserción, se cambió y se realizó curación de la herida quirúrgica. • Todas las intervenciones realizadas, se explicaron a la paciente, así como la importancia de las mismas, para poder contar con la participación de la misma, y comenzar la educación para los cuidados que debe tener en todo momento, para evitar infecciones.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 3 A veces demostrado Resultado Esperado: 4 Frecuentemente demostrado Puntuación basal: A veces demostrado 3 Puntuación pos intervención: Frecuentemente demostrado 4</p> <p>Puntuación cambio: +1</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica los factores de riesgo (3) (4) • Reconoce los factores de riesgo personales (3) (4) • Se compromete con estrategias de control de riesgo (3) (4) • Sigue las estrategias de control de riesgo (4) (4) <p>La paciente esta consiente de la importación de manejar la habitación lo más aséptica posible, coopero, sabe que las medidas tomadas son para su pronta recuperación y evitar infecciones.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: *Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza 2010*

2.4.13 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 03-07-2019

Servicio/ Contexto: Trasplantes Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 1 Autocuidado	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Déficit de autocuidado: baño/higiene R/C Dolor, debilidad E/P Incapacidad para lavarse el cuerpo, secarlo, acceder al cuarto de baño sola	Autocuidados:	Se lava el pelo (2)	1. Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido 2	<i>Mantener a:</i> 2 Sustancialmente comprometido <i>Aumentar a:</i> 3 Moderadamente comprometido
	Higiene	Se lava el cuerpo (2)	2. Sustancialmente comprometido		
		Se peina o cepilla el pelo (1)	3. Moderadamente comprometido		
		Mantiene la higiene personal(2)	4. Levemente comprometido		
			5. No comprometido		

Intervenciones de Enfermería NIC Ayuda con el autocuidado
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidado • Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante y privada • Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado • Animar a la paciente a realizar las actividades • Animar independencia hasta que la paciente pueda realizar la acción

Intervenciones de Enfermería NIC Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita • Colocar toalla, jabón, desodorante a su alcance • Proporcionar objetos personales deseados • Facilitar que el paciente se lave los dientes • Facilitar que el paciente se bañe el mismo

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 03-07-2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.5.13 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Déficit de autocuidado: baño/higiene R/C Dolor, debilidad E/P Incapacidad para lavarse el cuerpo, secarlo, acceder al cuarto de baño sola

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplantes

Fecha: 05-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Se colocaron objetos personales al alcance de la paciente • En el baño se colocó una silla para que pudiera sentarse para bañarse • Se alentó a que se bañara sola, pero se ayudó durante el lavado de la cabeza y parte del cuerpo que no podía • Se ayudó a la paciente a secar su cuerpo y cabello. • Se ayudó a colocar bata y ropo interior. • Después de la comida, se proporcionó cepillo para el lavado de dientes. • Se ayudó a cepillar su cabello y a recogerlo con una liga. • Se realizó corte de sus uñas

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 2 Sustancialmente comprometido Resultado Esperado: 3 Moderadamente comprometido Puntuación basal: Sustancialmente comprometido 2 Puntuación pos intervención: Moderadamente comprometido 3</p> <p>Puntuación cambio: +1</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lava el pelo (2) (3) • Se lava el cuerpo (2) (3) • Se peina o cepilla el pelo (1) (1) • Mantiene la higiene personal(2) (3) <p>La paciente comienza a recuperar su autocuidado, aun requiere de ayuda, pero se alentó a que ella hiciera una parte de las actividades, para que poco a poco las pueda ir retomando.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

2.4.14 Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LAD Edad: 48 años Fecha de ingreso: 03-07-2019

Servicio/ Contexto: Trasplantes Diagnóstico médico: IRC+ Protocolo para trasplante renal

Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 2 Actividad/Ejercicio	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Salud funcional (I) Clase: Movilidad (C)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Deterioro de la movilidad física R/C Procedimiento quirúrgico reciente E/P Dificultad para girarse, para cambio de posición, enlentecimiento de movimiento, dificultad para la marcha y levantarse	Posición corporal: auto iniciada	Se mueve de acostado a sentado (1) Se mueve de sentado a parado (1) Se mueve de un costado a otro estando acostado (2) Deambula (2)	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Gravemente comprometido 1	Mantener a: 1 Gravemente comprometido Aumentar a: 2 Sustancialmente comprometido

Intervenciones de Enfermería NIC Cambio de posición
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Animar a la paciente que participe en los cambios de posición • Colocar en una posición cómoda para la paciente • Colocar en posición que evite tensión sobre la herida • Colocar los objetos de uso frecuente a su alcance • Colocar el mando de la cama a su alcance

Intervenciones de Enfermería NIC Terapia de ejercicios: ambulación
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar calzado que facilite la ambulación y evite lesiones • Colocar la cama a una baja altura • Ayudar a la paciente asentarse en un lado de la cama • Ayudar a la paciente en la deambulación inicial • Ayudar a la paciente ponerse de pie y a establecer aumentos de distancia para deambular • Animar a la paciente a deambular.

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez Fecha: 03-07-2019

Elaboró: *Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010*

2.5.14 Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Deterioro de la movilidad física R/C Procedimiento quirúrgico reciente M/P Dificultad para girarse, para cambio de posición, enlentecimiento de movimiento, dificultad para la marcha y levantarse

Nombre: LAD

Edad: 48 años Servicio/Contexto: Trasplantes

Fecha: 05-07-2019 Hora: 20:30 hrs

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Se ayudó a la paciente durante los cambios de posición en cama • Se proporcionó ayuda a la paciente para sentarse en la orilla de la cama para poder incorporarse y deambular • Durante las deambulaciones, se proporcionó ayuda • A la hora de acostarse se buscaba junto con la paciente la posición más cómoda para ella y se dejaba a la mano el control de la cama para que ella realizara los cambios de posición necesarios • Durante el turno se animaba a la paciente a deambular y a aumentar las distancias, según tolerancia.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa: 1 Gravemente comprometido Resultado Esperado: 2 Sustancialmente comprometido Puntuación basal: Gravemente comprometido 1 Puntuación pos intervención: Sustancialmente comprometido 2</p> <p>Puntuación cambio: +1</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mueve de acostado a sentado (1) (2) • Se mueve de sentado a parado (1) (2) • Se mueve de un costado a otro estando acostado (2) (3) • Deambula (2) (2) <p>La paciente ya realiza cambios posturales y deambula con ayuda, poco a poco se va ir alentando a la paciente realizar esas actividades, utilizando menos ayuda.</p>

Nombre del Estudiante: Maritza Becerra Rodríguez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza 2010

2.6 Plan de alta. 16 de julio de 2019.**Intervenciones de enfermería.**

- Dieta

Debe consumir alimentos bajos en sal y ricos en fibra (apegarse a la dita establecida por nutriología, que le fue establecida de acuerdo sus necesidades). Evitar: el consumo de toronja, uvas y sus derivados (esto debido a que disminuye el efecto de algunos medicamentos), alimentos altos en colesterol, ricos en azucres (como refrescos, jugos naturales, mermelada, cajeta, dulces, chocolate, pan, palomitas, papas), alcohol, productos lácteos a granel, conservas, ahumados, embutidos (jamón, salchicha) y productos enlatados. No consumir alimentos de la calle por lo menos los primeros tres meses. Es importante que realizar sus cinco comidas al día y tomar el agua que le recomendó el médico, la cual debe ser embotellada, evitando comprar agua de purificadora. Recordarle que todos los lácteos y sus derivados deben ser pasteurizados.

- Medicamentos

Sus medicamentos deben estar en un lugar, fresco, seco y sin exponerlos a la luz del sol. Asegúrese de no revolver medicamentos, ni retirarlos de su empaque si no se los va a tomar (para evitar confusiones o una mala administración del mismo); en caso de acudir al hospital, llevar sus medicamentos necesarios para evitar omitir dosis. Tomar sus medicamentos de la misma manera y a la misma hora todos los días. Es importante que se aprenda el nombre de los medicamentos (nombre genérico y comercial). El día que le toque cita para toma de laboratorios de control, no tomar el medicamos hasta que le hayan extraído la muestra. Evita vacunarse, hasta que el medico lo autorice.

- Actividad y ejercicio

Aislamiento: Durante el primer mes, debe permanecer en casa, en una habitación limpia, libre de corriente de aire, sin presencia de mascotas, con visitas restringidas (solo familia cercana: mamá, papá, hermanos) que no se encuentren enfermos; utilizado cubrebocas y realizado lavado de manos antes de entrar a la habitación. En el segundo mes ya podrá salir de la habitación, para caminar en el interior de la casa, utilizando cubrebocas. Hasta el quinto mes le será posible, salir al jardín fuera de casa; a los seis meses ya le es permitido salir de casa, utilizando el todo momento su cubrebocas. La actividad sexual la podrá retomar después de seis meses posteriores a la intervención, siempre utilizado preservativo, y lavando sus genitales antes y después de tener relaciones; evitar tener más de una pareja sexual. Todos los días se debe pesar en ayunas, contar su orina de 24 horas y tomar su presión dos veces al día y anotar en una libreta especial, está la debe de llevar a las citas de control.

- Higiene

Se recomienda lavar sus manos frecuentemente, con agua y jabón, especialmente, antes y después de ir al baño, de manipular su catéter tenckoff, de realizar la curación de su herida, después de estar en contacto con otras personas, antes de tomar sus medicamentos y consumir alimentos. Se debe bañar diario, lavarse los dientes tres veces al día, cambiarse la ropa de manera diaria, especialmente la interior (la ropa debe ser lavada con agua y jabón neutro de preferencia, sin utilizar aromatizante), no utilizar ropa ajustada, o que comprima la herida (la curación la herida debe ser diaria, con cambio de gasas, ya la utilización de agua y jabón neutro, verificando que no presente datos de infección o desprendimiento de una grapa).

Los cubiertos, vasos y platos para consumir sus alimentos deben ser personales, y se deben de lavar con agua y jabón y con esponja exclusiva, de manera aislada al resto de los trastes, (retirando perfectamente los restos de comida y jabón).

- Signos de alarma

En caso de presentar tos, escurrimiento nasal, dolor de articulaciones o abdominal, malestar general, náuseas, vómito, diarrea, fiebre, ardor al orinar, disminución de la orina, orina con sangre, aumento de peso rápido, de presión arterial, edema, cambios en la herida (enrojecimiento, calor en la zona de la herida, comezón, salida de líquido o de sangre que no pare o que sea continuo), debe acudir a urgencias.

- Recomendaciones generales

Es importante que agende y acuda a todas las citas con el médico, usar gel antibacterial en casa, uso de cubrebocas obligatorio. Evitar saludar de beso, contacto con gente enferma, con animales. Utilizar protector solar, ropa de algodón, no realizar actividades de que requiera de mucho esfuerzo o cargar cosas pesadas.

Capítulo III

3.1 Discusión

Existen estudios que se enfocan en los cuidados al paciente postrasplantado, la mayoría de estos escritos, son de consulta ya que describen los diagnósticos de enfermería más comunes y proporcionan una guía de las posibles intervenciones a realizar. Por otra parte existe una revisión corta con los diagnósticos poco frecuentes pero existentes en este tipo de pacientes.

La finalidad del proceso presentado, es ver a la persona de manera holística, brindando cuidados desde el ingreso hospitalario, hasta su domicilio en el plan de alta; es difícil encontrar planes de cuidados que abarquen todo el proceso, ya que la mayoría se centra en el postoperatorio.

Dentro de los diagnósticos enfermeros detectados en el ingreso hospitalario de la paciente se encontraron, la ansiedad, la angustia y el déficit de conocimientos, entre otros del proceso al que se va a someter. Por otra parte los diagnósticos tomados en el trans-operatorio, fueron encaminados a reducir el riesgo de infecciones, mantener un ambiente aséptico, proteger de daños secundarios a la paciente y evitar lesiones físicas. En los diagnósticos post-operatorios al igual que Fraldo en 2017, se concluye que uno de los diagnósticos más frecuentes es el de riesgo de infecciones, desequilibrio de líquidos, seguido por dolor agudo; existe el estudio de Barrios del 2016 que se centra exclusivamente en el patrón de sueño que se ve alterado en este tipo de pacientes, pero en el plan de cuidados elaborado, la paciente no presentó alteraciones en este patrón. Andreu por su parte en 2015 realizó un estudio que se centra en describir como garantizar el éxito del trasplante renal, en donde resalta la importancia de implementar un plan de cuidado, en donde el enfermero juega un papel importante; los diagnósticos, las intervenciones y las acciones tomadas se ven reflejadas en el éxito de estos pacientes; como lo fue en este proceso.

3.2 Conclusiones

Es impórtate brindar intervenciones encaminados a buscar el mejor resultado para la paciente; el objetivo de éste trabajo es resaltar la importancia de iniciar las intervenciones perioperatorios a tiempo, para que la paciente programada para el trasplante renal, entre en las mejores condiciones posibles, y así poder garantizar un resultado exitoso. Dentro de los cuidado preoperatorios, es necesario conocer a la paciente, brindarle confianza, apoyo, aclara preguntas y dudas, vigilar estrechamente los estudios de laboratorio y gabinete, verificar que estén completos; que este firmado el consentimiento informado y la aceptación de anestésica. Los cuidados tras operatorios, se ven encaminados a prevenir riesgos, cuidar la integridad de la paciente, y mantener técnicas asépticas para reducir la exposición a infecciones. Mientras que los cuidados post quirúrgicos se deben centrar en vigilar la aceptación del riñón trasplantado, cuidando reducir al mínimo las infecciones; llevar un control estricto de líquidos y manejar la herida quirúrgica y los drenajes.

Todos estos cuidados dan como resultado un beneficio a la paciente. Si todo el equipo multidisciplinario y la paciente participan de manera activa, los resultados positivos se dan en poco tiempo, favoreciendo el regreso de la misma a su entorno familiar.

Es importante que se lleve un plan de alta, ya que todos los pacientes post-trasplantados, se va con muchas dudas y preguntas, por lo que muchos de ellos aplican un mal apego al tratamiento, lo que ocasiona reingresos hospitalarios.

El enfoque de una enfermera instrumentista no se debe de centrar en el tras operatorio, ella se debe involucrar en los cuidados pre- trans y post, ayudando a priorizar y resolver de manera oportuna las alteraciones que se puedan presentar.

3.3 Referencias:

- Andreu, P. D., Hidalgo, B. M., & Moreno, A. C. (2018). Casos clínicos sobre trasplante renal. *Enferm Nefrol*, 225-229.
- Arias, F. M. (15 de Marzo de 2019). En México, por cada mil habitantes hay 1.4 pacientes con insuficiencia renal. *La Jornada Aguascalientes*, pág. En línea.
- Barrios, A. S., Masalan, A. P., & de la Fuente, F. L. (2016). Sueño y sus características en personas con trasplante renal. *Enferm Nefrol*, 191-200.
- Centro Nacional de Trasplantes. (2019). *Estado Actual De Receptores, Donación y Trasplantes en México*. México: gob.mx.
- Dochterman, J. M., Bulechek, M. M., Butcher, N. K., & Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Faraldo, C. A., Ibáñez, R. M., & Del Río, R. M. (2017). Frecuencia de los diagnósticos de enfermería en el primer ingreso del. *Enferm Nefrol*, 76-81.
- Heather, H. T., & Kamitsuru, S. (2018-2020). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación*. New York: ELSEVIER .
- Hernández, D., Castro, d. l., & Muriel, A. (2015). Mortalidad en lista de espera para trasplante renal. *Nefrología*, 18-27.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Enfermedad renal problema de salud creciente en todo el mundo, es prevenible*. México: gob.mx.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento*. Washington: Pan American Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Ministros de Salud acuerdan plan para aumentar la donación de órganos y los trasplantes, que son insuficientes para la demanda*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Pérez, D. A. (2015). Garantizar el éxito del trasplante renal. *Enferm Nefrol*, 138-141.
- Sánchez, A. P. (23 de Febrero de 2016). Puebla, cuarto lugar nacional en insuficiencia renal crónica. *e-consulta.com*, pág. En línea.