



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema Universidad Abierta



**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE
PEDIATRICO CON ALTO RIESGO DE INFECCION EN RELACION A
TRATAMIENTO DE INMUNOSUPRESION POSTERIOR A TRASPLANTE
RENAL .**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

MARTINEZ RODRIGUEZ ADRIANA

NUMERO DE CUENTA:

7565470 - 0

DIRECTOR DEL TRABAJO:

MAESTRA. MARIA DEL PILAR SOSA ROSAS

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



MÉXICO, D. F. JUNIO 2005.

0348145



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su amor.

A mis Hijos Adrián y Rodrigo por su lealtad y comprensión.

A mi Maestra por su espíritu de superación.

A mi Madre por darme la vida.

INDICE

1.- INTRODUCCION.	1
2.- OBJETIVOS.	3
3.- METODOLOGIA.	4
4.- MARCO TEORICO.	6
5.- CASO CLINICO.	31
6.- INSTRUMENTO DE VALORACION.	32
7.- JERARQUIZACION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.	42
8.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.	43
9.- CONCLUSIONES.	72
10.- SUGERENCIAS.	73
11.- BIBLIOGRAFIA.	74
12.- ANEXOS.	76

1. INTRODUCCION

El profesional de enfermería como prestador de atención de la salud, cubre las necesidades del individuo sano o enfermo; varios factores han contribuido a mejorar las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería a través de la aplicación de modelos conceptuales o marcos teóricos. El proceso de atención de enfermería es el método mediante el cual se aplican estos marcos teóricos a la práctica profesional presente y futura de enfermería; asegurando la calidad de los cuidados con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

EL proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Uno de los objetivos del proceso es proporcionar cuidado de enfermería que pueda cubrir las necesidades individuales del paciente, de la familia y de la comunidad.

La enfermera requiere de un sustento teórico que permita orientar los cuidados que proporciona y esto lo logra a través del Proceso De Atención De Enfermería, por lo que este trabajo está sustentado en la propuesta o modelo de Virginia Henderson , que se ubica dentro de los modelos de las necesidades básicas humanas, la cual sostiene que los cuidados deben orientarse hacia la satisfacción de las necesidades de las personas, partiendo de que los seres humanos tienen variadas necesidades básicas por satisfacer señalando 14 necesidades básicas en la persona.

Partiendo de que el modelo de Virginia Henderson se aplica perfectamente en todas y cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, que resulta coherente con nuestros valores socioculturales y nos permite la planificación de los cuidados, con un enfoque crítico, observacional e interpretativo durante el proceso, se realiza este trabajo a un paciente pediátrico posoperado de trasplante renal, ya que en la actualidad la

insuficiencia renal crónica es una de las enfermedades que afecta a la población en general de nuestro país y es cada vez mayor el índice de trasplante renal como método electivo de tratamiento en los niños con enfermedad renal terminal. Estudios recientes han mostrado que los niños con trasplante renal han mejorado su rehabilitación y potencial de crecimiento. En el trasplante como procedimiento terapéutico se han reconocido múltiples factores que influyen en la sobrevida del injerto y del paciente. Entre ellos pueden considerarse, aspectos técnicos, la preservación del injerto, histocompatibilidad, inmunosupresión, la enfermedad original como causa de la insuficiencia renal terminal, la edad tanto del receptor como del donador, infecciones, y a largo plazo la hipertensión arterial y el rechazo crónico como las más importantes.

Por lo anterior es conveniente que el profesional de enfermería este al día, especializado y capacitado para proporcionar el cuidado oportuno, eficaz y de calidad a través de la aplicación del Proceso De Atención De Enfermería, ya que su participación es muy importante en la orientación, educación y capacitación de pacientes y familiares, para integrarlos a una mejor calidad de vida del paciente y del riñón trasplantado.

2. OBJETIVOS

APLICAR LA METODOLOGÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ALTO RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, CONSIDERANDO GENERALIDADES, ELEMENTOS Y ETAPAS QUE LO INTEGRAN PARA CONTRIBUIR A MEJORAR LA CALIDAD Y EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO DE RIÑÓN.

IDENTIFICAR A TRAVÉS DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON PARA PROPORCIONAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS A UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ALTO RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR.

REAFIRMAR CONOCIMIENTOS TEÓRICOS QUE PERMITAN ORIENTAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA MEDIANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN ENMARCADO EN EL MODELO DE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

3. METODOLOGÍA.

Los pasos que se siguieron para la elaboración del proceso de atención de enfermería son:

- Asistencia al seminario taller El Proceso de Enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en el que se analizaron lecturas con el propósito de generar líneas de discusión y reflexión, con la participación del docente o director del trabajo que es fundamental para la realización del proceso.
- El proyecto de construcción del proceso se lleva a cabo en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (CMN) que pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el servicio de trasplante renal, y se tiene la oportunidad de trabajar. Se selecciono a un paciente pediátrico, al cual se le realizara el Proceso de Atención de Enfermería, en la modalidad de estudio de caso individual, partiendo del modelo de las 14 necesidades humanas básicas en el ser humano que identifica Virginia Henderson, considerando su propuesta teórica, el alcance que ha tenido hasta nuestro tiempo y su aplicación a la práctica así como su contribución al cuidado que es la esencia y objeto de estudio de la enfermería.
- La primera etapa del proceso se efectúa mediante un instrumento de valoración de enfermería, basado en las necesidades humanas, datos objetivos y subjetivos identificados al paciente, para obtener la información sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, ya que las actuaciones de enfermería están basadas en esta información.
- Con la previa identificación de problemas de salud se elaboraron los diagnósticos de enfermería con componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA.

- En la planeación se establecieron las necesidades prioritarias o jerarquización de necesidades del paciente. Se fijaron los objetivos que se quieren lograr y se planificaron las actuaciones de enfermería adaptadas a las necesidades del paciente, con categoría holística y dirigidas al logro de los resultados, para resolver o minimizar las necesidades detectadas.
- Se evaluó el logro de los objetivos planeados para la atención del paciente y conclusiones del proceso de atención de enfermería, con base en los objetivos planeados al inicio del mismo
- En el trabajo se integró bibliografía para abordar los temas de mayor prioridad y que se encuentren directamente relacionados con los temas, se consultaron y analizaron fuentes bibliográficas y fuentes electrónicas, conjuntamente con material didáctico aportado por parte del docente, con el objeto de conformar el trabajo para obtener el título de licenciado en enfermería y obstetricia.

4. MARCO TEORICO.

La historia de los trasplantes a los últimos 100 años le da el crédito al cirujano suizo Jacquet Riverton. El trasplante de órganos ha sido relacionada con los anhelos de longevidad del ser humano.

Alexis Carrel fue el primero que pudo identificar que los órganos renales transferidos funcionaban normalmente, producían orina y manifestaban vida, lo estudió en animales y le llevo a obtener el premio Nóbel en 1912 por su método de anastomosis vascular que ha sido usado desde entonces . Junto con estos trabajos iniciales en el trasplante de órganos se identifico el concepto de la pérdida de órganos iniciando el término rechazo que indicaba un proceso por medio del cual el huésped negaba al órgano un lugar nuevo para residir.

Con la llegada de la II guerra mundial, se produjeron una serie de avances en antibioticoterapia, transfusiones sanguíneas masivas, anastomosis vasculares, diálisis e injertos. Todos ellos contribuyeron enormemente a los avances de la trasplantología. Durante la década de los 50 se llevaron a cabo varios trasplantes renales en Paris y en Boston; todos ellos finalmente fallaron ya que aún no se utilizaba la inmunosupresión; y a partir de 1962, todos los trasplantes de tejido entre individuos no relacionados se han hecho con el paciente bajo la influencia de agentes químicos para suprimir la respuesta inmunitaria, abriendo con esto una nueva era en el trasplante experimental del riñón.

El profesional de enfermería avanza en beneficio del paciente y seguirá haciendo frente a los retos del futuro apoyándose en sistemas teóricos y modelos conceptuales para proporcionar cuidados con calidad y atención integral al paciente pediátrico trasplantado de riñón.

4.1. TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO Y SUS RETOS.

Resulta claro que el trasplante renal constituye el tratamiento óptimo para niños con enfermedad renal en etapa terminal y que es el tratamiento de elección para los niños con Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C). Estudios recientes han mostrado que los niños con trasplante renal han mejorado su rehabilitación y potencial de crecimiento.

La insuficiencia renal puede ser particularmente devastadora en niños porque interfiere con los patrones de crecimiento normal y daña el desarrollo intelectual, sobre todo en niños de corta edad.

Un trasplante de riñón no cura la insuficiencia renal; es un método adicional de tratamiento, y es necesario que el equipo de salud dé esta información a pacientes y familiares.

EPIDEMIOLOGÍA: Actualmente en el hospital de Pediatría del CMN, SXXI se detectan 20 nuevos casos con enfermedad renal terminal cada año; la incidencia máxima ocurre entre los 11 y 15 años de edad .Las causas de I.R.C. varían según la edad del paciente y entre ellas encontramos:

Las enfermedades renales congénitas (53%)

Las glomerulonefritis (20%)

Las glomeruloesclerosis local segmentadas (12%)

Las enfermedades metabólicas (10%)

Y otras (5%).

La enfermedad original es un factor importante a considerar para que se determine efectuar el trasplante renal en pediatría,

4.1.1. ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA

Enfermería desde sus orígenes, fue considerada como una ocupación basada en la práctica, no como una profesión. En 1859 con FLORENCIA NIGHTINGALE se intentó definir con sus declaraciones la aportación específica de enfermería, dando así el primer modelo para la profesión de enfermería. Es gracias a FLORENCIA NIGHTINGALE que la profesión de enfermería fue descrita y puntualizada, fundando una escuela de enfermería con un programa de 3 años de duración que tenía como objetivo preparar enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión.

La disciplina de enfermería ha evolucionado con el paso del tiempo y en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos, se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos y concepciones de esta disciplina con grandes modificaciones durante los últimos decenios. Ejerciendo cambios por La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas que da prioridad a los valores y a la diversidad de los medios clínicos que guían la revolución a estas concepciones de los cuidados de enfermería.

Actualmente enfermería esta sujeta a todos los problemas de una disciplina emergente que está luchando por su profesionalismo y por el respeto de otras disciplinas. Los enfoques filosóficos de la ciencia, como enfermería están en periodos de transición. Enfermería debe mirar en forma cuidadosa, su progreso científico, particularmente a la luz de las líderes de los primeros tiempos, con un enfoque de investigación continua, valor científico y humanístico, por lo que el pensamiento filosófico de las enfermeras que nos antecedieron y que interpretaron algunos modelos y teorías de enfermería, constantemente con la evolución en la atención al

hombre, mostraron una preocupación por buscar un marco teórico conceptual propio de la enfermería como una profesión.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica para la profesión de enfermería, y es durante la década de 1940 a 1955 que surge el trabajo de VIRGINIA HENDERSON. Donde lo menos importante es diferenciar si la propuesta que ideó es una filosofía, una teoría o un modelo, lo importante es reconocer su valiosa contribución al avance de la enfermería.

A principios de los años 90 se debatió, desde el punto de vista filosófico, si la enfermería era una ciencia básica, aplicada o práctica. Se adoptó un modelo basado en una teoría "única" de la enfermería para la formación y el ejercicio profesional, pero la propuesta de la teoría única no tuvo consenso. El grupo de los expertos proclamó una diversidad teórica de enfermería o sea, la utilización de diversos pensamientos teóricos de la práctica profesional y en la búsqueda de un marco conceptual, encontrándose que el mayor problema con que se cuenta en enfermería, es la falta de experiencia en el campo de la investigación.

Se admite que enfermería es una profesión pero los teóricos aún estudian el problema de la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía que encamine lo esencial de la enfermería: LOS CUIDADOS.

En el campo de la enfermería se han creado un cierto número de modelos con el fin de identificar las teorías y leyes que están más allá de los modelos, entre las agrupaciones de modelos en enfermería encontramos a:

MODELOS NATURALISTAS: Fundamentados en un enfoque curativo donde se incluyen los conceptos formados por FLORENCE NIGHTINGALE.

MODELOS DE NECESIDADES HUMANAS: Con tendencia a la suplencia o ayuda. Son de los modelos más desarrollados y es aquí donde se incluyen

las definiciones de VIRGINIA HENDERSON que las basa a través de una conducta observable y en términos funcionales.

MODELOS DE INTERPRETACIÓN: Modelos más recientes aunque son menos aplicados.

A finales del siglo XIX hasta el inicio de la segunda guerra mundial, marcó en América Latina el inicio de la profesionalización, la organización del sistema de educación y de servicios de enfermería. En México fue durante la década de los 50 donde se dio auge a la trasplantología experimental, que se caracteriza porque enfermería tiene solo un enfoque de auxilio social y médico, capacitada en el conocimiento básico de las enfermedades y con mayor énfasis en las destrezas técnicas, disciplina, obediencia y por el sentido humano necesario para el cuidado de enfermos con padecimientos renales. "En aquel tiempo las enfermeras llevaban a cabo procedimientos innovadores en el cuidado de la salud y otras técnicas más sofisticadas, colaborando en los quirófanos, las salas de parto y ambulatorios" (M.patricia Donahue 1999).

"Se establecieron salas de posanestesia y recuperación para prevenir las complicaciones del posoperatorio. De esta forma fue posible establecer una progresión y formación de la unidad de cuidados intensivos, cuidados a largo plazo y la de cuidados a domicilio. Este desarrollo de unidades de tipo específico, obligaba a contar con algún tipo de enfermería especializada". (M.Patricia Donahue 1999). Posteriormente en enfermería se acentúa el interés y responsabilidad de contar con planes y programas de formación, derivada también hacia el avance institucional en beneficio de la salud y la seguridad social, donde el avance tecnológico y la especialización médica también fueron requiriendo de enfermeras en áreas específicas como son la Unidad de Trasplante Renal. (U.T.R).

Con estos avances en enfermería se inician los cursos de especialización postécnica y programas de posgrado, es en esta época moderna, donde

enfermería se caracteriza por una profunda preocupación de su ejercicio profesional, lo que permite al personal de enfermería implementar una serie de medidas y cuidados preventivos, para detectar oportunamente la presencia de complicaciones que pongan en peligro el prendimiento del injerto y la vida del paciente trasplantado en la U.T.R.

En los años sesenta se inicia una época de revolución para los cuidados de salud." Para impartir los cuidados con eficacia, las enfermeras tenían que identificar cambios muy sutiles en el estado de los pacientes, estar familiarizadas con sofisticadas técnicas de tratamiento, aumentar su habilidad de interpretación de los datos de laboratorio, reconocer delicadas interrelaciones fisiológicas y poder controlar de cerca la eficacia de los tratamientos con fármacos potentes y a veces incluso experimentales" (M.Patricia Donahue 1999).

En la U.T.R. del hospital de Pediatría del CMN SXXI se hizo evidente la necesidad de dar un enfoque distinto a los cuidados de enfermería, la enfermera es la que coordina los esfuerzos combinados conjuntamente con el paciente, la familia y el equipo de salud para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación del paciente pediátrico trasplantado. Se han establecido las actividades y cuidados de enfermería protocolizados desde la etapa previa al ingreso hasta su egreso o alta de la unidad de trasplantes, con la única finalidad de éxito y en beneficio del paciente pediátrico que ha sido trasplantado. Es indudable que la colaboración e intervención de la enfermera es fundamental, se requiere de una participación activa y continua de proporcionar el cuidado de enfermería con un perfil determinado y con plena conciencia del compromiso que esto implica.

"En la época moderna surgen los preceptos teórico-científicos de los cuidados de enfermería, centrandó la práctica y la formación en un concepto holístico de hombre y de salud, así como en los contenidos científicos que

fundamentan el cuidado del proceso vital humano desde un enfoque integrador para el ejercicio profesional" (Lartigue, 1998).

"Como puede observarse, enfermería ha evolucionado, se encuentra en transición y aún enfrenta importantes desafíos para lograr su estatus de profesión en México." (Lartigue, 1998).

La herencia de la enfermería es rica. Su historia es un relato de descubrimientos que reflejan los nuevos avances realizados en cada generación, enfermería ha evolucionado, y sigue evolucionando en dar una mayor importancia a su quehacer, que es el cuidado, con un compromiso social, cultural, enmarcado en su misión y visión de conformar un equipo de enfermería de alto rendimiento en beneficio del paciente pediátrico que ha sido trasplantado.

4.1.2. TEORIA DE ENFERMERIA: MODELO DE VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

"VIRGINIA HENDERSON Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897. A continuación se habla de las aportaciones que hizo a la enfermería.

- ❖ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- ❖ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ❖ 1922 inicia su carrera como docente.
- ❖ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ❖ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

❖ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

❖ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

❖ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

❖ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería

❖ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

❖ 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.

❖ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

❖ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

❖ Catholic University.

❖ Pace University.

❖ University of Rochester.

- ❖ University of Western Ontario.
- ❖ Yale University.
- ❖ Old Dominion University.
- ❖ Boston College.
- ❖ Thomas Jefferson University.
- ❖ Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honoraria de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

○ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

○ 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

○ 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996." (Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril pag 1, 2,3.)

4.1.3. LA PROPUESTA DE VIRGINIA HENDERSON, ES UNA FILOSOFIA, UNA TEORIA O UN MODELO.

El modelo de VIRGINIA HENDERSON no sustenta una teoría solo adoptó afirmaciones internacionales, ella clasificó su trabajo como una definición personal de enfermería, describiéndola como una síntesis de muchas influencias.

"La principal diferencia entre una teoría y un modelo conceptual es el nivel de abstracción. Un modelo conceptual es un sistema abstracto de conceptos relacionados entre sí. Una teoría está basada en un modelo conceptual pero está más limitada en el ámbito, contiene más conceptos concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis, uniéndolas a todas juntas" (Kozier, Erb, Olivieri 1998).

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras que definieron a la profesión de enfermería como: La enfermera tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible. La definición o concepto de enfermería de Virginia Henderson la realizó en términos funcionales y enmarcado en un modelo complementario o de suplencia. Estudiando al ser desde el punto de vista del cuidado, incorpora a la enfermería las siguientes aportaciones:

- Los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto.
- La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- Planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente.
- Que la enfermera debe valorar el estado patológico que lo altera.
- Que se debe modificar el entorno.

- Que se debe identificar al paciente y familia como una unidad. Ve al hombre como un ser social, conformado dentro de una familia y del resto de los grupos como integrante de una comunidad.
- Señala además la importancia en la formación de la enfermera y el fomento de la especialidad.
- La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos.
- Incorpora el concepto independencia a la enfermería que lo define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, que el individuo necesita cuidados independientes de la enfermera. Siendo este aspecto debatido hasta nuestros días.
- Reafirma y deja bien explícito que la atención no solo es para el enfermo sino que se extiende también al individuo sano.
- Plantea al individuo como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes. Atendiendo, de acuerdo a sus conocimientos, las esferas emocionales y sociales.

Virginia Henderson en su modelo parte de que todos los seres humanos tienen variadas necesidades humanas básicas por satisfacer. Que son las mismas para todos los seres humanos y que normalmente son cubiertas.

Que las actividades de las enfermeras son realizadas para ayudar al paciente y a cubrir estas necesidades, denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería, que estos se proporcionan a través de un plan de cuidados que se elabora de acuerdo a las necesidades que le son detectadas al paciente, donde el rol de la enfermera es complementario para mantener o restaurar la independencia del paciente.

El concepto de cuidados basado en las necesidades humanas de Virginia Henderson nos propone, que los cuidados de enfermería están en constante evolución, que se debe de considerar al paciente en una forma integral, es decir, bajo una visión (holística) en el aspecto físico, psíquico y social, y que

se atiendan los problemas de salud a los seres humanos en toda su complejidad.

"Virginia Henderson cuando reflexiona en la dificultad que encuentra el paciente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, las describe bajo tres aspectos:

Falta de fuerza física.

Falta de voluntad.

Falta de conocimiento.

"Las fuentes de dificultad pueden definirse como el impedimento mayor para conseguir la satisfacción de una o más necesidades fundamentales."(Phaneuf, Margot.1993).

El concepto de necesidad se define como la falta de algo requerido, deseable o útil.

El Concepto de necesidad fundamental según Virginia Henderson lo define como necesidad vital, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Diferentes teóricas de enfermería definen la necesidad de diversas formas en donde resaltan los conceptos de " algo que es deseable , útil o necesario."

Partiendo de que Virginia Henderson consideró su trabajo más como una aserción filosófica que como una teoría o un modelo y que incorpora tempranamente los aspectos más importantes del cuidado, como el de definir a la disciplina enfermería, permitiendo reconocer la importancia de las bases filosóficas como contribución al avance de la enfermería, y que indica en su filosofía las necesidades básicas de los seres humanos; resulta obvio que estas, están derivadas de los componentes psicosociales observados por ABRAHAM MASLOW, sin que cite o mencione a este como influencia directa ni tener medio de contacto alguno o relación entre ambos, donde la

teoría de Maslow va encaminada hacia la personalidad y la motivación , y Henderson enfocada, solo a las necesidades básicas de los seres humanos.

"El humanista Abraham Maslow desarrollo su teoría de necesidades humanas durante loa años cuarenta. Para Maslow, las necesidades motivan la conducta del individuo. De acuerdo con Maslow, las necesidades de un nivel deben ser satisfechas antes que las de un nivel superior. De este modo las necesidades fisiológicas se deben satisfacer antes que las de seguridad." (Kozier, Erb, Olivieri. 1998).

Las necesidades humanas, ponen al hombre en estado de alerta haciéndolo activo, se manifiestan a través de conductas. Y solo se satisfacen cuando la persona, ha tomado conciencia de dicha necesidad.

Maslow define a la necesidad como una carencia, es decir, cuando esta carencia se hace muy intensa en el individuo, se transforma en necesidad.

"Maslow (1943) dividió las necesidades humanas en cinco niveles: fisiológicas, de seguridad (ausencia de), sociales, de estimación, y de autorrealización. El autor estimaba en los inicios de sus estudios, que la persona progresaba en la jerarquía al intentar cubrir sus necesidades básicas. En otras palabras, normalmente las necesidades fisiológicas tendrían la mayor prioridad, por consiguiente, si éstas no se han satisfecho o cubierto las personas pueden estar impedidas o no tener interés por trabajar en las necesidades de un nivel superior" (necesidades humanas, motivaciones y deseos,2004)

"Las necesidades, según Maslow, aparecen de forma sucesiva, empezando por las más elementales o inferiores, de tipo fisiológico. A medida que se van satisfaciendo en un determinado grado, van apareciendo otras de rango superior, de naturaleza más psicológica. El acceso de las personas a las necesidades del nivel superior depende de su nivel de bienestar. Todas las personas tienen necesidades básicas, pero esto no

quiere decir que lleguen a tener necesidades de autorrealización. (Necesidades humanas, motivaciones y deseos, 2004.)

4.1.4. VIRGINIA HENDERSON (1960) 14 NECESIDADES BASICAS.

VIRGINIA HENDERSON no incluye un concepto de necesidad en su trabajo, solo lo fundamenta como las exigencias fisiológicas y aspiraciones de un ser humano. Henderson , señala catorce necesidades básicas en la persona y estas son:

- Respirar normalmente. (necesidad de oxigenación).
- Comer y beber en forma adecuada. (necesidad de nutrición e hidratación)
- Evacuar los desechos corporales. (necesidad de eliminación)
- Moverse y mantener una postura adecuada. (necesidad de movimiento y buena postura)
- Dormir y descansar. (necesidad de descanso y sueño)
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse). (necesidad de usar prendas de vestir adecuadas)
- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales. (necesidad de termorregulación)
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física. (necesidad de higiene y protección de la piel)
- Evitar peligros y no dañar a los demás. (necesidad de evitar peligros)
- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones. (necesidad de comunicarse)
- Profesar su fe. (necesidad de vivir según creencias y valores)
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo. (necesidad de trabajar y realizarse)

-Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas. (necesidad de jugar y/o participar en actividades recreativas)

- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles. (necesidad de aprendizaje).

Haciendo una revisión de los conceptos que maneja Virginia Henderson encontramos los siguientes:

P E R S O N A (P A C I E N T E). Lo contempla como una unidad constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Que es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, que el cuerpo y el alma son inseparables. Y que el individuo sano o el enfermo anhela un estado de independencia. " es un ser total, completo e independiente que tiene 14 necesidades fundamentales" (Kozier, Erb, Olivieri 1998)

S A L U D. No dio una definición propia de salud, la considera como una habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería. La calidad de la salud es lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

E N T O R N O . Virginia Henderson no incluye el concepto de entorno de una manera específica pero si menciona los aspectos socioculturales y factores ambientales como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo.

El modelo de Virginia Henderson se escogió en este proceso de atención según mi punto de vista por que como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería, basándonos en el contexto de necesidades fundamentales que se aplican perfectamente al proceso de atención y ofrece en sus conceptos una visión clara de los cuidados de

enfermería, estos encaminados a conservar y restablecer la independencia del paciente o del individuo, identificando y satisfaciendo las 14 necesidades básicas que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Siendo donde la enfermera determina los cuidados que deben brindarse al individuo sano o enfermo y a su entorno , y es precisamente aquí donde la enfermera en base a sus funciones que le son propias delimita su área de competencia, actuando independientemente del médico, pero apoyándolo en su plan terapéutico.

El aporte teórico que Virginia Henderson dejó a la enfermería se encuentran la definición de enfermería y el enunciado de catorce necesidades básicas lo que permite ratificar que nuestros pacientes en su vida pasada como en el presente o futuro; son individuos con necesidades personales, que tienen derecho a vivir su vida en forma saludable (plena) y a morir con dignidad, con este legado surge actualmente un concepto de cuidados individualizados y respetando su elección a los pacientes se les garantiza una atención adecuada ofreciéndonos la posibilidad de explicar toda la conducta de la enfermería presente y futura.

El modelo de Virginia Henderson es de una terminología de fácil comprensión, resultando coherente con nuestros valores socioculturales, nos permite planificar los cuidados de enfermería estableciendo las necesidades que sean prioritarias para el paciente o jerarquizándolas, aplicando estos cuidados a través de un plan de cuidaos de enfermería, el cual se elabora en la actualidad de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. Con este plan la enfermera identifica su actuación o intervenciones específicas dirigidas a ayudar al paciente para la satisfacción de sus necesidades.

"Henderson plantea que el proceso de enfermería es el mismo que el de las etapas del método científico" (Kossier, Erb, Olivieri 1998)

Además nos permite identificar las funciones que le son propias a la enfermera, como son las acciones que efectúa en el desarrollo de su función propia, para delimitar su área de competencia.

Aclara Virginia Henderson en sus postulados y esto está en debate en la actualidad, que la enfermera forma parte de un equipo multidisciplinar, donde ella colabora con los miembros del equipo, así como estos colaboran con ella.

Virginia Henderson a pesar de no constituir una teoría, fue indiscutiblemente un paso de avance para el desarrollo del pensamiento de las teóricas que le sucedieron. Deja un legado teórico de gran valor, que ha resultado muy útil para que se puedan desarrollar nuevas teorías y sobre todo al avance de la profesión de enfermería.

4. 1.5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

PERSPECTIVA HISTORICA DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia May describía a la enfermería como un proceso.

En 1959 Jhonson, 1961 Orlando y en 1963 Wiedenbach, consideraron un proceso de tres etapas: valoración planeación y ejecución. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación

En 1973, la American Nurses Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso.

En 1973, Gebbie y Lavin, ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería.

Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

En 1980, la ANA declara que " la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales" (Kozier, Erb, Olivieri 1998).

EN 1990 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas.

DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Alfaro lo define como un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados. Otros lo definen como el pensar como enfermería. Marriner añade que es el conjunto de una serie de pasos que intente lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería.

Yura y Walsh 1988. afirman que el Proceso de enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería.

La visión gerencial define el proceso de enfermería como un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente la calidad del cuidado que se presta. Un proceso es una serie de acciones planificadas .

"El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas." (Kozier, Erb, Olivieri.1998).

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo. Es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo,

la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

La utilización del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención. Además de Fomentar la innovación y creatividad de la enfermera.

El proceso de enfermería proporciona al profesional de enfermería ventajas como:

- Educación constante y sistemática.
- Crecimiento profesional.
- Satisfacción en el trabajo.
- Ayuda para la asignación de pacientes.
- Confiabilidad
- Para el empleo en un hospital.
- Evitar acciones legales.
- Las ventajas que proporciona al paciente son:
- Calidad de atención en el cuidado.
- Continuidad del cuidado.
- Calidad en el cuidado.
- Participación de los pacientes en el cuidado.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

- Es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza las necesidades particulares de cada paciente.

- o Es planificado.
- o Está dirigido hacia las metas.
- o Permite creatividad a la enfermera y al paciente.
- o Es interpersonal.
- o Es cíclico.
- o Es aplicable universalmente.

4. 1.6. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

ETAPA DE VALORACIÓN: Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno." (duenas,PAE,2004).La primera etapa es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta etapa ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos, es la base de la actuación y la toma de decisiones para plantear las siguientes etapas se recopila la información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales, y espirituales . Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: " Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería." (duenas, PAE,

2004). La segunda etapa es el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería, y para que se consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia de la profesión. Los diagnósticos de enfermería de acuerdo a Carpenito se clasifican en : De bienestar, real, de alto riesgo o posible.

El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.

El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe

constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

Diagnóstico de bienestar: potencial para favorecer la paternidad.

Diagnóstico de alto riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades domésticas, dieta y medicamentos.

Diagnóstico posible: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.

Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto, relacionado con anorexia, cambios en el gusto, náuseas/vómitos persistentes, y aumento del índice metabólico. " (A.Roldan 1999)

"El enunciado básico del diagnóstico de enfermería en 3 partes se denomina formato PES (problema + etiología + signos y síntomas)" (Kozier B, Erb G, 1999). Cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de Dorothea Orem; necesidades humanas de Virginia Henderson o patrones funcionales de Margory Gordon.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase relacionado con, la cual se indica r/c.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA. Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología. Al elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas:

- Usar términos técnicos.
- Evitar juicios de valor.
- Escribir el diagnóstico como respuesta o problema sujeto
- La primera parte solo debe enunciar el problema.
- Escribir con relación a ó relacionado con,
- La primera y segunda parte deben ser diferentes.

El diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en:

- Independientes (las realiza profesional de enfermería.)
- Dependientes (derivadas de ordenes médicas.)
- Interdependientes (relacionadas con otros miembros del equipo de salud.)

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: "Es donde se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud " (duenas, PAE, 2004).La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas:

- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería, es decir cuales necesitan atención inmediata y cuales pueden ser tratados en un momento posterior. Teniendo por objetivo ordenar el suministro de los cuidados de enfermería.
- Determinación de objetivos o metas esperadas : lo que se desea lograr con el paciente y determinar si se alcanzó o no el objetivo. Estas metas, deben ser claras y concisas, ser observables y medibles. Se desarrollan las acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.
- Planeación de las intervenciones de enfermería: destinadas a ayudar al paciente y al logro de las metas de cuidado, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Estas deben de ser coherentes con el plan de atención, basadas en principios científicos, ser individualizadas, deben quedar escritas, van modificando cuantas veces sea necesario y deben generar enseñanza al paciente que se está atendiendo.

ETAPA DE EJECUCIÓN: "Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados" (duenas,PAE, 2004). Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados consta de varias actividades:

- Validar el plan determinando si el plan es realista y ayuda al paciente a lograr las metas esperadas, si se han considerado las prioridades del paciente, y si el plan cubre las necesidades particulares del paciente.
- Documentación del plan de atención para comunicar el plan de atención al personal de todos los turnos y debe de estar escrito. Suministrando y documentando la atención de enfermería.
- Continuar con la recopilación de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo y para establecer cambios en la atención de acuerdo a la evolución del paciente.

ETAPA DE EVALUACIÓN: "Consiste en comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos" (duenas, PAE,2004). En esta etapa del proceso se valora la respuesta del paciente a las actividades de enfermería. Se evalúa el logro de los objetivos, con el propósito de decidir si el objetivo se logró, si fue un logro total o un logro parcial. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación. La revaloración del plan de atención, nos ayuda a cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería por presentarse las siguientes situaciones:

- Que las prioridades o necesidades del paciente hayan cambiado.
- Que su necesidad haya sido resuelta.
- Que se logró el objetivo pero el problema aún existe.
- Que el objetivo no se logró o solo se logró parcialmente.

En esta etapa también se evalúa la satisfacción del paciente que se está atendiendo. Si los objetivos no se han conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados. Este reajuste debe implicar cambios en alguna o todas las fases del PAE. La evaluación ayuda al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos. Proporcionando además un marco de responsabilidad a las enfermeras.

5. CASO CLÍNICO.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Se trata de paciente pediátrico del sexo masculino de 11 años de edad, el cuál se encuentra en la Unidad de Trasplante Renal del Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional SXXI.

Padecimiento actual: se encuentra paciente en cuarto aislado, en cama, con posición libremente escogida, conciente, orientado, quejumbroso, ligera palidez de tegumentos, mucosa oral con regular hidratación, campos pulmonares con movilidad dentro de lo normal, ligeros estertores, abdomen depresible con presencia de ruidos intestinales y herida quirúrgica cubierta con apósito limpio y seco, catéter Tenckhoff cerrado, con catéter subclavio central permeable, sonda vesical a circuito cerrado funcionando adecuadamente.

Se encuentra adinámico, refiere que con dolor de garganta y de su herida quirúrgica. Con signos vitales de FC.78, FR.18, TA.140/90. TEMP.36.8oC.

Antecedentes patológicos: cursa desde los 6 años de edad con insuficiencia renal crónica por glomerulonefritis, con 4 años con diálisis peritoneal cursando con múltiples cuadros de peritonitis , actualmente se dializaba con máquina cicladora se hacía 4 cambios durante la noche llevando una mejor calidad de vida. Se le diagnosticó insuficiencia renal terminal hace un año e inicia con protocolo de Trasplante Renal con donador vivo relacionado (su mamá le donó su riñón).

Es un paciente aparentemente con buenos hábitos higiénicos, presenta ansiedad por aprender como llevará su tratamiento médico y cuidados en su casa y angustia por si presentara algún tipo de rechazo en su riñón trasplantado.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTRETICIA

6.- Instrumento de valoración de enfermería: Necesidades humanas.

Ficha de Identificación:

Nombre del paciente: Martín Alberto Rangel Arias Edad: 11 años

Peso: 40 Kg. Talla: 1.40

Fecha de Nacimiento: 13 - Mayo - 93 Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante.

Escolaridad: 4° año de primaria Fecha de admisión: 6 - Dic - 2004

Edo. Civil: Soltero

Procedencia: DF delegación Xochimilco Fuente de información: Indirecta (Madre)

Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la familia / persona significativa: Hijo más chico, el segundo de dos.

Teléfono: 57 93 01 55 No. de Registro: 0178 58 0589 3M OR

Servicio: U. T. R. No. de cama: 05

1. Necesidad de Oxigenación:

Subjetivo: (información que proporciona el paciente / familiar)

Dificultad para respirar, debido a: Dolor de garganta y al hablar.

Tos productiva / seca: Tos / Seca

Características de las secreciones: Ausentes.

Dolor asociado con la respiración Si

Fumador: No Tiempo: No Cantidad de cigarrillos: No

¿De acuerdo al estado emocional varia la cantidad de cigarrillos?

Objetivo: (valoración que realiza el alumno)

Presencia de:

Disnea: No Sin esfuerzo: No Con esfuerzo: No

Tos: Productiva / seca: Accesos de tos infectiva seca.

Características de las secreciones:

Hialinas: No Amarillo-verdosas: No Hemoptisis: No

Otras: _____

F. R. 18x' T/A 140/90 F.C. 78x' PVC 10.5ml.de agua.

Dolor asociado a la inspiración o espiración: No

Tabaquismo: positivo/negativo: Negativo Síndrome de abstinencia: No

Uso de O2: _____ Puntas nasales: No Mascarilla: Indicación de nebulizador húmedo continuo Ventilador: No

Parámetros del ventilador: No

Presencia de cánula endotraqueal/Traqueostomía: Cánula endotraqueal durante la cirugía

Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal:

Palidez: + Cianosis: No Rubicundez: No Otros: Garganta inflamada (edema) por presencia de cuerpo extraño intubación.

Llenado capilar: 2"

Resultados de laboratorio:

Gasometría:

Ph 7.35

PCO2 35

PO2 70

HCO3 23

Déficit de base 2.3

Sat. De o2 96

B.H. 13

Otros: Plaquetas 4000,000 m m3

Fármacos específicos: Nifedipina 5gts. sublingual P.R.N. , Captopril 1 tableta c/ 8 horas.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Subjetivo:

Dieta

Habitual: Queso, leche taza chica descremada, pollo sin piel, frijoles, huevo, verduras 3 veces a la semana, frutas, menos jitomate, plátano, guayaba, lo que puede comer.

Numero de comidas: 3.

Trastornos digestivos: No presenta se encuentra en ayuno hasta nueva orden.

Intolerancia alimentaria / alergias: Ninguna solo come los alimentos permitidos.

Problema de masticación y deglución: No.

Aumento de peso: No aumento de peso. Pérdida de peso: Después de la cirugía

Realiza ejercicio: Ocasionalmente.

Uso de suplemento alimenticio: Caltrate, Ensure Uso de fármacos: No.

Ingestión de sustancias que reducen el apetito: No.

Otros: Refiere que tiene hambre, que si puede comer algo.

Objetivo:

Dieta indicada: Actualmente en ayuno, iniciara con líquidos y dieta blanda hasta el 2º día post-cirugía.

Coloración de la piel: Ictérica: No Pálida: + Grisacea: No.

Estado de la piel: Turgencia: No Hidratada: Regularmente hidratada
Seca: No
Estado de mucosas: Integras: _____ Hidratadas: Se le reponen líquidos
Deshidratadas: No
Constitución: Endomorfica: _____ Ectomorfica: Delgado con abdomen
globoso
Características de cabello y uñas: Escaso bien implantado
Aspecto de dientes y encías: Adoncia: No Adantulia: No
Afección y manifestaciones de tubo digestivo: No presenta afección del tubo
digestivo.
Parámetro de P. V. C.: Oscilo entre 10 a 12 mg h2o

Resultados de laboratorio:

Q. S.: Glucosa 80 mg / dl

B. H.: Leucocitos 7,000 / mm³ Eritrocitos 5millones / mm³ Hemoglobina
13 mg

Electrolitos sericos:

Enzimas sericas: TGP - 20

Cl 95 meq.

DLH: -250

Na 140 meq.

K 4.0 meq.

Glucemia capilar: Entre 80 y 120 mg

P 2.5 meq.

Guayaco: Negativo

Mg. 1.5 meq.

Ca 4.0 meq.

Fármacos específicos: Hierro, Calcio, Ranitidina

3. Necesidad de Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 2 veces al día. Características de las heces:
Formadas

Orina: No orina Menstruación: No

Antecedentes de afecciones renales, hemorragias u otras: Le detectaron
insuficiencia renal por glomerulonefritis a la edad de 6 años cuando iba a
entrar a la primaria

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: Sometido a diálisis
peritoneal hace 4 años y desde hace 1 año con diálisis peritoneal
automatizada (cicladora).

Presencia de hemorroides: No

Dolor al evacuar: No Prurito: No Sangrado: No

Dolor al orinar: No Otros: No orina programaba la cicladora para 4
cambios durante la noche.

Objetivo:

Auscultación del abdomen: Presencia de cateter Tenckhoff y herida
quirúrgica del trasplante

Características del abdomen: Globoso depresible Estomas: No
Ruidos intestinales: Disminuidos pero presentes
Palpitación de vejiga urinaria: Palpable no dolorosa Volumen urinario:
Reposición de excreción urinaria volumen por volumen ejemplo si orina en una hora 50 ml. Se pasan los mismos 50 ml. De soluciones de reposición.
Características de orina: Orina amarilla clara
Características de las evacuaciones: Formados color café
Presencia de edema: No Características de drenaje: S. Foley a circuito cerrado drenando orina de 80 a 120 ml. Por hora de características macroscópicas normales

Resultados de laboratorio:

E. G. O. PH (5.5) Densidad (1.010) Albúmina (-) Glucosa (-) Prot (+) Hemoglobina (Trazas)
Urea 25.0 mg / dl
Creatinina 0.8 mg / dl
BUN Nitrógeno Ureico Sanguíneo 17 mg / dl
Osmolaridad serica: 1.010
Coproparasitoscopico: Negativo
Coprocultivo: Negativo
Otros: TORCH Negativo
Fármacos específicos: Dopamina en infusión continua

4. Necesidad de termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si
Temperatura ambiental que le es agradable: Temperatura medio, pero si hace calorcito mejor

Objetivo:

Temperatura corporal: 36.8 °C
Características de la piel: Fría: No Caliente: Si
Húmeda: No
Transpiración: Mínima Transpiración
Condiciones del entorno físico: La U. T. R. Cuenta con calefacción. Entorno con Temperatura agradable
Otros: _____

Resultados de laboratorio:

Formula blanca: Leucocitos - 12,500 , Linfocitos - 36 , Monocitos - 5 , Eosinófilos 2.4 , Basófilos 0.5 , Segmentados 51 , En banda 3.0
Pruebas febriles: Negativo

Urocultivo: Negativo
Cultivo de secreciones: Negativo
Hemocultivo: Negativos
Otros: Cultivo Líquido Diálisis Negativo
Fármacos específicos: Imipenem IV como Profiláctico y Cefalotina

5. Necesidad de moverse y mantener buena postura:

subjetivo:

capacidad física cotidiana: Disminuida por su padecimiento, se cansaba muy rápido antes del trasplante.

funcionamiento neuro-muscular y esquelético: Normal.

Ejercicio, tipo y frecuencia: Casi no hace ejercicio, pero si camina casi a diario por lo menos 15'

Uso de prótesis y ortesis: No.

Objetivo:

Nivel de conciencia: Conciente, orientado, quejumbroso.

Estado del sistema neuro-muscular y esquelético (estado del Sistema Nervioso): Normal.

Fuerza: Buena después de su cirugía Tono: Normal

Motricidad: Normal.

Sensibilidad: Aumentada post - cirugía Postura: Se le dificulta mantenerse en posición confortable.

Ayuda para la deambulacion: Solo cuando se mueve en la cama y eso por que presenta dolor por herida quirúrgica.

Presencia de temblores: No.

Como influyen las emociones en la movilidad y postura: En la movilidad presenta gemidos, muecas y en la postura únicamente mientras cambia de posición se agita.

Resultados de laboratorio: _____.

Otros: Presenta malestar y dificultad para moverse.

Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al caso: No es necesario.

Fármacos específicos: Administración de analgésicos prescritos, buprenorfina, meperiden a dosis continua y de rescate.

6. Necesidad de Descanso y Sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: Descansa lo mas que puede

Horario de sueño: 22:00 a 6:00 hrs

Siesta: Si toma siesta durante el día Alteración del sueño: Si presenta

¿A que considera que se deba la alteración del sueño? Refiere que la enfermera entra muy seguido a su cuarto.

¿Se siente cansado al levantarse? Si se siente cansado, pues lo despiertan cada hora para la toma de signos vitales .

Objetivo:

Actitud: Ansioso: Porque ya quiere caminar para ver a su mama Angustiado: Angustia refiere porque valla a rechazar el riñón Irritable: No se encuentra irritable. Colabora con sus cuidados .

Ojeras: Si presenta pero muy tenues Atención: Presta atención

Bostezos: Presenta bostezos .

Concentración: Se concentra en lo que pasa a su alrededor

Apatia: Solo cuando ya esta muy cansado Cefalea: No requiere cefalea

Respuesta a estímulos: Respuesta a estímulos presentes .

Otros: No .

Fármacos específicos: Para Descanso o dormir no .

7. Necesidad del Uso de Prendas de Vestir adecuadas:

Subjetivo:

¿Elige su vestuario en forma personal? Si el lo elige .

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? No el se encarga de hacerlo solo .

¿Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos? Si , le gusta andar cómodo y con zapato tennis .

¿Utiliza pañal? No lo requiere .

Objetivo:

¿Acepta el sudo de bata hospitalaria? Si, pero dice que cuando le retiren la sonda se pondrá su pantalón de pijama .

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Si y adecuada .

Otros: _____

8. Necesidad de Higiene y Protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: Diario el baño y aseo de cavidades .

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 2 veces al día .

Aseo de manos, antes y después de comer: Si y muy marcado .

Después de eliminar: Si Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos? Nada limita sus hábitos higiénicos .

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: Si aspecto en general es limpio

Olor corporal: No presenta olor desagradable Presencia de halitosis: No presenta mal aliento .

Higiene y características de las uñas: Uñas cortas y limpias bien implantadas.

Estado del pelo y cuero cabelludo: Pelo escaso, cuero cabelludo integro y limpio.

Lesiones dérmicas:

Ulceras por decúbito (presión): No presenta Intervención quirúrgica: La cirugía, del cateter y la del trasplante

Micosis: No presenta Puntas de presión en salientes óseas: No presenta.

Zona de injerto: No presenta Lesión por quemaduras (espesor): No presenta

%S. C. Q. No presenta Otros: Cateter subcalvio central.

Anotar en el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

Claves:

- Herida quirúrgica (tipo de incisión)
- Úlcera por decúbito
- Bolsa de drenaje
- Quemadura
- Micosis
- Injerto
- Presión en salientes óseas

Fármacos específicos: Para evitar el rechazo, corticoesteroides, ciclosporina, azatioprina.

9. Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

¿Vive solo o con su familia? Familia (hermano mayor, padre y madre)

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si se las han enseñado en la escuela y en el hospital.

En caso de ser afirmativo, mencione cuales:

Hogar: No jugar

Trabajo: No

Vía pública: Pasar en la esquina y cuando se encuentre el alto a los automóviles.

Hospital: Aceptar lo que me dicen en el servicio de trasplantes, no vio a sus padres durante cuatro días.

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? Acude mensualmente al medico o antes si es necesario.

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria? Autoconcepto, autoimagen, autoestima: El se siente guapo, aunque le dicen que con la ciclosporina se va a poner gordito.

Mencione las causas que considera que le puedan provocar peligro:
Dificultad para; Escuchar: No presenta Hablar: No presenta
Ver: No presenta
Desplazarse: No presenta Uso de aparatos ortopédicos: No los utiliza
Otros: _____

Objetivo:

Afecciones corporales detectadas y a grado de afección: Las condiciones de la herida quirúrgica sitio de entrada del cateter y sonda urinaria, no presenta afecciones corporales.

Metodos invasivos: Cateter subclavio, cateter tenckhoff, sonda foley en circuito cerrado (por 5 dias).

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente:

Iluminación: Buena iluminación Ventilación: Buena ventilación

Humedad del piso: No presenta Higiene: Se llevan técnicas asépticas

Otros: Aislamiento protector minimo 4 dias posterior a la cirugía

Fármacos específicos: Antibióticos Céfaloína, Ceftacídina, Imipenem como profiláctico

10. Necesidad de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: Soltero Años de relación: _____ Vive con: Padres.

Causas de preocupación/estrés: Que el trasplante no funcione.

¿Manifiesta estas preocupaciones? Si

¿A quien? Padres y a enfermería. Rol de estructura familiar: Hijo más chico y más consentido.

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? Si continuamente.

¿Cuánto tiempo, pasa solo? Una hora.

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? Si, amigos de la escuela.

¿Con que frecuencia? Diario, cuando va a la escuela.

Objetivo:

Habla claro: Si se da a entender Confuso: No esta confuso Dificultad en la visión: No presenta. Dificultad en la audición: No presenta.

Comunicación verbal / no verbal: Presente mas la comunicación verbal.

Con la familia: Si y desea que pasen mas tiempo con el.

Otras personas significativas: Dos tíos paternos que son bomberos y un amigo de la escuela.

Otros: _____

11. Necesidad de vivir Según Creencias y Valores:

Subjetivo:

Creencias religiosas: Católico.

¿Sus creencias les generan conflictos personales? No generan conflictos.

¿De tipo? _____.

Principales valores personales: Le gusta obedecer.

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? Si es congruente.

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte? Vivir es bonito y si su riñón funciona va a vivir mejor y poder hacer mas cosas que a el le gustan tiene miedo a morir y que no funcione el riñón que le dio su mama.

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso). Movimiento familiar religioso, pertenecen a un grupo de movimiento familiar religioso.

¿Permite la exploración física? Si no le causa problema.

¿Tiene algún objeto indicativo, de valores o creencias? Un rosario que nunca deja.

¿Demanda la atención de algún espiritual? No por el momento pero prefiere que cuando salga del hospital va a ir mas a misa.

Otros: _____.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse:

Subjetivo:

Fuente de ingreso: (jubilado, pensionado, otro) _____.

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? _____.

¿Qué actividades le hace sentir útil y satisfecho? Ir a la escuela y ayudar a su mamá.

¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar? _____.

Objetivo:

Estado emocional del paciente:

Calmado: _____ Si _____ Ansioso: _____ No _____

Enfadado: No

Retraído: _____ No _____ Temeroso: _____ Si _____

Irritable: No

Inquieto: _____ No _____ Eufórico: _____

Otras manifestaciones: _____.

13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Camina a diario y a veces anda en bicicleta cuando su hermano sale con el

¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? Hacer mas cosas. Pero no las realizaba por la diálisis.

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? Solo participa en el programa del hospital a pacientes con diálisis y va a los campamentos que se realizan.

Objetivo:

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? No presenta ninguna afección.

¿Rechaza las actividades recreativas? No pero no las puede realizar como el quisiera.

Se observan cambios en el estado de animo al realizar actividades lúdicas o recreativas?

Si, se mantiene ocupado en pintar o leer, para no pensar en su trasplante.

Otros: _____

14. Necesidad de Aprendizaje:

Subjetivo:

Grado académico: 4° año de primaria Problemas de aprendizaje: No presenta problemas

Limitación cognitiva: No tiene ninguna limitación solo por sus faltantes

Tipo: Solo por tiempos de hospitalización y estudios. Preferencias: Le gusta mucho leer

Escribir: Si le gusta pero mas leer ¿Conoce / utiliza, las fuentes de apoyo de aprendizaje? Si las conoce y las utiliza. (libros, crucigramas, etc)

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? Si y pregunta todo lo relacionado con su trasplante.

Otros: Tiene muchas dudas sobre su tratamiento médico y como lo va a llevar en su casa. Por cambios que deba llevar.

Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? No presenta ninguna afección.

Estado de los órganos de los sentidos: _____

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje?

Ansiedad: Por aprender lo de su tratamiento

Dolor: _____ Apatía: Una poca refiere que hasta que este bien.

Estado de memoria: Reciente: Si Remota: Como que perdió noción del tiempo no le afecta si estudia Otras: Se tiene que aprender sus medicamentos que va a tomar, para que son, las dosis y horarios de los mismos.

7. JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

1.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de infección relacionado con el tratamiento de inmunosupresión posterior a trasplante renal.

2.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con trasplante de riñón derecho manifestado por reposición de volumen urinario, eliminación de orina amarilla clara a través de sonda urinaria a circuito cerrado.

3.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Perfusión tisular inefectiva de tipo renal relacionado con hipovolemia manifestado por oliguria o anuria, cambios en la temperatura de la piel en el sitio del riñón trasplantado y aumento de la presión sistémica.

4.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de volumen de líquidos relacionado con reposición de líquidos manifestado por pérdida de peso corporal posterior a cirugía por ayuno indicado, por mucosas regularmente hidratadas y el paciente refiere tener hambre y sed.

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno de la movilidad física relacionado con dolor producido por incisión quirúrgica manifestado por, sensibilidad aumentada, malestar a la movilidad, inquietud y quejumbroso.

6.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con intubación endotraqueal durante la cirugía, manifestado por dolor de garganta, accesos de tos y el paciente refiere que no puede hablar.

7.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO-

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro del patrón del sueño relacionado con interrupciones continuas por procedimientos terapéuticos, manifestado por ansiedad por estar aislado, angustia, y temor secundario a la pérdida o rechazo de su riñón trasplantado, apatía cansada al despertarse y cuando la enfermera entra a su cuarto.

8.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar los conocimientos relacionados con su tratamiento terapéutico.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 8.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Rangel Arias Martin Alberto. N° de Seguridad Social: 0178 58 0589 4M OR
 Edad: 11 Años. Peso: 40Kg. Talla: 1.40 cm. Ocupación: Estudiante Escolaridad: 4° Año de primaria
 Estado Civil: Soltero Religión: Católico servicio: U.T.R. fecha de ingreso: 6/DIC/04
 1.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION	EVALUACION
Alto riesgo de infección relacionado con el tratamiento de inmunosupresión posterior a trasplante renal.	Los receptores de riñón son sensibles a cicatrización defectuosa e infecciones por el tratamiento inmunosupresor, que elimina la respuesta inmunitaria y tornan al paciente mas vulnerable a infecciones oportunistas (por hongos, virus y bacterias), el paciente debe mantenerse en un ambiente libre de microorganismos y protector para disminuir el riesgo de infección.	El paciente se mantendrá en aislamiento protector durante cuatro días posterior al trasplante.	-Colocar al paciente en habitación individual necesaria (aislamiento protector) mantener puerta cerrada y en la antesala la colocación de batas estériles para su uso antes de entrar a la habitación.	El aislamiento protector disminuye el riesgo de infección cruzada y la posible diseminación de la infección actuando como barrera, en pacientes inmunocomprometidos para reducir un posible contacto con microorganismos que puedan desencadenar algún tipo de infección.	El paciente evita y toma las precauciones apropiadas para impedir una posible infección, cursando sin signos de enrojecimiento o infección en la herida quirúrgica, los extremos de la misma permanecen juntos e intactos.

		<p>Lavado quirúrgico de manos al inicio de turno, antes de entrar a la sala del paciente y cuantas veces sea necesario.</p>	<p>El lavado quirúrgico de manos por medio del cepillado enérgico facilita el desprendimiento de la flora natural de la piel, con la separación mecánica física y antiséptica se barren los microorganismos y flora bacteriana residente, con lo que se evita la transmisión de microorganismos del personal de enfermería al paciente pediátrico.</p>	<p>El punto de inserción del catéter y sonda vesical permanecen libres de olores, y de secreciones, se mantienen secos y limpios la temperatura corporal se mantiene dentro de límites normales 36.8°C y 37°C</p>
		<p>Instruir al paciente y su familia sobre las practicas asépticas dentro de la U.T.R. (lavado de manos antes de entrar con el paciente y después de ir al baño, uso de gorro, bata y cubrebocas).</p>	<p>La comprensión del paciente y familiares de que es obligatorio llevar a cabo medidas preventivas dentro de un hospital, reduce el riesgo de complicaciones y esto evita que se produzca una posible infección.</p>	

			<p>Utilizar técnica aséptica durante los cambios de apósitos de herida quirúrgica, vaciamientos de bolsas de drenaje urinario, y sistemas invasivos (sondas, catéteres, venoclisis etc.)</p>	<p>La técnica estéril es una técnica necesaria para proteger al paciente de colonizarlo con otros macroorganismos patógenos. La piel y las mucosas son la primera línea de defensa del organismo contra los microorganismos, cuando existe discontinuidad e una puerta de entrada de los mismos, estas técnicas ayudan a reducir el riesgo de lesión y de infecciones cutáneas.</p>
			<p>Registro y control frecuente de las constantes vitales especialmente la temperatura, el pulso y la respiración.</p>	<p>La temperatura elevada puede indicar una infección en la herida quirúrgica que retrasaría su cicatrización y el estado general del paciente.</p>

			<p>Explicar al paciente y familia sobre el mayor riesgo de infección y recalcar la importancia de avisar inmediatamente en caso de aparecer cambios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -valorar zona de incisión quirúrgica documentando algún hallazgo anormal (cambio de coloración o temperatura) -valorar cambios en punto de inserción de métodos invasivos (catéteres, sondas vesicales, etc.) para detectar posibles signos de inflamación o infección. <p>Fomentar las actividades recreativas, como escuchar música, leer, colorear etc.</p>	<p>Es necesaria una mayor vigilancia en busca de cambios o presencia de infección en una persona con tratamiento inmunomodulador, ya que este disminuye la producción de anticuerpos del paciente y lo hace más susceptible a adquirir algún tipo de infección oportunista.</p> <p>Las actividades recreativas ayudan a que el paciente presente bienestar físico y emocional y más aceptación en su estado de salud.</p>
--	--	--	---	---

				ayudan a reducir los sentimientos de aislamiento y soledad.	
--	--	--	--	---	--

			<p>Administración de antibióticos prescritos (cefalotina, ceftacidina, Imipenem, etc.)</p>	<p>La terapia antibiótica que se basa en el conocimiento del microorganismo causal es el tratamiento de elección para erradicar una infección, disminuyen la incidencia o la gravedad de la infección en contra de algún proceso infeccioso.</p>	
			<p>Curación de herida quirúrgica usando técnica aséptica, cambio de gasa o apósito si se observa que se encuentran sucios o húmedos.</p>	<p>La atención meticulosa a los principios de asepsia y el mantener la herida quirúrgica limpia y seca mediante una curación con el empleo de técnica aséptica disminuye la proliferación de microorganismos, las secreciones son medio de cultivo excelente para las bacterias.</p>	

2.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION	EVALUACION
<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con trasplante de riñón derecho manifestado por reposición de volumen urinario, eliminación de orina amarilla clara a través de sonda urinaria a circuito cerrado.</p>	<p>Los riñones desempeñan un papel fundamental en el equilibrio hídrico y en el electrolítico, en el ácido base y en la excreción de sustancias tóxicas, los signos y síntomas de desequilibrio hídrico se definen generalmente en términos de cambios en el líquido extracelular se relacionan con la pérdida o incremento de agua y electrolitos que tiene el organismo en cantidades normales. La excreción urinaria nos permite calcular en forma directa lo excretado con la ministración de las soluciones de reposición.</p>	<p>El paciente mantendrá un patrón urinario dentro de límites normales.</p>	<p>Monitorización y registro de las constantes vitales y presión venosa central cada hora.</p> <p>Administración de líquidos intravenosos -para mantenimiento -para reposición de la excreción urinaria volumen por volumen (soluciones de reposición).</p>	<p>La hipervolemia o hipovolemia, originan aumento o descenso de la presión oncótica, la fuerza de la contracción cardíaca esta determinada por la acción del bombeo del corazón sobre el volumen circulante de la sangre. Hay una sobrecarga circulatoria si existe deterioro de la función renal.</p> <p>Los líquidos y electrolitos actúan como reactivos en reacciones químicas del organismo, al reponer la excreción urinaria en forma directa, calculando el volumen excretado y la administración de solución de reposición se evita un desequilibrio hídrico.</p>	<p>El paciente orina de 80 a 100 ml. Por hora, eso mismo se repone con soluciones de reposición por vía intravenosa, la sonda vesical se mantuvo libre de obstrucciones drenando orina de características macroscópicas normales, color amarilla clara, el resultado de los reactivos en orina fueron de: proteínas trazas, y una densidad urinaria de 1.010 los demás valores negativos.</p>

			<p>Mantener el equilibrio entre ingresos y eliminación con soluciones de reposición.</p> <p>Preparación de soluciones de reposición con técnica aséptica.</p>	<p>Los registros exactos de ingresos y egresos de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente. Esta actividad nos indica si el aloinjerto y la función renal están funcionando adecuadamente.</p> <p>Las soluciones de reposición se preparan con material y técnicas asépticas para, proteger al paciente de colonizarlo con otros microorganismos patógenos, se preparan únicamente las que se utilizan en el turno con 500ml de sol. Cloruro de sodio 0.9% y 500ml de solución inyectable estéril.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>Valorar densidad, características y cantidad de diuresis horaria.</p> <p>Administración de agentes inotrópicos en infusión continua, según indicación médica (dopamina, dobutamina).</p>	<p>La orina es una solución acuosa de sustancias de desechos nitrogenados, urea y sales inorgánicas que se extrae del plasma. La densidad normal es de 1.005 a 1.025 se modifica con el estado de hidratación, si está diluida o muy concentrada refleja la capacidad del riñón para concentrarla.</p> <p>Estos medicamentos inhiben la reabsorción tubular renal de sodio y aumentan la eliminación urinaria por su efecto inotrópico, es decir de efectos variables como en el mesentérico y el renal que ocasionan vasodilatación aumentando ligeramente la presión arterial para mantener una perfusión renal adecuada.</p>
--	--	--	---	---

			<p>Realización de reactivos (labstix en orina) para obtener valores de la excreción urinaria del paciente.</p> <p>Observar color, volumen, olor y otros constituyentes de la orina.</p> <p>Fijación de sonda vesical.</p>	<p>Los reactivos nos proporcionan información inmediata de la disminución o aumento del peso específico de la orina, así como la presencia de algún otro elemento, que puede ser indicativo del deterioro de la función renal.</p> <p>Brinda información sobre el adecuado gasto urinario condición y permeabilidad del sistema de drenaje y desechos urinarios.</p> <p>La fijación eficaz de la sonda urinaria a circuito cerrado previene el movimiento o deslizamiento de la misma y del tubo de drenaje, permite movilidad para el paciente y que el flujo de orina permanezca constante.</p>
--	--	--	---	---

			<p>Corroborar permeabilidad de sonda urinaria.</p>	<p>La permeabilidad de la sonda permite la salida de la orina sin obstrucciones, para cuantificar la cantidad excretada valorando el estado hidrico del paciente y así poder hacer la reposición de líquidos. Esta se mantiene por cinco días posterior al trasplante.</p>	
			<p>Mantener la bolsa colectora por abajo de la vejiga.</p>	<p>Con esto se evita el flujo retrogrado de orina hacia las vías urinarias reduciendo el riesgo de una posible infección bacteriana.</p>	
			<p>Ordeñar cada hora la sonda vesical en dirección de la bolsa colectora de orina.</p>	<p>Ordeñando el tubo de drenaje se evita que se tape con coágulos y fibrina. La vigilancia continúa para conservar la permeabilidad de la sonda reduce al mínimo una posible complicación.</p>	

			<p>Cambio diario o cada 24 hrs. De la bolsa colectora de orina.</p>	<p>Esta actividad reduce el riesgo de contaminación del sistema de drenaje eliminando un posible sitio de invasión bacteriana ya que el estancamiento de orina en la bolsa colectora contribuye al crecimiento de las bacterias.</p>	
			<p>Observar continuamente el estado de conciencia del paciente.</p>	<p>Los pacientes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por la disminución del volumen del líquido intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales.</p>	

			<p>Ministración de antihipertensivos indicados (captopril, hidralazina, enalapril, nifedipina).</p>	<p>Algunos antihipertensivos interfieren en el sistema renina-angiotensina-aldosterona, favoreciendo la disminución del potasio en el suero y la eliminación de sodio y agua, disminuyendo la dilatación de los vasos sanguíneos.</p>	<p>Iniciará la vía oral con líquidos hasta el 2° día.</p>
			<p>Ministración de tratamiento inmunosupresor de inmediato posterior al trasplante por vía intravenosa o vía oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> -ciclosporina -prednisona -azatioprina 	<p>Reducen al mínimo los mecanismos de defensa del organismo, intervienen en la supresión de la inmunidad humoral y celular inhiben las reacciones inflamatorias agudas o crónicas y sobre los linfocitos T que son los parcialmente responsables del rechazo del trasplante.</p>	

			<p>Buscar, notificar e informar al paciente signos y síntomas de riesgo que pueden precipitar un posible rechazo renal (hipertensión arterial, disminución del volumen de orina, hipersensibilidad o dolor, aumento del drenaje de la herida quirúrgica, fiebre, malestar, aumento de la creatinina en suero, aumento de peso).</p>	<p>El paciente debe tomar conciencia de los factores de riesgo, puede ayudar a reducir la aparición y disminuir algún proceso que da como resultado el deterioro progresivo de la función del riñón trasplantado.</p>	
			<p>Ayudar, informar y enseñar al paciente sobre las medidas higiénicas dentro del hospital y en el cuidado de su higiene personal.</p>	<p>El paciente sometido a trasplante renal se encuentra inmunosuprimido y si no se efectúan medidas higiénicas adecuadas pueden ocasionar deterioro fisiológico en el paciente y por ende del riñón trasplantado.</p>	

4.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION	EVALUACION
<p>Déficit de volumen de líquidos relacionado con reposición de líquidos manifestado por pérdida de peso corporal posterior a cirugía por ayuno indicado, por mucosas regularmente hidratadas y el paciente refiere tener hambre y sed.</p>	<p>El volumen de orina secretado depende de la magnitud de filtración glomerular y de la reabsorción tubular, es necesaria una terapia y control vigoroso con líquidos para evitar una posible hipovolemia o hipervolemia al paciente que ha sido trasplantado de riñón, un dato indicativo de deshidratación es la sed.</p>	<p>El paciente mantendrá un equilibrio normal de ingresos y egresos diarios de líquidos y electrolitos.</p>	<p>Estricto control de entradas y salidas de líquidos, cuantificación de diuresis horaria y líquidos intravenosos.</p> <p>Administración de líquidos y electrolitos por vía intravenosa.</p>	<p>Esta actividad nos permite llevar un control estricto de ingresos y egresos de líquidos, en 24 horas. Ayudando a detectar signos de desequilibrio hídrico indicativo de la función renal.</p> <p>La infusión de líquidos y electrolitos y sustancias por vía intravenosa tiene la ventaja de su rápida absorción, el agua constituye del 50% al 60% del peso corporal, así proporcionamos al paciente sus requerimientos diarios de líquidos y electrolitos de sostén para mantener el equilibrio ácido-base y por que el paciente está en ayuno.</p>	<p>El paciente mantiene un equilibrio de líquidos y electrolitos normal posterior a la cirugía, al segundo día pierde un mínimo de peso, producido por que anterior al trasplante presentaba edema. El paciente continua en ayuno durante 48 horas mas.</p>

			<p>Toma y registro de peso diario de preferencia a la misma hora y con misma báscula. (en busca de brusco aumento o pérdida de peso).</p> <p>Observar y controlar en el paciente signos específicos de exceso o déficit de líquidos (valorar mucosas orales, diuresis aumentada o disminuida, turgidez de la piel, edema, orina concentrada, etc.)</p>	<p>Una brusca pérdida de peso hace pensar en un balance nitrogenado negativo o pérdida de líquidos; un aumento de peso, en una retención de líquidos y de sodio.</p> <p>El descenso del volumen circulatorio provoca resequeidad en los tejidos y disminución de la orina, manifestado por deshidratación, la detección temprana permite la reposición de líquidos para corregir un déficit, al contrario la sobre hidratación es exceso de agua manifestado por edema.</p>	
--	--	--	--	---	--

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION	EVALUACION
<p>Trastorno de la movilidad física relacionado con dolor producido por incisión quirúrgica manifestado por, sensibilidad aumentada, malestar a la movilidad, inquietud y quejumbroso.</p>	<p>El Sistema Nervioso Autónomo inerva estructuras viscerales como, corazón y glándulas. Actuando por reflejos que se inician en cualquier receptor, regula y dirige actividades en que no interviene la conciencia, actúa en las terminaciones de los nervios activados sensibles a los estímulos dolorosos (quirúrgicos, térmicos, químicos y de contracción muscular) con la administración de analgésicos oportuna existe un paciente relajado y fisiológicamente estable.</p>	<p>El paciente experimentara el mínimo dolor y molestias abdominales, podrá cambiar de postura con molestias mínimas.</p>	<p>Explicar la etiología del dolor. Medir con escala de 0 a 10 como medio objetivo de evaluar la experiencia subjetiva del dolor.</p> <p>Usar técnicas de relajación, ejercicios de respiración lenta y rítmica.(inhalar y exhalar).</p> <p>Eliminar lo mas posible los factores que producen dolor, como el miedo, ansiedad, herida quirúrgica sucia, o posturas inadecuadas.</p>	<p>Una valoración inicial del dolor que permite evaluar la respuesta del paciente a las medidas analgésicas. Y el hecho de que el paciente conozca el motivo del dolor puede mitigar la ansiedad asociada a los tratamientos.</p> <p>La utilización de estas técnicas distraen la atención del paciente del dolor y así se consigue reducir la percepción del mismo</p> <p>Cuando se eliminan los factores causantes del dolor se reduce la incidencia o duración del mismo, y las respuestas conductuales a la experiencia dolorosa.</p>	<p>El paciente solicita analgésicos dos veces durante el turno, refiere que le duele un poco mas solo cuando va a adoptar una nueva postura, el segundo día de posoperado solo se mantiene con su analgesia continua y puede movilizarse un poco más sin ayuda.</p>

		<p>Proporcionar un alivio optimo del dolor con los analgésicos preescritos (bupremorfina, mepetidina, etc.) valorando dosis controladas intermitentes de analgesia con o sin infusión continua intravenosa o epidural.</p>	<p>Los analgésicos opiáceos o narcóticos disminuyen la irritabilidad motora y elevan el umbral del dolor. El manejo del dolor debe ser agresivo e individualizado, los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo al SNC al nivel del tálamo y la corteza cerebral. Una optima analgesia disminuye la ansiedad y la recurrencia del dolor.</p>
		<p>Valorar la respuesta a la medicación de alivio del dolor, su eficacia a los 30' posterior de haberlo administrado, pedir al paciente que cataloguen la intensidad del dolor antes de la mediación y cantidad de alivio recibido.</p>	<p>La administración de analgésicos debe responder a la necesidad del paciente. La dosis de medicamento puede no ser la adecuada para elevar el umbral de dolor del paciente o puede tener efectos secundarios, como depresión respiratoria.</p>

			<p>Dejar que el paciente establezca su ritmo de movilidad o de deambulacion lo máximo posible.</p> <p>Proporcionar un ambiente tranquilo reduciendo los estímulos externos.</p> <p>Favorecer el sueño y el descanso del paciente.</p>	<p>Una progresión gradual de la actividad dirigida según la tolerancia del paciente, aumenta el funcionamiento fisiológico y una mejor respuesta al tratamiento del paciente.</p> <p>La reducción en la variabilidad de estímulos externos permiten al paciente alejar su sensación de dolor. Un ambiente carente de ruidos, luz excesiva o de movimientos bruscos, pueden disminuir el dolor o la inquietud en el paciente.</p> <p>Los seres humanos necesitan cierta cantidad de descanso y sueño para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental).</p>	
--	--	--	---	---	--

6.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION	EVALUACION
<p>Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con intubación endotraqueal durante la cirugía, manifestado por dolor de garganta, accesos de tos y el paciente refiere que no puede hablar.</p>	<p>La ventilación depende del aporte adecuado de oxígeno, permeabilidad de vías aéreas, de la adecuada elasticidad, reacción pulmonar y de la regulación neuroquímica de la respiración. El acumulo de secreciones y dolor de garganta esta dado por una compresión traqueal por la presencia de un cuerpo extraño (intubación).</p>	<p>El paciente mantendrá un patrón respiratorio eficaz, con el mínimo dolor en garganta.</p>	<p>Valorar la respiración y los movimientos respiratorios cuando se tomen las constantes vitales. Inspección, palpación y auscultación del sistema respiratorio.</p> <p>Colocar al paciente en posición semifowler.</p>	<p>Las constantes vitales y el estado respiratorio son indicativos si la ventilación y respiración del paciente es adecuada.</p> <p>Esta posición permite al diafragma recuperar su posición reduciendo el esfuerzo respiratorio y permitiendo la máxima expansión torácica.</p>	<p>El paciente se sujeta el sitio de la incisión quirúrgica con las manos cuando tose, la tos continua siendo productiva, expectora secreciones de características blancas hialinas. Al 2° día refiere que ya no le duele tanto la garganta, sus sonidos respiratorios son claros, no presenta complicación respiratoria, puede toser y hacer inspiraciones profundas.</p>

			<p>Enseñar al paciente a controlar la tos mediante respiración profunda y aguantarla de 3 a 5 segundos y después espirar lentamente todo lo posible por la boca.</p> <p>Proporcionar y colocar nebulizador continuo.</p>	<p>El reflejo de la tos es de gran importancia para la vida misma, ya que ayuda a la expulsión del material extraño de las vías respiratorias inferiores. Al inhalar y expulsar el aire se arrastran las secreciones adheridas en la traquea y en los bronquios.</p> <p>La humidificación favorece que se fluidifiquen las secreciones, facilitando la expectoración y limpieza de las secreciones que se encuentran adheridas al árbol traqueobronquial.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Enseñar y pedir al paciente que haga una demostración de ejercicios respiratorios (técnica de insuflación respiraciones lentas y profundas y expulsar el aire con fuerza contra su mano).</p>	<p>Este ejercicio estimula la expansión pulmonar aumenta la insuflación alveolar, y con la respiración profunda se facilitan los movimientos del diafragma y la expectoración de las secreciones.</p>	
			<p>Buscar signos y síntomas de inflamación de garganta y del estado respiratorio del paciente.</p>	<p>La inflamación traqueobronquial, además del deterioro de la función de la membrana alveolo-capilar, el edema y el aumento de esputo, alteran la función respiratoria.</p>	

			<p>Animar al paciente a que tosa, y respire profundamente enseñándole a protegerse su herida quirúrgica mientras lo efectúa.</p>	<p>Al ayudar a movilizar las secreciones por medio de la tos se reduce el riesgo de presentar una posible complicación respiratoria, al protegerse la herida el paciente lo ayuda a reducir el dolor.</p>	
			<p>Ayudar a realizar drenaje postural al paciente.</p>	<p>El drenaje postural ayuda a eliminar las secreciones de los segmentos de los pulmones al árbol traqueobronquial, desde donde pueden ser expulsadas con mayor facilidad.</p>	
			<p>Observar las características de la voz.</p>	<p>El dolor al hablar y la carraspera es una molestia común después de la extubación, se debe observar si esta empeora o disminuye, ya que es indicativo de edema traqueal o laríngeo.</p>	

7.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION	EVALUACION
<p>Deterioro del patrón del sueño relacionado con interrupciones continuas por procedimientos terapéuticos manifestado por ansiedad por estar aislado, angustia y temor secundario a la pérdida o rechazo de su riñón trasplantado, apariencia cansada al despertarse y cuando la enfermera entra a su cuarto.</p>	<p>El sueño normal puede verse afectado por muchos factores, en los que se incluyen la enfermedad, el entorno, los tratamientos terapéuticos, los medicamentos y el estrés. Los mecanismos de defensa adaptativos ayudan al paciente a enfrentarse de forma eficaz con las causas de su ansiedad.</p>	<p>El paciente establecerá un patrón satisfactorio de sueño y descanso, ayudándole a identificar las causas que le ocasionan su ansiedad.</p>	<p>Ayudar al paciente a reducir su ansiedad: -tranquilizarle y conseguir que este cómodo. -dar oportunidad de expresar sus sentimientos.</p> <p>Animar y ayudar al paciente a usar técnicas para favorecer la comodidad y la relajación, como ejercicios pasivos de extremidades inferiores, conjuntamente con una inspiración y expiración relajante.</p>	<p>Un paciente con ansiedad tiene una menor capacidad de recepción y de aprendizaje. El contacto frecuente con el personal de enfermería, indica aceptación, y facilita la confianza del paciente</p> <p>Las técnicas de relajación aumentan la sensación de control del paciente sobre su respuesta orgánica ante el estrés, las técnicas de relajación inducen al descanso y/o sueño.</p>	<p>El paciente es capaz de identificar como causa de su insomnio su tratamiento y experimenta una reducción de las manifestaciones de ansiedad, cuando se le proporciona información y se le aclaran dudas sobre su trasplante, se le anima a relajarse proporcionándole tiempo para que describa sus sentimientos y preocupaciones. Logra dormir de dos a tres horas seguidas la segunda noche posterior a su trasplante.</p>

			<p>Tomar medidas para aumentar la cantidad y calidad de los periodos de reposo y/o sueño del paciente. Organizar las actividades de enfermería de modo que tenga como mínimo dos horas de sueño seguido por la noche.</p> <p>Ayudar al paciente a efectuar cambios posturales.</p> <p>Escuchar al paciente, comunicarle seguridad y tranquilidad.</p>	<p>Asegurar de 4 a 5 periodos al menos de 90 minutos de sueño ininterrumpido. El paciente para completar un ciclo de sueño entero tiene que ser de entre 70 y 100 minutos para sentirse descansado.</p> <p>El movimiento regular alivia la presión constante en las prominencias óseas, mejorara la circulación sanguínea permitiendo la perfusión tisular, se mejora el peristaltismo y el tono muscular.</p> <p>La relación estrecha y significativa con el paciente le hace sentirse mas seguro y le permite expresar sus problemas o sentimientos.</p>	
--	--	--	---	--	--

8.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION	EVALUACION
Disposición para mejorar los conocimientos relacionados con su tratamiento terapéutico.	El paciente necesita tiempo para comprender los fundamentos de su enfermedad y la utilidad del asesoramiento y la enseñanza de su tratamiento posterior al trasplante, para que este sea un éxito.	El paciente identificara y expresara claramente información exacta acerca de su tratamiento medico, cuidados en el hogar, signos y síntomas de alarma, así como describir los medicamentos que debe tomar para prevenir el rechazo.	<p>Informar al paciente y a la familia acerca de su tratamiento y cuidados en el hogar (medidas preventivas o curativas).</p> <p>Explicar y enseñar al paciente horarios y acción de la medicación prescrita que incluyen principalmente, inmunosupresores (para prevenir el rechazo), antihipertensivos (controlar su presión arterial) y antibióticos (prevenir la infección).</p>	<p>La información clara y precisa. refuerza la necesidad de seguir los tratamientos preescritos (dieta, actividad, medicación, etc.).</p> <p>Dichas explicaciones ayudan a mejorar el cumplimiento del paciente y reducir errores o la no ingesta en la autoadministración de los medicamentos. La enfermera puede evaluar la capacidad del paciente en la autoadministración.</p>	El paciente se enfrenta al temor de un posible rechazo del injerto, comunica sus sentimientos, dudas y preocupaciones. Se responsabiliza de la vigilancia de su salud compartiendo responsabilidades con su familia

		<p>Enseñar al paciente y a la familia a buscar y notificar los signos y síntomas a los profesionales de la salud de un posible rechazo del riñón trasplantado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aumento de peso -cambios en la presión arterial -disminución de orina -presencia de fiebre o infección, etc. 	<p>Una rápida detección y notificación de estos signos y síntomas y una intervención inmediata pueden reducir el riesgo de un posible rechazo del aoinjerto. La enseñanza debe de ser de forma rutinaria como parte integral de cuidados de enfermería.</p>	
		<p>Proporcionar al paciente y a la familia información valida y tranquilizadora, reforzando un comportamiento de afrontamiento positivo.</p>	<p>Motivar al paciente para un afrontamiento eficaz y que este pueda reforzar futuras respuestas de afrontamiento positivas para mejoras en su calidad de vida postrasplante.</p>	

			<p>Ayudar al paciente y/o familia a formular y aceptar objetivos realistas a corto y largo plazo (rehabilitación).</p> <p>Permitir al paciente expresar su ansiedad, temores y dudas acerca de su trasplante de riñón.</p> <p>Implicar a los padres o familiares mas cercanos en el cuidado o tratamiento a largo plazo.</p>	<p>Con esto ayudamos al paciente y/o familia a darse cuenta del control que tiene de su vida y de lo que puede hacer para mejorar la calidad de la misma.</p> <p>La ansiedad se refiere a los sentimientos surgidos por una amenaza percibida y del éxito o fracaso de los esfuerzos por adaptarse a los sentimientos.</p> <p>El manejo exitoso de un régimen terapéutico requiere que la persona realice uno o mas cambios en su estilo de vida. Los padres y demás familiares juegan un papel muy importante a la hora de ayudar al paciente a afrontar y aceptar el tratamiento médico de por vida .</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Animar e informar al paciente que, en última instancia, es su decisión y responsabilidad si sigue o no su tratamiento terapéutico.</p>	<p>El paciente debe comprender que tiene control sobre sus decisiones, y que sus decisiones pueden mejorar o perjudicar su estado de salud y por ende a su riñón donado.</p>	
			<p>Instruir al paciente acerca de sus limitaciones después del trasplante como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de medicamentos de por vida. - Reanudación muy lenta de sus actividades, propias de la edad. - Efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor. 	<p>Algunos pacientes tienden a desarrollar patrones flexibles de pensamiento, facilitándose a sí mismo el adaptarse a nuevas ideas y cambiar sus conceptos cuando existen condiciones objetivas que justifican el cambio.</p>	

9. CONCLUSIONES.

La enfermería como profesión asume la responsabilidad de brindar cuidado en todos los ámbitos en que se desenvuelve el ser humano, en la actualidad enfermería se apoya en sistemas teóricos y modelos conceptuales para proporcionar cuidado en el área asistencial y no solo aquí, en donde se requiere de efectuar procedimientos básicos que incluyan elementos teóricos fundamentados, metodológicos y técnicos asistenciales que contribuyan a la satisfacción de las necesidades básicas de nuestros pacientes.

Estos modelos o teorías sirven como marco de referencia en cada componente, elemento o etapas que integran al Proceso de Atención de Enfermería, que como instrumento de trabajo en la práctica profesional, asegura la calidad de los cuidados, y la atención individualizada e integral que se le proporciona al paciente para conservar o restablecer su salud.

Con la finalidad de orientar el ejercicio profesional, dentro de Unidad de Trasplante Renal del Hospital de Pediatría del CMN SXXI, se trabajó el Proceso de Atención De Enfermería a un paciente pediátrico, enmarcado dentro del trabajo o modelo de VIRGINIA HENDERSON, a través de un instrumento de valoración, partiendo de que el individuo o persona es objeto de los cuidados de enfermería como un ser humano, único y complejo que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad. Para evaluar si se lograron los objetivos se compararon las relaciones entre las intervenciones de enfermería y la evaluación, cuando la respuesta del paciente fue la esperada con la intervención de la enfermera, es que se ha logrado el objetivo planeado.

Finalmente, solo queda añadir que el modelo de VIRGINIA HENDERSON, al utilizarlo como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso De Atención De Enfermería, es de fácil comprensión y consigue articular la teoría con la práctica presente y futura de enfermería.

10. SUGERENCIAS.

Hasta hace poco, solo un pequeño número de enfermeras estaban involucradas en forma directa en el tratamiento médico de trasplante renal, sin embargo el papel de la enfermera en el trasplante tiene muchas facetas y puede esperarse que imponga un desafío mayor a medida que se obtiene mayor conocimiento.

Enfermería tiene una participación muy importante en la orientación, educación y capacitación de pacientes y familiares, para integrarlos a mejoras en la calidad de vida y una mejor sobrevida del paciente y del riñón que ha sido trasplantado. Requiere de un alto grado de conocimiento clínico para comprender los principios de rechazo y de la terapia inmunosupresora, de habilidades para valorar las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales detectadas al paciente y su familia, ya que estos suelen sufrir constante estrés y ansiedad, con la única finalidad de éxito y en beneficio del paciente pediátrico que ha sido trasplantado de riñón.

El trasplante de parientes vivos relacionados es el que generalmente sobrevive durante un tiempo mayor, considero se le debe dar una importancia creciente al donador ya que este requiere de una corta estancia hospitalaria, por lo que puede tener efectos en su salud que pudieran extenderse durante varios años, por lo que se requieren de intervenciones precisas a estudiar los siguientes factores:

Primero considerar la importancia de asegurar la continuidad asistencial, de seguimiento y tratamiento del receptor, ya que el abandono de este lleva con frecuencia a daño grave o irreversible del injerto trasplantado.

Segundo la atención continua y control a largo plazo para valorar resultados de daño renal o de sobrevida del donador.

Tercero ser más selectivos en los criterios de inclusión, en espera de una mejor sobrevida del paciente pediátrico trasplantado de riñón.

Por lo anterior es conveniente contar con un personal profesional de enfermería capacitado e involucrado en sistemas teóricos y modelos conceptuales, enmarcados dentro del Proceso de Atención de Enfermería con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería oportuno, eficaz y de calidad a los pacientes pediátricos trasplantados de riñón.

11. BIBLIOGRAFÍA.

- Alfaro Rosalinda. Aplicación de proceso de enfermería. ed. Doyma, 2ª edición, España, 1992
- Atkinson L. D. Proceso de atención de enfermería. ed. Manual Moderno, 6ª edición, México, 1985, pag 141.
- Blumer. J. Guía práctica de cuidados intensivos en pediatría, ed. Mosby/Doyma, 3ª edición, Madrid España, 2000, p.p. 438 – 445
- Brunner. Manuel de enfermería. Ed. Interamericana/Mc Graw-Hill, 4ª edición, México, 1994, tomo 3, p.p. 595-597.
- Carpenito L. J. Planes de cuidado y documentación en enfermería, ed. Interamericana/Mc Graw-Hill, 3ª edición, Madrid España, 1994, pag 754.
- Carpenito L. J. Col . Diagnostico de enfermería, aplicación a la practica clinica, ed Interamericana/Mc Graw-Hill, 5ª edición, Madrid España, pag 1335.
- Donahue M. Patricia. Historia de la enfermería, ed Doyma, 3ª edición, Madrid España, 1999 p.p. 442-448, 467-468.
- Fernández, Ferrin. C. col. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. ed. Masson, 1ª reimpresión, Barcelona España. 1999, pag. 115.
- Griffith. Chistensen. Proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. ed. El Manual moderno , 3ª edición, México , D. F. 1986, pag 406.
- Kosier, col. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y practica. ed. Interamericana, 4ª edición, Madrid España, 1994, pag 1595.
- Lartigue. T. Fernández. Enfermería una profesión de alto riesgo. ed. Universidad Iberoamericana, 1ª edición, México, D. F. 1998 pag. 20-22.
- L. Riopelle. col. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. ed. Interamericana/Mc Graw-Hill, 1ª edición, Madrid, España, 1997, pag. 352.
- Marriner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería. ed. Mosby/Doyma Libros, 3ª edición, Madrid , España. 1994, pag. 530.

NANDA. Diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificacion 2003-2004. ed. Elsevier. Madrid, España. 2004, pag. 287.

Nelson. Col. Tratado de pediatria. ed. Interamericana/Mc Graw-Hill, 16ª edición, México, D. F. 2001, p.p. 1762-1766.

Nordmak Rohweder. Bases científicas de la enfermería. ed. Científicas la prensa medica mexicana. 2ª edición. México, D. F. 1993. pag, 712.

Olds, London, Ladewing. Enfermería materno infantil. ed. Interamericana/Mc Graw-Hill. 4ª edición. México, D. F. 1995, pag. 21-25.

Rosales. S. Fundamentos de enfermería. ed. El Manual Moderno. 2ª edición, México, D. F. 1993. p.p. 1037-1081.

Santiago-Delpin E. A. col. Trasplante de órganos. ed. JGH. 2ª edición, México, D. F. 1999. p.p. 7-720.

Shoemaker, M. D. col. Tratado de medicina critica y terapia intensiva. ed. Panamericana. 2ª edición, México, D. F. 1992 p.p. 688-703.

Tortora Gerard. J. Principios de anatomía y fisiología. ed. Haria. 6ª edición, México, D. F. 1993, p.p. 1037-1081.

Wilson. J. W. Anatomía y fisiología. ed. El manual Moderno. 3ª edición, México, D. F. 1994, p.p. 509.

COMO AFIRMA MASLOW. NECESIDADES HUMANAS, MOTIVACIONES Y DESEOS. <http://www.nc3v.es/marketingz/necesidades.html> (2004)

ENFERMERAS TEORICAS. VIRGINIA HENDERSON.
<http://www.teleline.terra.es> Abril pag. 1, 2, 3.

NECESIDADES HUMANAS.
http://www.vc.cl/sw_edu/enferm/ciclo/html/general/necesi.htm

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.html>

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
<http://www.torra.es/personal/duenas/pae.html> pag. 1de 27 (2004).

TENDENCIAS Y MODELOS MAS UTILIZADOS EN ENFERMERÍA. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
<http://www.aibarra.org> Abril pag 15, 16, 17.

12. ANEXOS

SISTEMA RENAL.

"La función primaria del sistema urinario es ayudar a mantener la homeostasis corporal controlando la composición y volumen de la sangre. Esto es posible eliminando o compensando cantidades específicas de agua y solutos. El sistema urinario está formado por los riñones, dos ureteros, una vejiga urinaria y la uretra.

Los riñones regulan la composición y volumen de la sangre y eliminan los desechos circulantes en forma de orina. Excretan cantidades específicas de ciertos desechos, asumen cierto papel en la eritropoyesis formando el factor eritropoyético renal, ayudan a controlar el Ph sanguíneo, ayudan a regular la presión sanguínea secretando renina (activa al sistema renina-angiotensina) y participan en la activación de la vitamina D.

La orina se excreta en cada riñón a través de su uretero y se almacena en la vejiga urinaria hasta que se expulsa del cuerpo a través de la uretra. El producto final de la actividad renal es la orina."(Tortora ,1981).

LOCALIZACIÓN ANATOMICA.

Los riñones se localizan dentro del espacio retroperitoneal. El polo superior está situado a un nivel cercano a la duodécima vértebra torácica; el polo anterior se dirige hacia el abdomen. El riñón derecho está un poco más abajo que el izquierdo.

El riñón adulto está formado por una capa externa que se llama corteza y una interna que se llama médula, dentro de la médula se encuentran las pirámides renales que constituyen el parénquima renal. Desde el punto de vista estructural , el parénquima de cada riñón está formado aproximadamente de 1.000000 nefronas que son la unidad funcional del riñón. Como resultado de las actividades de las nefronas se forma la orina.

La nefrona es la principal responsable de la eliminación de desechos de la sangre y de regular sus líquidos y electrolitos

CIRCULACIÓN RENAL.

Cerca del 20% del gasto cardiaco total llega a los riñones. Dos arterias renales se desprenden de la aorta descendente y cada una de ella se divide repetidamente en arteriolas, la circulación venosa del riñón tiene conexiones con las venas cónicas y con la red venosa del ureter.

FISIOLOGÍA DE LA FUNCIÓN RENAL.

Actúa dentro de los mecanismos básicos de transporte activo ,y pasivo en los tubulos renales por cambios en el gradiente de concentración (ósmosis). En la formación de orina intervienen los procesos fisiológicos de

filtración, resorción y secreción. Mantiene el equilibrio entre el sodio y agua, el equilibrio electrolítico, la regulación del equilibrio acidobásico, regulación de la presión arterial, regulación del flujo sanguíneo renal, eliminación de fármacos, drogas, toxinas y desechos metabólicos, además de participar en la estimulación de la producción de eritrocitos por la médula ósea.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

"Es la pérdida de la capacidad renal para la filtración y la resorción tubular. La consecuencia es la acumulación de sustancias de desecho, desequilibrio hidroelectrolítico y desequilibrio acidobásico." (Catherine L.Headrick,2000).

CUADRO CLÍNICO.

Entre los efectos de la insuficiencia renal se encuentran el edema por retención de agua y sal.

ACIDOSIS.- por la incapacidad de los riñones para excretar sustancias ácidas; aumento en los niveles de sustancias de nitrógeno no proteico, en especial de urea, debido a la alteración en la excreción renal de productos de desecho del metabolismo.

AUMENTO DE LOS NIVELES DE POTASIO.- Que pueden originar paro cardíaco.

ANEMIA.- Por la incapacidad de los riñones para producir suficiente factor eritropoyetico como para cubrir las necesidades en la producción de eritrocitos.

OSTEOMALASIA.- Los riñones no son capaces de convertir a la vitamina D a su forma activa para la absorción del calcio en el intestino delgado.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS.- Los síntomas pueden variar desde cambios menores en el estado mental (como periodos breves de atención y confusión) hasta estupor y coma debido a la acumulación de toxinas uremicas.

PIEL.- de aspecto cétrico pardo amarillento, a causa de la retención de pigmentos de urocromo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del niño con Insuficiencia Renal Crónica en fase terminal es el trasplante de riñón, que no solo libera al paciente de diálisis prolongadas si no que también le proporciona las otras funciones metabólicas del riñón por ejemplo la estimulación eritropoyetica y la homeostacia de calcio, aumenta considerablemente la supervivencia del paciente. Se requiere de atención multidisciplinaria de todo el equipo de salud, para alcanzar el éxito en estos pacientes. como el manejo de un equipo médico, quirúrgico, de anestesia y de enfermería integrado y experimentado.

TIPO DE DONADOR:

La reserva de cadáveres donadores se mantuvo estática durante los últimos cinco años, lo que confiere a los donadores vivos, consanguíneos o no consanguíneos, una participación cada vez mayor en muchos programas de trasplante renal.

En la donación de seres vivos no sólo es importante la compatibilidad sino también la excelente condición del riñón que se donará.

Los donantes consanguíneos vivos pueden ser abuelos, tías, tíos, hermanos y primos. Las ventajas del donador vivo son función inmediata excelente del injerto y evitar la diálisis postrasplante.

Los riesgos para el donador son hasta cierto punto bajos, pero existe un riesgo de 1/10 000 de muerte y al menos 10% de morbilidad. Aún no se demuestra morbilidad definitiva a largo plazo para donadores vivos.

Valoración de cadáver donador.- se observa un incremento significativo de riñones donados por donadores vivos como se dijo antes, pero los pocos riñones que se obtienen de cadáver no mantienen el paso con el número de receptores que se añade a la lista de espera. La identificación de posibles cadáveres donadores por profesionales de la salud debe tener un enfoque sensible par mantener e incrementar los niveles de donación de órganos. Todo paciente con muerte cerebral declarada o a quién se le retira el apoyo vital, casi siempre por lesión neurológica grave, debe considerarse un posible donador.

Para trasplantes procedentes de cadáver se requiere compatibilidad absoluta de tipo sanguíneo, pero los donadores de tipo O son donadores universales.

En trasplante de cadáver es posible observar mejoría en la supervivencia del injerto con compatibilidad HLA progresivamente mejor, pero los perfeccionamientos de la inmunosupresión han hecho que la diferencia de supervivencia disminuya cada vez más año con año.

Los tiempos de espera para riñón de cadáver pueden prolongarse mucho y por ello es importante el papel de la enfermera conjuntamente con el nefrólogo para mantener al paciente saludable antes del trasplante.

INCIDENCIA DEL TRASPLANTE RENAL CON DONADOR CADAVERICO.

Si bien el primer trasplante fue con donador cadavérico, posteriormente ha predominado el donador vivo, aunque en los últimos años el trasplante renal con donador cadavérico ha tenido un aumento progresivo.

Se registra una desproporción marcada entre donación de vivo (71%) y donación cadavérica (29%). La causa de este problema se ha discutido y se resumen básicamente en tres aspectos:

1.- punto de vista cultural. En Latinoamérica se percibe la muerte de una manera muy especial la

toma de decisiones: es compleja y se difunde entre diferentes miembros de la familia, de manera que es un tipo de "comité familiar"

2.- la religión debe trabajar a favor del trasplante.

3.- factores administrativos, coordinación con los hospitales importantes del país, y un entrenamiento específico de los coordinadores en recuperación de órganos.

En Latinoamérica, la diálisis sigue siendo el tratamiento predominante en la insuficiencia renal, la probabilidad de los pacientes en diálisis de recibir un trasplante renal no cubre las necesidades de la incidencia de insuficiencia renal extrema, los programas de trasplante cadavérico son insuficientes para satisfacer la lista de espera.

Es imprescindible un cambio en los países de Latinoamérica para que se permita que el trasplante renal sea una opción terapéutica real para nuestros pacientes.

HISTOCOMPATIBILIDAD

Los preparativos se inician con tipificación del grupo sanguíneo y tipificación HLA, que se encuentra en los genes del complejo principal de histocompatibilidad. Presentes en el brazo corto del cromosoma 6, que codifica los antígenos leucocitarios humanos.

Las proteínas A,B y DR se consideran las más importantes para el trasplante clínico. Los genes HLA se heredan en forma de paquete o haplotipo, cada persona hereda a la vez un haplotipo de genes HLA del padre y otro de la madre.

Los hermanos pueden compartir todos, algunos o ningún haplotipo.

La tipificación HLA se efectúa de manera rutinaria en todos los receptores de órganos donados de cadáver o sujeto vivo.

Es importante la tipificación HLA por que permite identificar la mejor compatibilidad ente múltiples donadores potenciales, además de estar correlacionada con la supervivencia del injerto a corto y largo plazo.

Los receptores de riñón de donador vivo con haplotipo compatible muestran supervivencia del injerto de casi 100% con una tasa muy baja de rechazo agudo. Siempre que sea posible debe utilizarse trasplante con dos haplotipos compatibles.

Junto con la tipificación sanguínea, la prueba de compatibilidad cruzada final constituye la prueba más importante de histocompatibilidad y es obligatoria en todo trasplante renal.

REGISTRO LATINOAMERICANO DE TRASPLANTES.

En 1997 se celebró el cuadragésimo aniversario de los trasplantes en América Latina; los primeros se realizaron en Argentina y Brasil, seguidos rápidamente por los de México, Colombia, Puerto Rico, Chile, Venezuela y Uruguay.

Sin embargo , sólo a partir de 1970 se desarrollo una actividad formal y recurrente, con personal entrenado y con la intención de contribuir a la solución de un problema de grandes proporciones: la insuficiencia terminal de un órgano.

Se formaron de manera gradual, núcleos de especialistas renales, en particular en los hospitales universitarios, para introducir las terapias de hemodiálisis y diálisis peritoneal como parte del armamento terapéutico.

Las vertientes de diálisis y trasplante se desarrollaron juntas y el desarrollo de una actividad no puede informarse sin considerar la otra.

Los países latinoamericanos se vuelven cada vez más activos en la práctica del trasplante renal como manejo de enfermedad terminal.

Brasil ocupa el primer lugar en trasplantes de riñón seguido de Argentina, Chile, Colombia, Cuba, México, Venezuela y , recientemente Perú y Costa Rica.

El tratamiento pretrasplante se basa fundamentalmente en: las técnicas de diálisis que abarcan la hemodiálisis por medio de algún tipo de conducto vascular y la diálisis peritoneal. Ambas formas son compatibles con trasplante.

HEMODIÁLISIS. Puede lograrse a través de varios tipos de catéter intravenoso. Creación de fístulas arteriovenosas, las complicaciones a corto plazo incluyen infección e isquemia distal en la extremidad por flujo preferencial en el conducto.

La supervivencia promedio de las fístulas es de 10 años.

DIÁLISIS PERITONEAL: opción terapéutica para insuficiencia renal se coloca un catéter en el peritoneo y se inyecta un líquido de diálisis de composición variable. El paciente debe efectuar seis a ocho intercambios por día para mantener la homeostasis, es una terapéutica continua y portátil. Los requerimientos de tiempo para la diálisis también imponen estrés especial a la vida de un niño. Las complicaciones de la diálisis peritoneal incluyen infecciones del conducto y peritonitis.

Los niños muy pequeños se tratan con éxito mediante diálisis peritoneal, apoyo nutricional intensivo y administración de hormona de crecimiento. Se recomienda que a los menores de un año de edad se les permita crecer antes de considerarlos para trasplante.

DONADOR POR NEFRECTOMIA

La operación del donador se lleva a cabo mediante incisión curvilínea casi siempre en flanco derecho y técnica retroperitoneal. Esta técnica es más rápida que la disección de las arterias y venas ilíacas externa, interna y primitiva. Se disecciona la vena renal y después la arteria renal, del donador se anastomosan las venas ilíacas externas del receptor. El uréter donador se anastomosa a la vejiga receptora mediante la técnica antirreflujo de Liche y se sutura a la punta de la sonda foley. Esta sonda casi siempre se retira después de uno o tres días.

Hay que tener cuidado de no manipular en exceso los riñones y la arteria renal para evitar espasmo vascular con la necrosis tubular aguda consecuente. Antes de retirar el riñón, suele administrarse manitol, furosemida, y metilprednisolona, para asegurar una diuresis adecuada antes de retirar el riñón. Se pinzan la vena y arteria renales, se retira el riñón y se

lava con solución fría. Durante la operación han de administrarse líquidos asumiendo un retraso funcional del injerto y raras veces se requiere diálisis. Puede emplearse la dosis renal de dopamina para incrementar el riego sanguíneo en el riñón trasplantado. Cuando se requiere sangre durante la operación, esta tiene que ser sin leucocitos para prevenir la sensibilización del receptor.

Se emplea hielo estéril tópico para enfriar los órganos con mayor rapidez, lo que ayuda a disminuir al mínimo los tiempos de isquemia caliente.

El éxito del trasplante de órganos se debe a algunos factores que incluyen la capacidad para preservar los órganos desde el momento que se retiran del donador hasta que se trasplantan al receptor.

La duración de la preservación también debe ser lo bastante breve para que el órgano no se descarte como resultado de haber excedido el periodo seguro de preservación (la hipotermia es la piedra angular de la preservación de órganos, se lavan con solución preservadora y se enfrían a 4°C).

Al considerar sencillez y menor costo, la mayor parte de los centros para trasplantes de riñón aun utiliza riñones almacenados en frío.

CUIDADOS INMEDIATOS A PACIENTE PEDIÁTRICO POSTRASPLANTE RENAL:

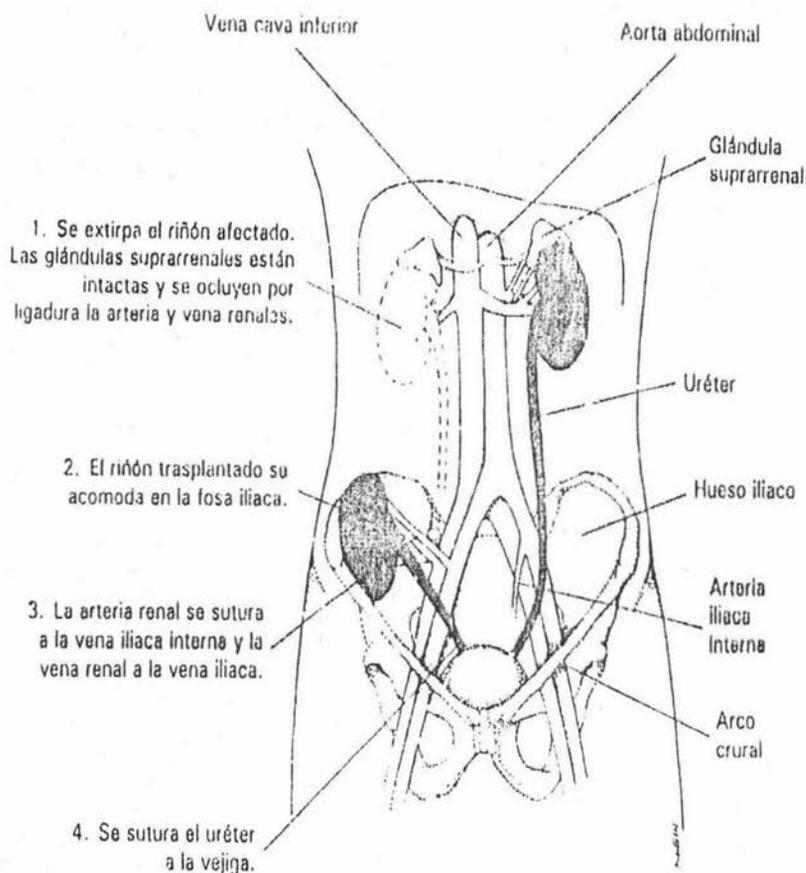
- Por lo general se vigilan cada hora los signos vitales junto con la excreción urinaria. La presión venosa central, que nos indica el estado de la volemia del paciente si la PVC es menor de 12 mmhg, se administra solución salina en bolo cuantas veces sea necesaria hasta que la PVC se eleve. La sustitución de la orina excretada volumen por volumen esto ayuda a evitar la sobrecarga de líquido y la necesidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal urgente.

También es necesario vigilar estrechamente la presión arterial del paciente. La hipertensión aparece en casi todos los receptores del trasplante renal. Aunque muchos eran hipertensos antes de la operación, posiblemente la hipertensión postoperatoria se deberá causas diferentes. El trasplante renal resiente puede producir un exceso de renina. Inmediatamente después de la cirugía, suele contribuir la hipervolemia, es importante mantener el volumen circulatorio sanguíneo óptimo y prevenir la hipertensión intensa.

Se presenta cuadro de hipertensión preexistente por la enfermedad renal prolongada, dolor postoperatorio, administración de líquidos y medicamentos que se sabe que causan hipertensión, esta se trata con nifedipina sublingual, enalapril o captopril.

La presencia de anuria o de oliguria en un riñón de donador vivo debe ser motivo de alarma. El primer paso es valorar la excreción urinaria escasa y asegurarse de que la sonda de foley no esta obstruida con coágulos de sangre. La sonda se irriga para liberarla de coágulos o se instala una sonda de mayor calibre.

El funcionamiento postoperatorio del injerto dependen de una buena función cardiaca y se puede beneficiar con la administración de agentes inotrópicos, entre los que destacan la dobutamina o dopamina. El riñón suele secuestrar una gran parte del volumen sanguíneo circulante, existiendo el riesgo de que aparezca un catastrófico desequilibrio de líquidos y electrolitos. La excreción urinaria se mide al menos cada hora conjuntamente con la presión arterial y la presión venosa central. Se reponen las pérdidas de orina volumen por volumen.



La infección representa la causa mas frecuente de muerte durante el primer año después del trasplante. El grado de inmunosupresión causa infección en los receptores de trasplante, de uno a seis meses después de la operación siendo los mas frecuentes el citomegalovirus y otras infecciones oportunistas.

En cuanto a las complicaciones técnicas tempranas se incluyen trombosis en el injerto, puede ser arterial o venosa y existe en el postoperatorio inmediato.

La hemorragia postoperatoria que es poco habitual pero puede ocurrir.

El escurrimiento de orina, que puede suceder en cualquier parte a lo largo del trayecto del uréter. El diagnostico se establece por disminución del la excreción de orina, dolor abdominal bajo, edema en el escroto o los labios vulvares y elevación de la concentración de creatinina sérica.

RECHAZO

Clásicamente, los clientes con rechazo presentan fiebre, malestar, tumefacción de injerto, dolor e hipersensibilidad, elevación del nitrógeno ureico y la creatinina en sangre, proteinuria y disminución del excreción urinaria. presión sanguínea elevada, depuración de creatinina disminuida, aumento de peso, malestar, sodio disminuido en la orina.

-Rechazo hiperagudo; suceso mediado por vía humoral, por los anticuerpos preformados por el receptor contra los antígenos ABO con los antígenos HLA de las células endoteliales del injerto, se produce siempre de minutos a pocas horas posterior al trasplante. El rechazo hiperagudo actualmente es poco común

-Rechazo acelerado; se produce generalmente dentro de las 24 horas a cinco días postrasplante. Los pacientes presentan fiebre y dolor, hipersensibilidad y tumefacción del injerto, hipertensión y disminución de la diuresis. Esta forma probablemente también esta mediada por anticuerpos y rara vez se observa porque antes del trasplante las pruebas cruzadas detectan la presencia de posibles anticuerpos anti - HLA. tiene un mal pronostico. EL Rechazo agudo; es probable el mas común, se produce generalmente dentro de los primeros cuatro meses después del trasplante y responde frecuentemente bien a un tratamiento inmediato.

-Rechazo agudo: se presenta de 7 a 21 días postrasplante. Estos rechazos pueden ser revertidos con dosis elevadas de corticoesteroides.

-Rechazo crónico o disfunción tardía del injerto; no tiene tratamiento específico, pero el tratamiento con OKT3 (Orthoclone Muromonab) puede reducir la incidencia de rechazo crónico. La terapia con dosis elevadas de corticoesteroides no revierte esta forma de rechazo.

Se requiere de biopsia para diagnosticar rechazo porque la concentración de creatinina en suero es hasta cierto punto insensible para identificar rechazo temprano.

TRATAMIENTO DEL RECHAZO.- Dosis altas de esteroides, casi siempre metilprednisolona. Los que reciben tratamiento o rechazo y a quienes no se administra micofenolato de mofetilo tienen que cambiar a este agente porque, a diferencia de la azatioprina y la ciclosporina, posee capacidad para tratar el rechazo ya establecido.

-Las tres causas más comunes de muerte después de un trasplante renal son :

- 1.- Enfermedades cardiovasculares. (hipertensiones)
- 2.- Enfermedades infecciosas.(citomegalovirus)
- 3.- Procesos malignos.(linfomas postrasplante)

Los procesos malignos que acompañan al trasplante se relacionan con la inmunosupresión a largo plazo en particular los linfomas en especial quienes recibieron preparaciones antilinfocitos. Es una gama de anomalías de las células b inducidas por el virus Epstein – Barr.

La falta del cumplimiento en el tratamiento, es en particular de receptores adolescentes de trasplantes, se calcula de 10 a 15 % de las pérdidas tardías del injerto. Problemas como imagen corporal por efectos colaterales de los fármacos, colocan a los adolescentes en un riesgo muy alto de incumplimiento.

INMUNOSUPRESION

La estimulación del sistema inmunitario por las proteínas extrañas (injerto renal) pone en marcha los mecanismos celulares y humorales de la inmunidad que destruyen las células o provocan rechazo. Para subyugar o controlar este proceso que, de otra manera, determina la pérdida aguda del trasplante, es necesario utilizar medicación inmunosupresora. Los medicamentos utilizados actualmente son azatioprina, ciclosporina y corticoesteroides.

Hay que considerar el tipo de protocolo a utilizar para inmunosupresión. Algunos clínicos recomiendan el uso de un protocolo de inducción con OKT3 (Orthoclone Muromonab) o ATG (Antitimocítica) y la terapia triple con ciclosporina, azatioprina y prednisona. El uso profiláctico de ATG o de OKT3 en el período postoperatorio inmediato mejora el resultado a corto plazo del injerto en la mitad de los niños

Casi todos los países demostraron uniformidad en sus protocolos de mantenimiento, para la inducción, utilizan una combinación de prednisona, azatioprina y ciclosporina, un esquema de terapia triple para mantenimiento.

El rechazo se maneja casi exclusivamente con un aumento de los esteroides por vía oral o preparado intravenoso.

Los esteroides continúan siendo básicos en la inmunosupresión. El cambio a la emulsión Neoral comenzó en 1994 y a la fecha continúa esta conversión en progreso, debido a su costo, también se confirmó que existe un subsidio parcial por parte del gobierno en todos los países.

A partir de 1965, el trasplante de riñón se convirtió en una práctica de rutina para el tratamiento de la falla renal. Esto a su vez condujo al mapeo genético de los antígenos de histocompatibilidad.

En 1969 Collins y Col. Describieron una sustancia que usaron con éxito en la preservación hipotérmica de riñones caninos hasta por 30 horas.

En 1973 fue introducida una nueva solución de perfusión sintética basada en albúmina.

En 1976 se creó la solución de citrato hipertónico para la preservación del riñón.

En 1978 la preservación de riñón fue por 6 días con perfusión hipotérmica.

Actualmente en el Hospital de Pediatría del C.M.N. las soluciones de perfusión renal son preparadas con técnica estéril y por el profesional de enfermería la noche anterior al trasplante.