



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO
ADULTO DONADOR RENAL EN EL PERIOPERATORIO,
SECUNDARIO A NEFRECTOMÍA, BASADO EN LA
FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

P R E S E N T A :

L.E. EMILY JOAN QUEZADA VILCHIS



**TUTOR:
MTRA. ANA GABRIELA SOTO ARIAS**

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO
ADULTO DONADOR RENAL EN EL PERIOPERTORIO,
SECUNDARIO A NEFRECTOMÍA, BASADO EN LA
FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

P R E S E N T A:

L.E. EMILY JOAN QUEZADA VILCHIS



**TUTOR:
MTRA. ANA GABRIELA SOTO ARIAS**

CIUDAD DE MÉXICO, 2021

Resumen

El presente estudio de caso se aplica a un adulto donador renal en el perioperatorio, secundario a nefrectomía, basado en la filosofía de Virginia Henderson. Durante el desarrollo del estudio de caso, se refieren artículos que fundamentan el documento, anatomía y fisiología renal, aspectos relevantes a considerar durante la nefrectomía y se elabora un plan de cuidados durante el periodo perioperatorio para la persona donadora renal.

Todo lo anterior con la finalidad de implementar el proceso enfermero desde la perspectiva de la Filosofía de las 14 necesidades básicas descritas por Virginia Henderson.

Se monitorea a la persona posterior a la cirugía de nefrectomía izquierda por donación, sin antecedentes patológicos, seleccionada de un Instituto Nacional de Salud, se obtiene consentimiento informado para la participación en el mismo, posteriormente se emplea el uso de diversas fuentes bibliográficas como artículos científicos, bases de datos, libros, etc. fundamentando la información respecto a la donación renal. Posteriormente se realiza un plan de cuidados basado en la filosofía de Virginia Henderson, mediante una valoración general y 5 valoraciones focalizadas.

Se emplean aquellos valores como la beneficencia, responsabilidad, autonomía, que caracterizan a la profesión. Se incluyen también, pautas de la Ley General de Salud para los derechos de los pacientes y el correcto uso de la información personal.

La aplicación del proceso enfermero, nos permitió intervenir individualmente y seguir la recuperación y adaptación al nuevo estilo de vida, logrando un manejo asertivo a su actual condición.

Palabras clave: donador, trasplante, riñón único, nefrectomía, cuidado de enfermería.

Summary

This case study is applied to an adult renal donor in the perioperative period, secondary to nephrectomy, based on the philosophy of Virginia Henderson. Throughout the development of the case study, articles that form the basis of document are referred to, renal anatomy and physiology, relevant aspects to consider during nephrectomy and a care plan is developed during the perioperative period for the renal donor.

All of the above with the purpose of implementing the nursing process from the perspective of the philosophy of the 14 basic needs described by Virginia Henderson.

The person is followed up after donor left nephrectomy surgery, without pathological history, selected from a National Health Institute, informed consent is obtained for participation in the same, then the use of various bibliographic sources such as scientific articles, databases, books. Is used to support the information regarding renal donation. Subsequently, a care plan based on the philosophy of Virginia Henderson is made, by means of a general assessment and 5 focused assessments.

This document uses values such as beneficence, responsibility, autonomy, which characterize the profession. Guidelines of the General Health Law for patients' rights and the correct use of personal information are also included.

The application of the nursing process allowed us to intervene in an individualized manner and to follow up on the recovery and adaptation to the new lifestyle in a positive way, thus achieving a correct and prompt adaptation to the patient's current condition.

Key words: donor, transplant, single kidney, nephrectomy, nursing care.

Agradecimientos

A Dios, por todas la bendiciones y pruebas otorgadas a lo largo de mi vida.

A mis padres, por su amor, su dedicación y esfuerzos constantes, por inculcarme que lo mejor de nosotros debe usarse para ayudar al prójimo.

A mis hermanos por su compañía y complicidad, ellos me demostraron el amor incondicional y la solidaridad.

A mis maestros por compartir sus conocimientos y experiencias, por su disposición para formar profesionistas de calidad.

Contenido

Introducción.....	1
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos	3
Capítulo 1: Fundamentación	4
Capítulo 2: Marco Teórico	8
2.1 Marco Conceptual	8
2.2 Marco Empírico	11
2.3 Filosofía de Virginia Henderson	15
2.4 Proceso de Atención de Enfermería	20
2.5 Daños a la Salud	24
2.5.1 Donador renal	24
2.5.2 Evaluación del Donador Renal	25
2.5.3 Nefrectomía del donador vivo	25
2.5.4 Nefrectomía Laparoscópica	26
2.5.5 Anestesia durante el procedimiento	27
2.5.6 Protección del riñón donante	28
2.5.7 Anatomía	31
2.5.8 Fisiología	32
2.5.9 Función endócrina	34
Capítulo 3: Metodología.....	35
3.1 Consideraciones Éticas	36
3.1.1 Código de Ética de Enfermería	36
3.2 Cirugía segura	40
Capítulo 4: Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	44
4.1 Presentación del Caso (metaparadigma de Virginia Henderson)	44
4.2 Plan de Atención de Enfermería	45
4.2.1 Valoración Focalizada 1-Preoperatorio Inmediato.	45
4.2.2 Diagnósticos de Enfermería	45
4.2.3 Plan de Cuidados	46
4.3 Valoración Focalizada 2-Transoperatorio	47

4.3.1 Diagnósticos de Enfermería	47
4.3.2 Plan de Cuidados	48
4.4 Valoración Generalizada-Postoperatorio mediato	49
4.4.1 Diagnósticos de Enfermería	53
4.4.2 Plan de cuidados	54
4.5 Valoración Focalizada 3-Postoperatorio mediato	59
4.5.1 Diagnósticos de Enfermería	60
4.5.2 Plan de Cuidados	61
4.6 Plan de Alta	67
Capítulo 5: Conclusiones	71
Referencias	72
Anexos	77

Lista de Tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson	17
Tabla 2. Tabla de necesidades al alta de la persona.....	75

Figuras

Figura 1. Metodología.....	35
Figura 2. Lista de verificación para la seguridad de cirugía. Entrada.....	40
Figura 3. Lista de verificación para la seguridad de cirugía. Pausa Quirúrgica	41
Figura 4. Lista de verificación para la seguridad de cirugía. Pausa Quirúrgica	42
Figura 5. Presentación del caso.....	43

Introducción

La enfermería desde sus inicios ha jugado un papel relevante en el desarrollo de la sociedad siendo una de las ciencias de la salud con más importancia no solo en tiempos modernos, sino desde la antigüedad, siendo considerada una de las disciplinas más antiguas de la humanidad en el tema de salud, enfocando sus cuidados tanto autónomos como colaborativos en cada uno de los ámbitos que conforman a la persona.

La necesidad del cuidado de la salud en cualquiera de sus ámbitos, como un derecho universal inherente del ser humano, ha impulsado a la enfermería a evolucionar y redefinirse paralelamente al contexto histórico y social del hombre.

Basado en lo anterior, Virginia Henderson desarrolla su filosofía, la cual tiene influencia del Paradigma de la Integración, en la que se reconoce la diferencia entre la disciplina de enfermería y la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno, utilizando la Teoría de las necesidades.

Utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona se necesita la aplicación de un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, el Proceso Enfermero. El cual está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación que se relacionan entre sí.

El estudio de caso es una herramienta de investigación, cuyo objetivo fundamental es conocer y comprender la particularidad de una situación para distinguir el funcionamiento de cada una de las partes y su relación con lo que le rodea.

La donación en vida, a pesar de ser la más idónea, tiene poco auge, ya que la falta de información al respecto, ha ocasionado que cada vez haya menos estudios sobre el pronóstico de aquellos pacientes que de manera voluntaria, forman parte del proceso, generalmente por la salud de un familiar.

Además, el seguimiento multidisciplinario, es fundamental para evitar complicaciones en el binomio, un apego al tratamiento y a los lineamientos de un nuevo estilo de vida, permiten un buen pronóstico de vida.

El presente estudio es aplicar cada una de las fases del Proceso Enfermero, implementar un plan de cuidados de enfermería de manera individualizada, mediante el seguimiento perioperatorio de un adulto secundario a la donación renal. Lo cual permite la integración de cuidados específicos del área perioperatoria como complemento al trabajo multidisciplinario que requiere el trasplante renal.

En los siguientes capítulos, se muestran estadísticas sobre la mortalidad del donador, el proceso de selección para el trasplante renal, los beneficios en la elección del abordaje y técnica quirúrgica para la resección del órgano, se describen datos generales de anatomía y fisiología, así como la importancia en la homeostasis del cuerpo, datos éticos del área de enfermería y una breve descripción de cada una de las etapas del proceso enfermero, se describe la Filosofía empleada para la elaboración del Plan de Cuidados y por último se muestra el Plan de cuidados implementado en el paciente donador de acuerdo a las necesidades que se encuentren alteradas

Objetivo General

Realizar un estudio de caso a un adulto donador renal en el perioperatorio, secundario a nefrectomía basado en la filosofía de Virginia Henderson en un Instituto Nacional de Salud.

Objetivos Específicos

- Realizar valoraciones de manera general y focalizadas, utilizando un instrumento basado en la filosofía de Virginia Henderson.
- Analizar la información y elaborar diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar jerarquizando las necesidades básicas de la persona.
- Planificar intervenciones de enfermería de acuerdo con las necesidades básicas alteradas, y jerarquizando cada una de ellas.
- Implementar las intervenciones de enfermería enfocadas a lograr los objetivos planteados en el plan de cuidados.
- Evaluar el plan de cuidados aplicado, con base a las respuestas de la persona durante el proceso.

Capítulo 1: Fundamentación

El presente trabajo resalta la importancia de la donación renal en México, y el enfoque del progreso del donador renal, de acuerdo al método empleado para el procedimiento, a la adaptación fisiológica por la falta de un órgano, y al cambio en el estilo de vida que debe mantener.

Actualmente en México la incidencia de la enfermedad Renal Crónica, con requerimiento sustitutivo de la función, llega aproximadamente a 466 casos por millón de personas. De acuerdo con la información del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) 12741 pacientes se encuentran en lista de espera y el 30% son incompatibles con el principal donante, por lo que las opciones que tienen es anotarse en dicha lista y obtenerlo de un cadáver o que el donador fuera un familiar.¹

El número de injertos renales procedente de donantes cadavéricos es insuficiente, de tal forma que el poder realizar trasplantes en cadena encontrando el mejor donante vivo para cada receptor, contribuye a reducir el número de pacientes en espera de un órgano de donante fallecido.²

Existen reportes sobre la evolución del paciente receptor del órgano, tratamientos, cambios en su estilo de vida, adaptación, etc. Sin embargo, para el paciente donador, no se encuentran muchos reportes nacionales vigentes que hablen acerca de los cambios en su estilo de vida.

La mortalidad quirúrgica con donación de riñón en vida es muy baja. En un estudio de más de 80.000 donantes de riñón vivos, la mortalidad a los 90 días fue de 3.1 por cada 10.000 donantes, una tasa que se mantuvo sin cambios durante 15 años (de 1994 a 2009).

¹ Mendez A. Comportamiento de la referencia a trasplante renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Mexicana de Trasplantes. Vol. 9(2): 51-55 Mayo-Agosto 2020.

² López E, Ruíz G, Botella I, Ortego S, Delgado M, Fernandez M. Reporte de la primera cadena de trasplante renal en México. Revista Nefrología. Vol. 39(4):434-454. 2019

La mortalidad perioperatoria después de la nefrectomía de donante vivo es de 1 en 3000 a los 90 días. Además de la muerte, los riesgos perioperatorios más importantes de la nefrectomía del donante incluyen hemorragia, neumotórax, neumonía, infección del tracto urinario, complicaciones de la herida y trombosis venosa profunda con o sin embolia pulmonar.

La donación en vida puede causar pequeños aumentos en los riesgos a largo plazo de enfermedad renal en etapa terminal, preeclampsia, hipertensión y enfermedades metabólicas como la gota. Es importante mencionarle al donador todos los riesgos que conlleva el procedimiento.³

La introducción y el desarrollo de la nefrectomía laparoscópica, aunado con el aumento de la demanda de órganos, ha generado un incremento de los trasplantes con donante vivo a nivel mundial. Como consecuencia de ello, un aumento considerable de personas sanas con un solo riñón, lo que ha generado gran interés por conocer cuál es el riesgo de morbilidad y mortalidad a largo plazo.

De acuerdo a un estudio del Departamento de Urología de la India, la Nefrectomía laparoscópica del donante, tiene menos probabilidad de presentar dolor, estancia hospitalaria más corta y un regreso más temprano a las actividades diarias de los pacientes. Las complicaciones que pueden tenerse mediante laparoscopia, es el sangrado, es así el único motivo de convertir el procedimiento a laparotomía.⁴

La decisión de la nefrectomía izquierda es primordialmente por mejor acceso anatómico, diferencia de tamaño, sin embargo, el estudio realizó una comparación de nefrectomías laparoscópicas de ambos lados y de acuerdo a los resultados, el tiempo fue menor para la nefrectomía derecha con 120 minutos de procedimiento en comparación de 146 minutos de cirugía. Cabe mencionar que el tiempo se midió a partir

³ Lentine L, PhDJohn V. Kidney transplantation in adults: Risk of living kidney donation. UpToDate. Walham, MA. 2020.

⁴ Kumar A, Chaturvedi S, Gulia A, et al. Laparoscopic Live Donor Nephrectomy: Comparison of Outcomes Right Versus Left. Transplantation Proceedings. ELSEVIER. 50. 2327-2332. 2018

de la incisión hasta el ligamiento con clips de las venas y arterias renales, pero uno de los factores para el tiempo de la cirugía, es la experiencia del cirujano en el desarrollo de la técnica.⁵

Concretamente no existe diferencia significativa sobre complicaciones de acuerdo al riñón elegido, pero dentro de la técnica quirúrgica en la nefrectomía derecha, se debe realizar reconstrucción de una porción de la vena renal debido a su longitud, por lo que se tiene un riesgo mayor de falla temprana en el aloinjerto.

Dentro de la técnica laparoscópica, puede o no utilizarse un puerto para mano, el cual permite la salida del órgano de la cavidad abdominal. Dicho abordaje se realiza supra umbilical. Todo lo anterior, es referido en un estudio realizado por Karabay et al. Por parte del departamento de Cirugía General de un hospital de la India. Además, el artículo refiere que no hay diferencia significativa de complicaciones del uso del puerto de mano en el tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio e incluso en el riesgo de infección en la herida quirúrgica.⁶

Si bien se ha mencionado anteriormente la importancia de una correcta técnica quirúrgica y los riesgos que esto conlleva, de acuerdo a un estudio del autor Romero Ajenjo, de Madrid en el año 2020, la información que se brinda a la persona, previo al acto quirúrgico, tiene gran influencia en su proceso de recuperación y cómo éste lo enfrenta. Síntomas gastrointestinales pueden aparecer dentro del periodo postoperatorio como parte del enfrentamiento personal a la ansiedad por lo desconocido. De acuerdo a la literatura consultada, de planes de cuidado enfocados al paciente con ansiedad, fomentar ambientes de confianza, así como la expresión de sentimientos y dudas sobre cada etapa del proceso perioperatorio, mejora el estado emocional y posteriormente, dicha mejoría resulta en un mejor apego al tratamiento para su pronta recuperación.

⁵ Rally S, Sharma A, Singh S, et al. Experience With 15 Years of Laparoscopic Donor Nephrectomy: Review of 2500 Cases. *Transplantation Proceedings*, ELSEVIER. 52. 1671-1674. 2020

⁶ Karabaya O, Tascib H, Hasbahcecic M. Hand-assisted Laparoscopic Left Donor Nephrectomy Without a Hand-assisted Device: Is it Possible?. *Transplantation Proceedings*. ELSEVIER. 51.3351-3354. 2019

Dentro de las intervenciones de enfermería es importante realizar vigilancia hemodinámica, ya que el paciente puede tener muy poca o ninguna eliminación de orina durante varias horas o días después del trasplante, es necesario vigilar cuidadosamente el equilibrio de líquidos y electrolitos. Cualquier drenaje proveniente de los vendajes o de las sondas debe calcularse con exactitud dentro del registro del equilibrio de líquidos del paciente.

Aplicar las escalas correspondientes a valoración de dolor, mitigando el mismo con las diferentes técnicas farmacológicas y de posicionamiento, respiración, etc. para ayudar a una pronta recuperación. No obstante, el factor de comunicación al momento de brindar información ha demostrado estadísticamente influir directamente en el estado de mejora de la persona.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Marco Conceptual

- Conceptualización de Enfermería

Florence Nightingale definió a la enfermería como profesión independiente de la medicina con metas propias; al inicio, se asimiló como la imagen de la maternidad. El enfoque de Nightingale era basado en el ambiente que rodea al paciente, y su relación con la enfermera, sin embargo, debido al desarrollo histórico, la profesión se veía apagada por el área médica, ya que no tenía un cuerpo de conocimientos específicos.

A partir de 1959 Dorothy Jhonson, comienza con la idea de una meta profesional al enfocarse a brindar atención a individuos en situaciones de estrés, disminuyendo la tensión por lograr el equilibrio en todo aquello que le rodea para su recuperación. Un año más tarde Virginia Henderson la definió como asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la reparación.⁷

Para el año 1978 Donalson y Crowley definen la necesidad de ubicar a enfermería dentro de un terreno diferenciado de las demás profesiones de la salud. Posteriormente Watson en 1988 refiere que el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar, y preservar la dignidad de la persona. En el mismo año Leininger establece que la enfermería es una ciencia y un arte humanística y que tiene como fundamento el cuidado personalizado y transcultural individual.⁸

En los años 90's, teóricas como Benner, Martha Rogers, Margaret Newman, realizan su propio concepto de enfermería que da a notar el soporte al desarrollo de la práctica y la búsqueda continua del conocimiento propio siempre de la mano de eventos políticos y

⁷ Quintana E. Para obtener grado de especialista : Estudio de caso aplicado a una persona con encefalitis autoinmune basado en el modelo de Virginia Henderson. UNAM. 2020

⁸ Ibidem

sociales que influyeron directamente en la evolución de la profesión al hablar de su desarrollo.⁹

En la actualidad nos regimos por la Norma Oficial Mexicana 019, que define a Enfermería como la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, la cual, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.¹⁰,

Donador: al que tácita o expresamente consiente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos, tejidos y células, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Trasplante: transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.

Riñón único: que se tiene un único riñón funcionante, mientras que el otro se encuentra estructural o funcionalmente ausente por causas diversas: quirúrgicas, anomalías congénitas, infecciones, trasplante renal.

Nefrectomía: es la extracción quirúrgica de un riñón.

Cuidado de enfermería: atención especializada que pueda recibir una persona, independientemente de edad, sexo, posición socio-económica, bien sea de manera preventiva o cuando se encuentre enferma, que se encuentre recluida en una institución de salud o en su casa y en cualquier ámbito tanto emocional, físico o psicológico.

⁹ Lozano A. Manual CTO de Enfermería, Enfermería Fundamental. Grupo CTO. Tema 2: 24-26. 2018.

¹⁰ NOM-019-SSA3-2013. NORMA Oficial Mexicana, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2013

Cuidado: Solicitud y atención para hacer bien algo.

Insuficiencia renal: Afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

Aloinjerto: Trasplante de órgano, tejido o células de un individuo a otro individuo que es de la misma especie, pero que no es un gemelo idéntico.

Laparoscopia: Exploración o examen de la cavidad abdominal mediante la introducción de un laparoscopio a través de una pequeña incisión.

Palabras clave: *donador, trasplante, riñón único, nefrectomía, cuidados de enfermería, cuidado., insuficiencia renal, aloinjerto, laparoscopia.*

2.2 Marco Empírico

La práctica del Trasplante renal, se basa en principios que llevan beneficios para el receptor, sin embargo, también debe existir el mínimo de riesgo para el donante vivo por lo que debe ser cuidadosamente evaluado y seleccionado.

Los donadores de riñón vivos deben someterse a un riguroso proceso de evaluación y selección para garantizar que los riesgos a corto y largo plazo para el donante sean mínimos.

Los resultados del trasplante de riñón proveniente de donante vivo son superiores a los de un donante fallecido, así lo demuestra un análisis multivariado de los datos de la United Network of Organ Sharing (UNOS) en donde los resultados mostraron que los receptores de riñones de donantes vivos, tenían una ventaja significativa en la supervivencia del aloinjerto a largo plazo sobre los que recibieron un riñón de un donante joven fallecido.¹¹

Las ventajas asociadas con el trasplante de riñón de donante vivo indican una menor incidencia retraso en la función del aloinjerto y mayor supervivencia del aloinjerto a largo plazo.¹²

Con el interés en la donación de una persona viva, uno de los grandes avances ha sido el desarrollo de la nefrectomía del donante, asistida por laparoscopia.

Un metaanálisis basado en estudios realizados en Estados Unidos, en donde se evaluaron 73 estudios que incluyeron 3751 y 2843 pacientes que se habían sometido a cirugía laparoscópica y nefrectomía abierta, respectivamente. El grupo de cirugía

¹¹ Op. Cit, nota 3.

¹² McDonald R. Kidney Transplantation in children: General principles. UpToDate. Walham, MA. 2019.

laparoscópica tuvo una estancia hospitalaria significativamente más corta y un regreso al trabajo más rápido.¹³

Sin embargo, las complicaciones que requirieron reintervención de atención hospitalaria, las que no requirieron intervención y las tasas de reingreso para la atención hospitalaria fueron dos o tres veces más frecuentes con la nefrectomía laparoscópica en comparación con la nefrectomía abierta del donante. La mayoría fueron complicaciones gastrointestinales, como náuseas, vómitos, estreñimiento, íleo y deshidratación, aunque el sangrado y la rabiomólisis también fueron más comunes con la nefrectomía laparoscópica.

En Estados Unidos, una observación constante es que la nefrectomía laparoscópica del donante, en comparación con la nefrectomía abierta del mismo, se asocia con una menor morbilidad del donante y una función similar del aloinjerto, aunque un incremento en los gastos.¹⁴

En cuanto a la morbilidad, un estudio de cohorte de Corea, arrojó que los donantes desarrollaron varias condiciones comórbidas después donación de riñón, la más común de las cuales fue hipertensión (6,1%). Enfermedad cardiovascular, malignidad, y prediabetes o diabetes ocurrieron en 0.9%, 2.2% y 3,8% de los pacientes, respectivamente, después de la nefrectomía. De 28 pacientes con neoplasia maligna recién desarrollada después de riñón donación, solo 12 (42,9%) donantes estaban vivos durante el seguimiento.¹⁵

Los estudios sugieren que, más allá del período perioperatorio, la supervivencia después de la donación de riñón en vida es la misma que para individuos similares compatibles que no donaron, al menos durante aproximadamente 10 a 18 años.¹⁶

¹³ Shapiro R, Brennan D. Kidney transplantation in adults: Benefits and complications of minimally invasive live-donor nephrectomy. UpToDate. Walham, MA. 2019

¹⁴ Op. Cit, nota 3.

¹⁵ Yaerim K, Mi-yeon Y, Kyung D, Chang W, Hyeon H, Sang-il M, et al. Long-term Mortality Risks Among Living Kidney Donors in Korea. Am J Kidney Dis. 75(6):919-925. 2019

¹⁶ Op. Cit, nota 3

De acuerdo a un estudio en Noruega, con seguimiento de los donantes más prolongado, las curvas de mortalidad fueron similares para donantes y no donantes durante los primeros 15 años, pero posteriormente divergieron ya que a los 25 años después de la donación, la mortalidad acumulada por todas las causas fue de aproximadamente el 18% entre los donantes y el 13% entre los no donantes sanos. Un estudio de registro de los Estados Unidos comparó a 96.217 donantes con participantes sanos en NHANES III. Entre 20,024 participantes de NHANES, 9364 no tenían contraindicaciones identificadas para la donación de riñón (según el autoinforme del paciente, el examen físico y la evaluación radiológica y de laboratorio en la inscripción de NHANES). El 68% de los donantes estaban relacionados biológicamente con los receptores, lo que nos permite considerar la posibilidad de que sea por un caso genético.¹⁷

Un estudio en Estados Unidos de 103 donantes afroamericanos encontró tasas más altas de hipertensión en un promedio de 6.4 años después de la donación en comparación con los afroamericanos sanos seleccionados del estudio de cohorte prospectivo Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) (40.8 frente a 17.9 por ciento, respectivamente).¹⁸

En un estudio, se observó que la TFG disminuyó hasta el sexto mes, para luego incrementarse al doceavo mes, esto debido a una hipertrofia renal posterior a la nefrectomía contralateral, la cual produce hiperfiltración a manera de compensación. La PAS no mostró cambios significativos a lo largo del tiempo, no así la PAD, que tuvo un incremento significativo a lo largo del seguimiento.

En cuanto a la proteinuria medida en orina de 24 horas, se observó aumento hasta el sexto mes, para luego disminuir hasta el doceavo mes. De igual manera a consecuencia de la hiperfiltración.¹⁹

¹⁷ Op. Cit, nota 3

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Rivas A, Cárcamo C, Munarriz C, Miyahira J. Cambios fisiológicos y morfológicos tempranos en el riñón remanente de donantes vivos. Rev Peru Med Exp Salud Publica.;37(4):733-738. 2020

Diversos estudios han investigado la mortalidad de los pacientes donadores renales, cuyos resultados no refieren algún riesgo o cambio en la salud que los haga vulnerables.

Las causas de mortalidad a largo plazo en donadores de riñón son los mismos que los observados en la población general: cardiovasculares, cáncer y accidentes de tránsito. Por lo tanto, en individuos sanos con función renal adecuada y sin factores de riesgo adicionales como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, etc., quedar con un solo riñón funcionando, no los pone en riesgo de nefropatía a largo plazo. A pesar de eso, es necesario llevar un seguimiento e identificar y reducir el riesgo de enfermedades que podrían afectar la salud del riñón restante, lo recomendable es a partir de las primeras 24 horas. Hasta cumplir el primer mes de cirugía.²⁰

Estas observaciones justifican esfuerzos de replicación en cohortes más grandes con un seguimiento más prolongado para definir mejor los impactos de la donación.

²⁰ Miyahira J. Riñón único funcionante, ¿riesgo de enfermedad renal crónica? Rev Med Hered. 31(1). 2020

2.3 Filosofía de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri (EE.UU.), graduándose como enfermera en la Escuela del Ejército en el año 1921.

En 1955 se editó su primera definición de enfermería. En 1966 desarrolló más esta definición en su libro *The Nature of Nursing*, haciendo hincapié en que el cuidado de la enfermera vaya dirigido tanto hacia la persona sana y enferma. El objetivo de sus cuidados de enfermería es lograr que la persona consiga la independencia, ayudándola a satisfacer sus necesidades básicas. Estas necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre el individuo. El concepto de necesidad, según Henderson, no es el de carencia, sino el de un requisito.

Su definición de enfermería va enfocada a la asistencia al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación, actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

El papel del profesional de enfermería en relación al cuidado de la persona, puede darse en tres niveles:²¹

1. Enfermera como sustituta: Suplir la autonomía de la persona o ayudarle a lograr su independencia, es decir, cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma.
2. Enfermera como ayudante: realiza actividades de manera parcial, nunca sufre de forma total las actividades que puede realizar la persona.
3. Enfermera como acompañante: Supervisa y educa al paciente, pero es la persona, quien realiza sus cuidados.

²¹ Pastuña R. Modelo de Virginia Henderson. Universidad de Concepción. 2018.

Los principales conceptos y definiciones de la teoría de Virginia Henderson se describen a continuación:

- **Independencia:** Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas
- **Dependencia:** Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que la impide satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a su edad sexo etapa de desarrollo y situación de vida.
- **Autonomía:** Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.
- **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades es decir los orígenes o causas de una dependencia:
 - **Fuerza:** no solo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerza, física y psíquica.
 - **Voluntad:** Nivel de compromiso y participación en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades se relaciona con el término motivación.
 - **Conocimiento:** Lo relativo a las concepciones esenciales sobre la propia salud situación de la enfermedad la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Para la autora, la persona es un ser formado por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio y en todo esto en conjunto, lo convierte en un ser integral.²²

²² Op. Cit, nota 9.

Respecto a la salud, la considera básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud a la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas relacionando así salud con independencia.

El entorno puede ser controlado por la persona, sin embargo, la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia y la comunidad.

Como resultado de todo el análisis previamente mencionado, la principal propuesta de Virginia Henderson, es el rol asistencial, es decir, la capacidad del profesional de enfermería para que el usuario recupere su independencia, para lograr la reinserción del individuo en la sociedad. Su filosofía se basa en las 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene, las integran el aspecto físico, social, psicológico y espiritual.²³

Las 14 Necesidades se enumeran en la siguiente tabla:

Tabla de 14 necesidades según Virginia Henderson²⁴	
1. Necesidad de respirar normalmente	Comprende la función fisiológica para proporcionar a las células del organismo, la cantidad indispensable de oxígeno(O ₂) y a la vez eliminar el dióxido de carbono (CO ₂) de la combustión celular.
2. Necesidad de alimentarse e hidratarse.	Implica el consumo de alimentos y bebidas, condiciones y alteraciones de la piel, uñas, pelo, membranas

²³ Álvarez L. Modelo de Virginia Henderson y Teoría Psicodinámica de Hildegart Peplau. Universidad Politécnica y Artística de Paraguay. 2019

²⁴ Op. Cit, nota 21

	mucosas, dentadura, datos objetivos de temperatura corporal, IMC, problemas digestivos, etc.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales	La excreción de desechos se produce por la orina, heces, transpiración, respiración y menstruación.
4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas	Incluye el movimiento corporal, la alineación y coordinación, el funcionamiento integrado de los sistemas esquelético, muscular y nervioso.
5. Necesidad de dormir y descansar	Se debe conocer los hábitos de descanso y también las dificultades para conciliar el sueño, como sensibilidades a los ruidos, a la iluminación, a la temperatura, entre otros
6. Necesidad de elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse	Poder seleccionar y usar la ropa que se desea también influye en el sentido de independencia de la persona.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.	La regulación de la temperatura corporal incluye tanto la producción de calor; como la eliminación del mismo.
8. Necesidad de mantener la higiene y la integridad de la	Permanecer aseado y cuidado y condición de la piel.

piel.	
9. Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.	Implica protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social.
10. Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.	Implica valorar el equilibrio entre la soledad e interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia y amigos.
11. Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.	Se debe respetar los valores y creencias particulares del paciente. Con base a esto, toma sus decisiones y ejerce ciertas acciones o pensamientos.
12. Necesidad de ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal	Se refiere al deseo que alienta al individuo a llegar a ser todo aquello de lo que es capaz.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas.	La salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan la persona.
14. Necesidad de Aprender.	Se refiere a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud.

Tabla 1. 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson. L.E. Emily Joan Quezada Vilchis. 6ta generación Enfermería Perioperatoria. Adaptado de: Álvarez L. Modelo de Virginia Henderson y Teoría Psicodinámica de Hildegart Peplau. Universidad Politécnica y Artística de Paraguay. 2019.

La evolución de vocación a profesión de Enfermería, ha sido posible mediante la formación reglada, ordenada y sistemática de conocimientos, basados en la práctica enfermera. Existe un estrecho vínculo entre disciplina y profesión, que nos permite tener conocimientos fundamentados del cuidado, basados en la teoría y aplicados en la práctica, lo que nos lleva al sustento de cada una de nuestras actividades.

La evolución que tuvo Enfermería, permitió ampliar los ejes de estudio, agregando al cuidado, conceptos que se convirtieron en el núcleo de la enfermería teórica, tales como el concepto de persona, entorno y salud. Los cuales adquieren su propio significado y se complementan de acuerdo a la perspectiva de la teoría con la que se relacionen, también se conocen como elementos meta paradigáticos.²⁵

De lo anterior, nacen los modelos y teorías de Enfermería, en los primeros se trata de representar el rol ideal de la enfermera en relación con los elementos metaparadigáticos. En los segundos, para ser considerado teoría, deben ser comprobados mediante la investigación en la práctica. Esta comprobación debe ser mediante la aplicación del método científico, el cual, en el área de Enfermería es el equivalente al Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención en Enfermería (PAE).

2.4 Proceso de Atención de Enfermería

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo, su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería.²⁶

Posteriormente en 1967, Yura y Walsh, crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. Éste como instrumento, herramienta o método para la práctica, ha sido el modelo

²⁵ Op. Cit, nota 9

²⁶ Naranjo Y, González L, Sánchez M. Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spiritus. 2018

predominante en la clínica en enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.²⁷

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, tiene un carácter metodológico.

El Proceso Enfermero es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona.²⁸

El PAE es un conjunto de etapas sistemáticas, organizadas e interrelacionadas que permiten proporcionar cuidados específicos basados en el método científico. Está conformado por 5 etapas, que se mencionan a continuación:

- **Valoración:** se recogen, interpretan y organizan datos objetivos y subjetivos del paciente, antecedentes y situación actual del mismo, de la familia y del entorno.

Los pasos para realizar la valoración son: recolección, validación, organización y comunicación.²³

Se pueden realizar tres tipos de valoración:²⁹

- **Valoración de datos básicos:** Se valoran todos los aspectos de su estado de salud.
- **Valoración focalizada:** Información para determinar la situación de una cuestión específica.
- **Valoración prioritaria:** es breve y se emplea para obtener la información que se desea obtener primero.

²⁷ Op. Cit, nota 26

²⁸ Silvero I, Río A, Rivero E, Reyes R, Sayago B, Pérez P. Proceso de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. 2018

²⁹ Moya M. Factores que influyen en la no aplicación del Proceso de Atención en Enfermería en el ámbito hospitalario. Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud. 2018

Se obtienen distintos tipos de datos, entre ellos:

- **Subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- **Objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Históricos:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas.
- **Actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

Los métodos para la obtención de datos, son los siguientes:

- **Entrevista:** Técnica básica en la obtención de datos, puede ser formal con un propósito específico, e informal mientras se brindan los cuidados.
- **Observación:** implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa del entorno.
- **Exploración física:** Recolección de datos a través del examen físico mediante cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- **Diagnóstico:** se realiza un análisis e interpretación de los datos recogidos para identificar problemas reales, de riesgo y áreas de mejora.³⁰

Se identifican cuatro tipos de diagnóstico:

- **Real:** es un problema que el sujeto de atención tiene presente en el momento de valoración. Consta de tres partes: problema, etiología y signos y síntomas.
- **Riesgo:** Juicio clínico en el que no existe problema, sino factores de riesgo que pueden resultar en un problema real. Consta de dos partes: problema precedido de la palabra Riesgo y etiología.

³⁰ Op. Cit, nota 26

- **Bienestar:** Juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar. Consta de tres partes: debe iniciar con la frase “Disposición para”, etiqueta diagnóstica y manifestaciones clínicas.
- **Planificación:** se desarrollan estrategias para abordar las respuestas identificadas en el juicio diagnóstico determinando las actividades a realizar y las respuestas que se esperan en el paciente. Se deben organizar por prioridades.

Existen 4 tipos de planes de cuidado:

- **Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- **Estandarizado:** Protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- **Estandarizado con modificaciones:** Permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- **Computarizado:** Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.
- **Ejecución:** Se pone en práctica el plan de cuidados propuesto anteriormente, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase se mantiene continua la obtención y valoración de datos, ya que la ejecución de la intervención, es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.³¹
- **Evaluación:** Determina de manera objetiva la efectividad de las intervenciones y permite una mejora en la calidad de la atención. Se basa en la respuesta del paciente al plan de cuidados brindado.³²

³¹ Op. Cit, nota 26

³² Ibidem

La implementación del PAE como método científico en la práctica diaria para la gestión de cuidados, ha sido fundamental para el desarrollo de la profesión, ya que promueve el pensamiento crítico y permite la elección de cuidados más eficientes y encaminados al cumplimiento de los objetivos planteados.³³

Por lo tanto, se entiende como aquellas acciones que realiza la enfermera de forma intencionada, llevadas a cabo en un orden específico con el fin de brindar los mejores cuidados individualizados, frente a una persona con necesidades alteradas correspondientes a su estado de salud.

2.5 Daños a la Salud

2.5.1 Donador renal

Los donantes vivos de riñón gozan de buena salud, tienen una función renal normal y no padecen enfermedades crónicas ni hipertensión clínicamente significativa.

Los riñones de donantes vivos tienen mejores tasas de supervivencia del injerto y del paciente para el receptor que los riñones de donantes fallecidos. Esto se debe a que los donantes vivos son fisiológicos y hemodinámicamente normales; por tanto, el injerto no está expuesto a alteraciones isquémicas asociadas con muerte cerebral o muerte cardíaca en donantes fallecidos. Además, el trasplante se puede programar de forma electiva, con las cirugías del donante y del receptor coordinadas en el mismo centro. Esto minimiza el tiempo de isquemia fría del riñón donado.³⁴

³³ Op. Cit, nota 28

³⁴ Op Cit. nota 4

2.5.2 Evaluación del Donador Renal

Se deben incluir pruebas psicológicas con el tiempo suficiente previo al procedimiento, que permitan identificar que el candidato a donador, se encuentra bien de sus facultades mentales, que no sea obligado a ser parte del procedimiento, que demuestre actitudes de autocuidado, que garanticen el apego a seguimiento e indicaciones posteriores al procedimiento. Uno de los aspectos más importantes, es el conocer y comprender que el nivel de riesgo de todo el procedimiento y posterior a éste que incluyen al binomio donador-receptor, la finalidad de esto, incluye que el procedimiento sea del todo legal, y seguro.³⁵

Posteriormente se identifican antecedentes crónico-degenerativos, IMC, compatibilidad sanguínea, estudios sanguíneos prequirúrgicos, perfil lipídico, infeccioso, perfil renal y evaluación de la función renal, evaluación cardiovascular, pulmonar.³⁶

2.5.3 Nefrectomía del donador vivo

El abordaje endoscópico (laparoscópico) es la técnica preferida para la nefrectomía de donante vivo en programas de trasplante de riñón. Sin embargo, la cirugía abierta, preferiblemente mediante un abordaje de incisión pequeña, todavía puede ser considerada una opción válida, a pesar del aumento del dolor en el postoperatorio.

Una guía de Trasplante renal de EUA, refiere como recomendación de evidencia:

- Ofrecer cirugía laparoscópica o asistida con la mano como preferencia en la técnica de nefrectomía de donante vivo.
- Realizar nefrectomía abierta de donante vivo en centros donde las técnicas endoscópicas no están disponibles. Realizar cirugía laparo-endoscópica de un solo sitio, robótica y transluminal de orificio natural.
- Nefrectomía de donante vivo asistida por cirugía endoscópica solo en centros altamente especializados.³⁷

³⁵ González J. Evaluación psiquiátrica, condición psicosocial y del estado mental de donante-receptor. 9(1): 91-98.2020

³⁶ Op Cit. nota 4

2.5.4 Nefrectomía Laparoscópica

El abordaje puede hacerse por vía transperitoneal o retroperitoneal. El riñón izquierdo es preferido por la mayor longitud del pedículo vascular; sin embargo, en casos de anomalías anatómicas o pedículos vasculares múltiples (10-30% de los casos), se utiliza el riñón derecho.³⁸

Tras el acceso a la cavidad intraperitoneal con 4 puertos laparoscópicos y con presión intraabdominal de 12-15mmHg se procede en el lado izquierdo a la movilización y retracción medial del colon descendente y a la identificación y disección del uréter izquierdo, preservando su vascularización en la grasa periureteral. La basculación del polo inferior renal permite tensar el pedículo vascular y facilitar su disección, extremando la meticulosidad en el sellado de los linfáticos hiliares mediante Ligasure.³⁹

Completada la disección vascular en la máxima extensión posible se procede a la liberación de la cara posterior renal, a la sección de los ligamentos esplenorenales y del uréter. Se introduce la mano en la cavidad abdominal a través de mini-incisión (6-7 cm) periumbilical o en fosa iliaca, con ayuda de un dispositivo de cirugía mano-asistida que permite traccionar suavemente del injerto en el momento del clipaje y sección del pedículo vascular. Ello minimiza el tiempo de isquemia caliente y permite mayor control en caso de complicaciones vasculares durante la sección vascular. La alternativa a la extracción mano-asistida exige el embolsado del injerto, con aumento del tiempo de isquemia caliente y del traumatismo renal por la mini-incisión practicada. La arteria o arterias renales se controlan con hemoclips, mientras que para la vena se pueden utilizar hemoclips en función de su diámetro.⁴⁰

En el lado derecho se procede de modo semejante tras la movilización del colon derecho y rechazar el hígado, pudiendo ser necesaria alguna modificación técnica que

³⁷ Breda A, Budde K, Lledó E, et al. EAU Guidelines on Renal Transplantation. European Association of Urology. 2021

³⁸ Pérez M, Pascual J. Técnicas quirúrgicas en donante vivo y fallecido. Complicaciones. Indicaciones de embolización y nefrectomía del injerto. Visión del Nefrólogo. Nefrología al día. 2020

³⁹ Op Cit. nota 38

⁴⁰ Ibidem

permita obtener una vena renal de la máxima longitud posible (reconversión final a técnica abierta mini-incisional, clamp Satinsky en la vena cava y sutura laparoscópica).

Un reciente metaanálisis mostró que la nefrectomía laparoscópica mano-asistida presenta un tiempo de cirugía y de isquemia caliente menor que la técnica laparoscópica pura, aunque no se encontraron otras diferencias en cuanto a complicaciones intraoperatorias o supervivencia del injerto. Técnicas endoscópicas como la nefrectomía con único puerto de entrada (normalmente el ombligo) o la cirugía transluminal a través de orificio natural (vagina), debe limitarse a centros altamente especializados, con profesionales entrenados en este tipo de técnicas.⁴¹

2.5.5 Anestesia durante el procedimiento

Se prefiere el uso de Propofol para la inducción de la anestesia general debido a sus propiedades antieméticas. Se emplea el uso de un agente bloqueador neuromuscular (NMBA) para lograr la intubación traqueal y la ventilación mecánica controlada, también un opioide de acción corta (p. Ej., Fentanilo o sufentanilo) para atenuar la respuesta de estrés a la laringoscopia y la intubación endotraqueal, y como componente de una técnica anestésica equilibrada.

El mantenimiento de la anestesia general puede lograrse con un potente agente de inhalación volátil (p. Ej., Isoflurano o desflurano) o con una técnica de anestesia intravenosa total (TIVA). Se administra un NMBA para reducir la presión intraabdominal necesaria para el grado deseado de distensión abdominal.⁴²

Se puede evitar el sevoflurano o se administra en flujos de gas fresco a más de 2L/minuto para disminuir la acumulación del compuesto A. El sevoflurano tiene toxicidad renal teórica debido a un metabolito de iones de fluoruro inorgánico y la formación de una sustancia conocida como compuesto A. Sin embargo, el sevoflurano no se ha asociado con una lesión renal clínicamente significativa y se ha utilizado de

⁴¹ Ibidem

⁴² Op Cit. nota 37

forma segura en pacientes con insuficiencia renal crónica estable y en pacientes en diálisis.⁴³

No es necesario evitar los agentes excretados por vía renal, ya que la función de depuración renal es generalmente buena (es decir, tasa de filtración glomerular estimada TFG > 60 ml / minuto por 1,73 m²), incluso después de la nefrectomía. Sin embargo, se evitan todos los agentes nefrotóxicos para preservar la función en el riñón restante.⁴⁴

2.5.6 Protección del riñón donante

El mayor riesgo para el riñón trasplantado es la isquemia, que puede estar asociada con un retraso en la función del injerto en el receptor. Por tanto, es importante evitar incluso una isquemia leve del riñón. Se previene la disminución de la perfusión renal manteniendo el volumen intravascular y la presión arterial media (PAM) adecuada, así como evitando una presión intraabdominal elevada.⁴⁵

Las medidas específicas incluyen:

- Presiones de insuflación bajas durante la laparoscopia: durante la laparoscopia, la presión del neumoperitoneo creada con la insuflación de dióxido de carbono (CO₂) se mantiene <15 mmHg para evitar la disminución de la perfusión al riñón.
- Expansión del volumen intravascular: el volumen intravascular se expande con líquido intravenoso (IV) durante todo el procedimiento para mantener una perfusión renal óptima y una producción continua de orina superior a 50ml/hora. Los requisitos de volumen pueden ser mayores en pacientes sometidos a laparoscopia en comparación con la nefrectomía abierta debido a la necesidad de contrarrestar los efectos adversos sobre el flujo sanguíneo renal causados por el aumento de la presión intraperitoneal durante la insuflación de gas CO₂. Por lo

⁴³ Ibidem

⁴⁴ Hendrikus J, Lemmens M. Anesthesia for living kidney donors. UpToDate. Walham, MA. 2019.

⁴⁵ Op Cit. nota 44

tanto, un donante de riñón vivo recibirá típicamente de 4 a 6L de líquidos isotónicos durante un procedimiento de nefrectomía laparoscópica.⁴⁶

- Tolerancia a la hipercapnia leve: se tolera la hipercapnia leve (es decir, un CO₂ al final de la espiración de 45 mmHg) que normalmente se desarrolla durante la laparoscopia con insuflación de CO₂, ya que esto puede mejorar la oxigenación y perfusión tisular debido a la vasodilatación y al aumento del gasto cardíaco, y también puede aumentar la descarga de oxígeno debido a un desplazamiento hacia la derecha de la curva de disociación de la oxihemoglobina.⁴⁷

- Complicaciones postoperatorias

Los riesgos para el paciente durante la nefrectomía laparoscópica, las principales complicaciones son dolor y complicaciones gastrointestinales.⁴⁸

- Dolor: el dolor leve o moderado después de la nefrectomía laparoscópica puede deberse al sitio de inserción del puerto, la incisión abdominal, la manipulación de los órganos pélvicos, la irritación diafragmática o cólico ureteral. Este dolor se trata con opioides intravenosos (IV) suplementarios mediante analgesia controlada por el paciente (PCA) durante uno o dos días y, posteriormente, con opioides orales y acetaminofén.⁴⁹
- Gastrointestinales: náuseas postoperatorias, vómitos, estreñimiento, íleo. Se emplean medidas multimodales (p. Ej., Dexametasona 4 a 8 mg administrados después de la inducción de la anestesia y ondansetrón 4 mg administrados al final de la cirugía) para prevenir y tratar estos efectos secundarios de la anestesia y la cirugía laparoscópica.
- Cuidados del donante posterior al trasplante.

Durante el postoperatorio inmediato, el personal de enfermería se encarga del monitoreo hemodinámico, diuresis horaria mediante sonda urinaria que será retirada posterior a 24 horas, ministración de medicamentos y líquidos por vía endovenosa para

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Ibidem

⁴⁸ Op Cit. nota 44

⁴⁹ Ibidem

mantener hidratado al paciente. El paciente donador, debe mantenerse en observación de 48 a 72 horas posteriores al procedimiento, bajo controles analíticos y de presión arterial, tenga tolerancia a la alimentación por vía oral, el dolor que llegue a presentar, sea controlado con analgesia sin complicaciones.⁵⁰

Al ser dado de alta, el retiro de puntos de la herida quirúrgica se realiza a los 10 días. Sin embargo, la cicatrización completa de la herida puede tardar de 2 a 3 semanas, por lo que las indicaciones de reposo relativo, es decir, evitar levantar cosas pesadas o realizar movimientos que impliquen mucho esfuerzo estarán presentes. Si el paciente donador, no presenta complicaciones hasta este momento, se puede reincorporar a sus actividades normales, reiniciando el ejercicio de una forma lenta y aumentarlo de manera progresiva, es importante evitar los deportes de contacto.⁵¹

Algunos pacientes refieren cansancio a esfuerzos simples, no es motivo de alarma ya que es resultado a la adaptación del cuerpo al procedimiento, no debe durar más de 6 a 8 semanas.

El donante vivo debe realizar su seguimiento con controles médicos desde exámenes físicos, análisis sanguíneos y de función renal al cumplir un mes, posteriormente a los 3, 6 meses de donación y continuar con el seguimiento anual.⁵²

El riñón remanente de los donadores vivos experimenta cambios compensatorios desde la primera semana posterior a la nefrectomía y puede persistir hasta 10 años después.

⁵⁰ Op. Cit nota 38

⁵¹ Ibidem

⁵² Ibidem

2.5.7 Anatomía

Órgano par retroperitoneal, situado normalmente uno a cada lado de la columna vertebral. En el ser humano, el polo superior de cada riñón está a la altura de la duodécima vértebra dorsal y la tercera vértebra lumbar, situándose el derecho en un plano inferior al izquierdo, debido a la presencia del hígado.

El riñón derecho se relaciona con la vena cava inferior, la segunda porción del duodeno, el hígado y el ángulo hepático del colon, con los dos últimos a través del peritoneo. El riñón izquierdo se relaciona con la arteria aorta abdominal, el estómago, el páncreas, el ángulo esplénico del colon y el bazo.⁵³

Los riñones son alargados en sentido vertical, tiene la forma de fríjol, tiene una longitud de 12cm una anchura de 7 a 8cm. y un espesor de 4cm.; su peso es de 140gr en los hombres y de 120gr en la mujer como se muestra en la ilustración.⁵⁴

Las partes de un riñón son principalmente:

- Corteza: la cual es la parte más externa y es donde se ubican los glomérulos.
- Hilio: una abertura situada en el centro del borde interno del riñón por la que entra en este órgano la arteria renal y sale el uréter, la vena renal y los vasos linfáticos.
- Médula: es a su vez la más interna, Y se distingue por poseer seis áreas de forma triangular, las cuales llevan por nombre pirámides renales, de las cuales en sus vértices se crea caminos que llevan hacia la pelvis renal. Otra parte es hacia donde llega la sangre, a su vez mezclada con desechos en la arteria renal. Esta arteria funciona filtrando y haciendo que estos desechos desemboquen en la vena cava.
- Cálices: son las cámaras del riñón por donde pasa la orina. El fluido atraviesa una papila renal hasta un cáliz menor.

⁵³ Verduzco J. Sistema Urinario. Universidad Politécnica del Bicentenario. 2020

⁵⁴ Op Cit, nota 53

- Pirámides renales o de Malpighi: son tejidos del riñón con forma de cono, se encargan de limpiar y expulsar de la sangre, que recorre nuestro cuerpo, de toxinas, que son expulsadas por medio de la orina.
- Uréter: son túbulos que nacen de la pelvis renal y miden aproximadamente 25cm, transportan la orina desde la pelvis renal hasta la vejiga urinaria.
- Nefronas: son terminaciones sanguíneas encargadas de filtrar la sangre y producir orina. Realizan varias funciones, todas ellas vitales para el organismo: Filtran la sangre y separan de ella las impurezas y sustancias tóxicas, así como los nutrientes que ya limpios ponen de nuevo en circulación. Controlan el sodio existente en el organismo.⁵⁵

2.5.8 Fisiología

El riñón es uno de los órganos clave en la regulación de la composición y del volumen de líquido extracelular. A través de esta función general contribuye a mantener de la homeostasis de líquidos corporales. Todas estas funciones, se describen a continuación.

- Excreción de metabolitos nitrogenados

A través del riñón se excretan una serie de compuestos nitrogenados, como creatinina, urea y ácido úrico que son productos metabólicos terminales que deben ser excretados para mantener constantes sus concentraciones plasmáticas. Más ampliamente, esta función incluye la excreción de compuestos endógenos, como hormonas y exógenos, como fármacos.⁵⁶

- Conservación de solutos orgánicos que son valiosos para el organismo

Los riñones filtran varias veces al día el volumen total de líquido extracelular. Si no se reabsorben solutos valiosos como glucosa, aminoácidos y electrolitos su concentración

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Gallardo P, Vio C. Fisiología Renal y Metabolismo Hidrosalino. Ediciones UC. 2018

plasmática declinaría rápidamente. Esta conservación ocurre por diferentes mecanismos de transporte a lo largo del túbulo renal.⁵⁷

- Regulación de la Osmolalidad plasmática

El riñón es capaz de regular la concentración de solutos osmóticamente activos, presentes en el líquido extracelular. La osmolalidad del plasma es regulada a través de cambios en la excreción renal de agua, bajo la influencia de la hormona antidiurética (ADH).⁵⁸

- Regulación del Volumen Circulante efectivo

Ocurre a través de la excreción renal de sodio bajo la influencia del sistema simpático, sistema renina-angiotensina-aldosterona, calicreína-cininas, atriopeptina y óxido nítrico. El organismo mantiene un balance entre la ingesta y excreción de sodio. Los ajustes de la excreción renal de sodio están directamente relacionados con la mantención del volumen circulante efectivo y la presión arterial.⁵⁹

- Regulación del Balance Ácido-Base

A través de la excreción renal de ácido, juega un papel muy importante en el equilibrio ácido-base, reabsorbiendo el bicarbonato y regenerando aquel consumido en neutralizar protones de ácidos derivados, fundamentalmente, del metabolismo de proteínas y ácidos nucleicos. Existe también una integración entre la función respiratoria, hepática y renal en el equilibrio ácido-base. El sistema respiratorio, permite la eliminación de dióxido de carbono, el riñón reabsorbe bicarbonato y el hígado aporta glutamina, cuyo metabolismo renal juega un papel muy importante en la regeneración de bicarbonato.⁶⁰

- Regulación del balance de Potasio

⁵⁷ Op Cit, nota 37

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ Op Cit, nota 37

⁶⁰ Ibidem

El balance de potasio es un equilibrio entre la ingesta y la excreción que se realiza a través del control de la excreción renal de potasio, y bajo la influencia de la ingesta de potasio y la aldosterona. La razón de las concentraciones entre los medios intra y extracelular juega un papel determinante en el potencial de membrana en reposo y, por ende, en la excitabilidad de nervios y músculos.

- Regulación del balance de calcio y fósforo

La paratohormona (PTH) y el calcitriol regulan el transporte de calcio y fósforo en la nefrona, para mantener dentro de un rango normal la concentración de calcio en el líquido extracelular.⁶¹

2.5.9 Función endócrina

En el riñón, ocurre la síntesis de hormonas y componentes de sistemas hormonales. Dentro de las hormonas sintetizadas están la eritropoyetina, que juega un papel importante en la eritropoyesis; el calcitriol o metabolito activo de vitamina D, que es determinante en la absorción intestinal de calcio. Dentro de los sistemas hormonales, se destacan las enzimas proteolíticas renina y calicreína. La primera, es secretada por las células granulares de la pared de la arteriola aferente, es el componente limitante para la síntesis de angiotensina II; la calicreína es sintetizada exclusivamente por las células conectoras y es esencial en la formación del péptido bradicinina, que participa en la regulación de la presión arterial y de la excreción renal de sodio.⁶²

⁶¹ Ibidem

⁶² Op Cit, nota 37

Capítulo 3: Metodología

A continuación, se describen los pasos que se realizaron para llevar a cabo el estudio de caso:

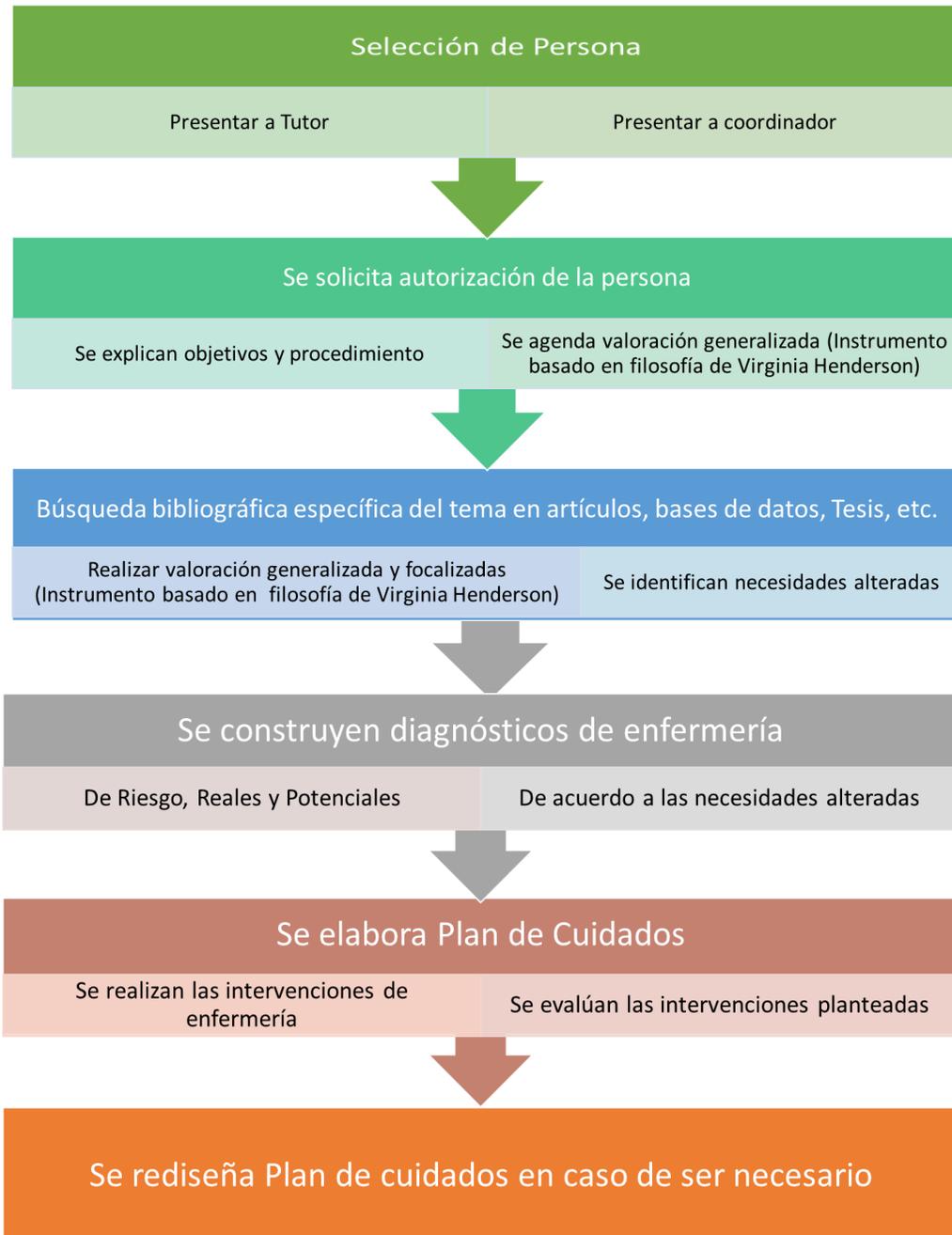


Figura 1. Metodología. L.E. Emily Joan Quezada Vilchis. 6ta generación Enfermería Perioperatoria.

3.1 Consideraciones Éticas

3.1.1 Código de Ética de Enfermería

Dentro del actuar de enfermería, como en otras disciplinas, existen principios éticos que identifican a la profesión, pero a su vez, acompañan y sustentan los cuidados de enfermería.¹⁰ Estos principios se mencionan a continuación:

- Beneficencia: Hacer el bien, incluyendo la obligación de prevenir o aliviar el daño.
- Ética: Disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano.
- Bioética: Estudio de los aspectos éticos de las ciencias de la vida (medicina y biología, principalmente), así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos.
- Justicia: Trato igualitario de cada uno de los pacientes.
- Autonomía: Dejar de actuar sólo por indicaciones verbales o escritas, si no complementar los cuidados con base al conocimiento.
- Responsabilidad: Cuidar de sí mismo y de los demás.
- Respeto: Aceptar las decisiones de los pacientes en la salud, enfermedad, tratamiento, etc.
- Empatía: Participación afectiva en la realidad del paciente.⁶³

No es suficiente mencionar lo ideal del actuar en Enfermería, hay lineamientos que permiten la inclusión de acciones específicas que de manera general aseguran la atención, sin faltar a los derechos de las personas que están bajo nuestro cuidado.

A continuación, se mencionan fracciones involucradas de la Ley general de Salud, que especifican las acciones que todo personal de salud debe implementar en cualquier forma de atención brindada.

⁶³ Rodríguez T, Rodríguez A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev Cubana Enfermería. 38(3) 2018

“Artículo 77 bis 37: Los beneficiarios tendrán los siguientes derechos:

(REFORMADA [N. DE E. ADICIONADA], D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019)

“I. Recibir en igualdad y sin discriminación los servicios de salud a que se refiere el presente Título. El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso a la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

“II. Recibir servicios integrales de salud (REFORMADA [N. DE E. REUBICADA], D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019).

“III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“IV. Recibir gratuitamente los medicamentos y demás insumos asociados, que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud (REFORMADA, D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019).

“V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“VI. (DEROGADA, D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019)

“VII. Contar con su expediente clínico (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“VIII. Decidir libremente sobre su atención (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“X. Ser tratado con confidencialidad (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“XII. Recibir atención médica en urgencias (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003)

“XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica (ADICIONADA, D.O.F. 15 DE MAYO DE 2003).

“XIV. No cubrir ningún tipo de cuotas de recuperación o cualquier otro costo por los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que reciban conforme al presente Título (REFORMADA, D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019).

“XV. Presentar quejas ante los servicios estatales de salud y, en su caso, ante el Instituto de Salud para el Bienestar, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas (REFORMADA, D.O.F. 29 DE NOVIEMBRE DE 2019).”⁶⁴

Como se ha mencionado y posterior a lo citado, se puede identificar que los principios éticos que identifican a la profesión de Enfermería van muy relacionados con los derechos de los pacientes en cuanto a la atención de Salud. Y en el caso del presente trabajo, se garantizan el actuar de acuerdo con lo que establece la Ley y los Principios Éticos de identifican nuestra profesión.

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

Tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.⁶⁵

⁶⁴ Ley General de Salud. Artículo 77 bis 37. Reformado por última vez el 29 de Noviembre de 2019.

⁶⁵ NOM-004-SSA3-2012. NORMA Oficial Mexicana, Del expediente clínico.2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos

Se ha desarrollado con el propósito de establecer las condiciones necesarias y suficientes que favorezcan una práctica clínica homogénea, que coadyuve a lograr una atención segura y libre de riesgos, asimismo, instituye los requisitos mínimos para la instalación, el mantenimiento y el retiro de los accesos venosos periféricos y centrales, para contribuir a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes.⁶⁶

NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

Establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales.⁶⁷

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de Anestesiología

Establece los criterios y procedimientos que se deberán observar para la práctica de la anestesiología, así como los requisitos mínimos obligatorios que deberán reunir los profesionales y establecimientos, donde se practique esta especialidad.⁶⁸

⁶⁶ NOM-022-SSA3-2012. NORMA Oficial Mexicana, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. 2012

⁶⁷ NOM-045-SSA2-2005. NORMA Oficial Mexicana, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.2005

⁶⁸ NOM-170-SSA1-1998, NORMA Oficial Mexicana Para la práctica de Anestesiología. 1998

NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica

Establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos biológico-infecciosos que se generen en establecimientos que presten atención médica, tales como clínicas y hospitales, así como laboratorios clínicos, laboratorios de producción de agentes biológicos, de enseñanza y de investigación, tanto humanos como veterinarios en pequeñas especies y centros antirrábicos, y es de observancia obligatoria en dichos establecimientos, cuando éstos generen más de 25 kg (veinticinco kilogramos) al mes o 1 kg (un kilogramo) al día de los residuos peligrosos.⁶⁹

3.2 Cirugía segura

La Alianza Mundial para la seguridad de la Cirugía refiere que el propósito de la cirugía es salvar vidas, sin embargo, la falta de seguridad de la atención quirúrgica, resulta en daños considerables a la persona.

Es por ello que la Secretaría de Salud, describe las acciones esenciales para la seguridad del paciente. Para el presente trabajo se hace énfasis en las acciones esenciales para la seguridad de los procedimientos quirúrgicos.⁷⁰

- **Marcado de sitio quirúrgico:** antes del ingreso a sala de cirugía, se debe realizar un marcado sobre la piel del paciente, cuando la cirugía se en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.

⁶⁹ NOM-087-ECOL-1995., Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. 1995

⁷⁰ CGS. Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente.2018

El marcaje debe realizarse en presencia de un familiar, cuando la persona se encuentre en un estado de inconsciencia o sea menor de edad. Está permitido el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles.⁷¹

- **Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía:** Se designará a un integrante del equipo quirúrgico como coordinador de llenado, generalmente se elige a la enfermera circulante.

Se debe aplicar a todos los pacientes que se enfrenten a un procedimiento quirúrgico dentro o fuera del área de quirófano, así como procedimientos invasivos, cumpliendo las siguientes fases:⁷²

- **Fase 1. Entrada**

Antes de la inducción de anestesia

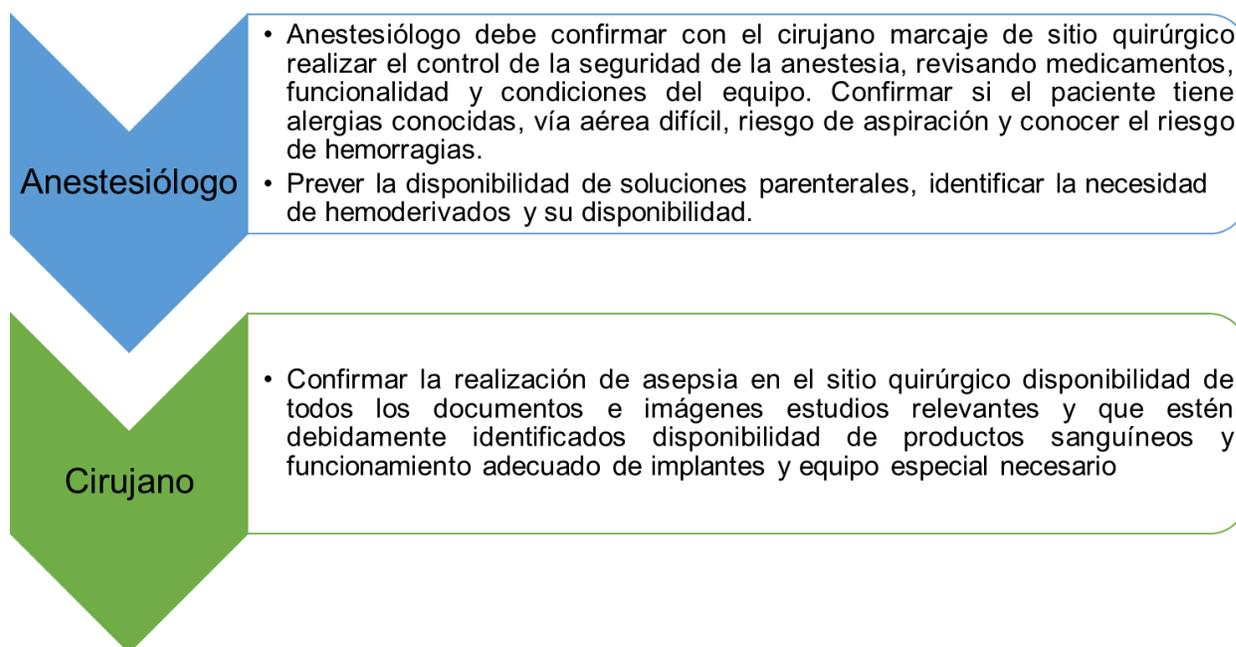


Figura 2. Lista de verificación para la seguridad de cirugía. Entrada. L.E. Emily Joan Quezada Vilchis. 6ta generación Enfermería Perioperatoria. Adaptado de: CGS. Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente.2018

⁷¹ Op. Cit, nota 70

⁷² Ibidem

- **Fase 2. Pausa Quirúrgica**

Antes de la Incisión

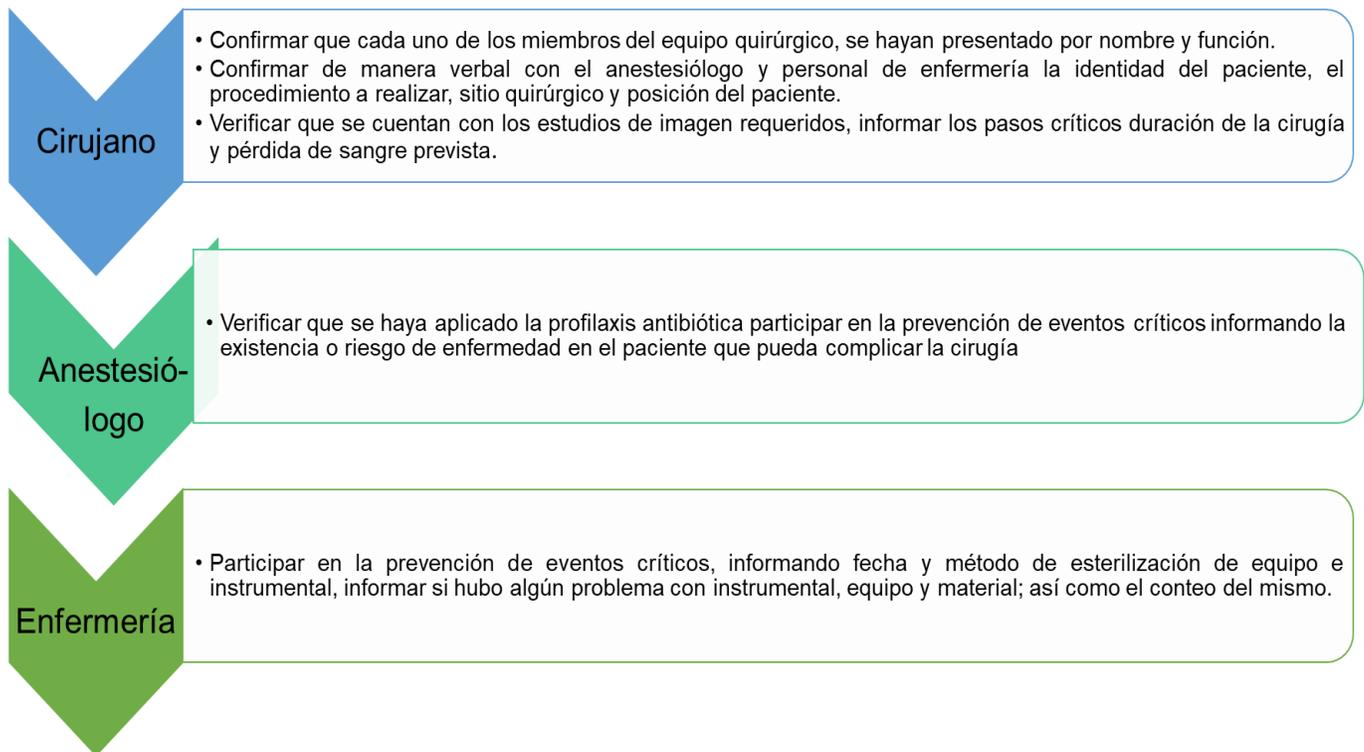


Figura 3. Lista de verificación para la seguridad de cirugía. Pausa Quirúrgica. L.E. Emily Joan Quezada Vilchis. 6ta generación Enfermería Perioperatoria. Adaptado de: CGS. Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente.2018

- **Fase 3. Salida**

Antes de que el paciente salga de quirófano

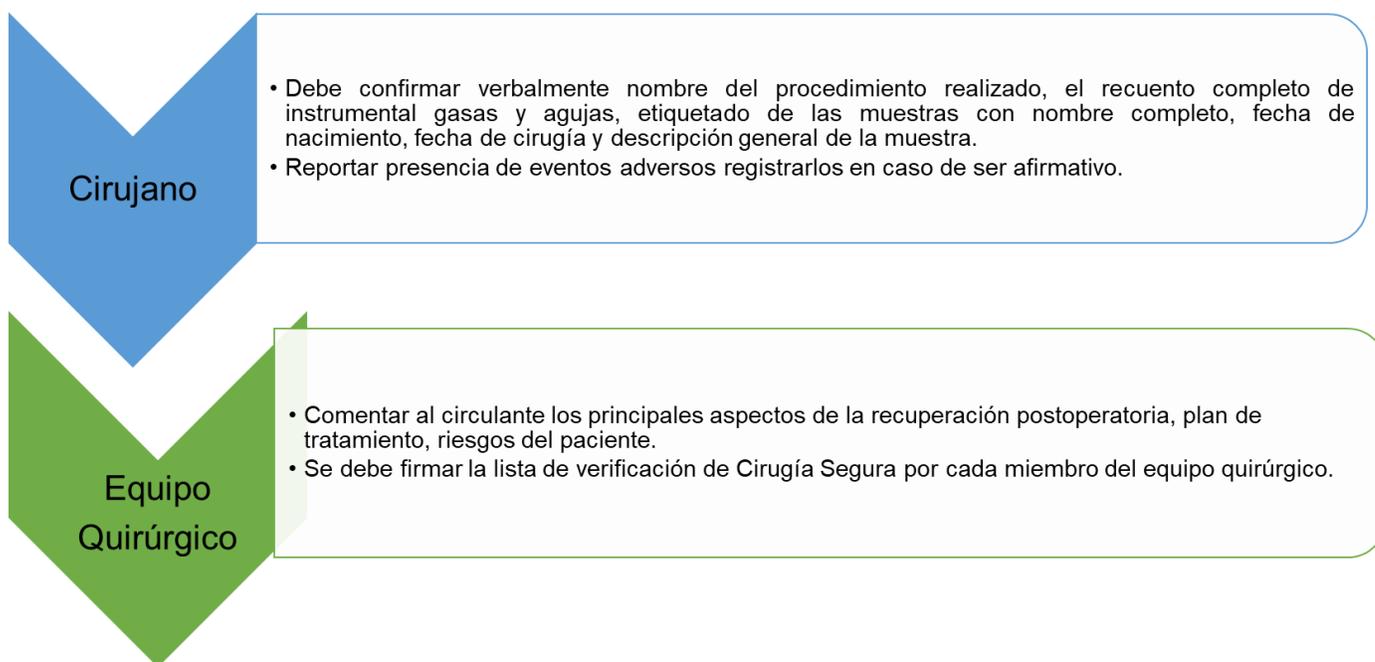


Figura 4. Lista de verificación para la seguridad de cirugía. Salida. L.E. Emily Joan Quezada Vilchis. 6ta generación Enfermería Perioperatoria. Adaptado de: CGS. Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente.2018

Capítulo 4: Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

4.1 Presentación del Caso (metaparadigma de Virginia Henderson)

Fecha: 20/04/21

Hora: 07:00hrs

Lugar: Hospitalización

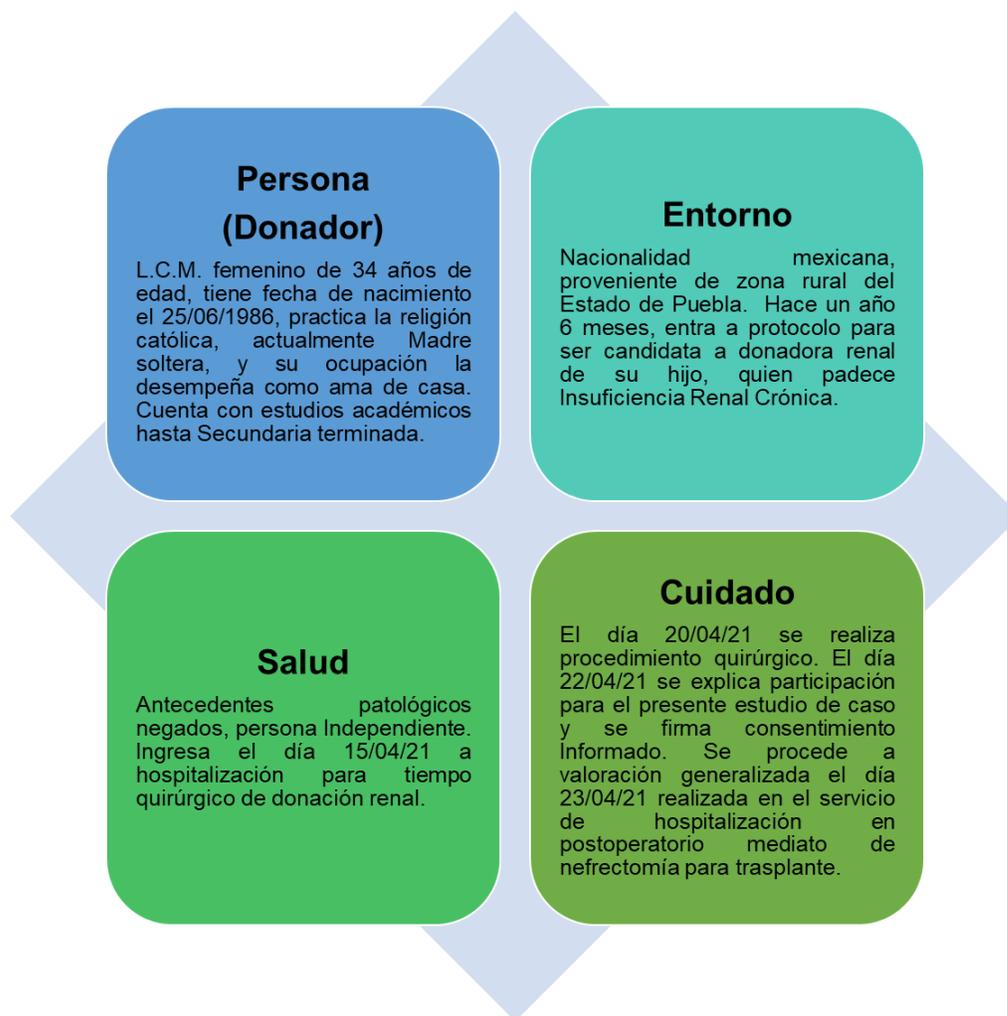


Figura 5. Presentación del caso (metaparadigma de Virginia Henderson). L.E. Emily Joan Quezada Vilchis. 6ta generación Enfermería Perioperatoria.

4.2 Plan de Atención de Enfermería

4.2.1 Valoración Focalizada 1-Preoperatorio Inmediato.

Fecha: 20/04/21

Hora: 07:00hrs

Lugar: Hospitalización

Se encuentra L.C.M. cursando el preoperatorio inmediato, instalada en unidad hospitalaria, en compañía de familiar, recostada en la cama, consciente y orientada, refiere alteración del sueño por angustia ocasionada por el procedimiento quirúrgico del familiar receptor renal, escala APAIS con 20 puntos. Se realiza baño en regadera previo a instalación de acceso venoso en miembro superior izquierdo, cuenta con ayuno de 7hrs, con medias antitrombóticas en miembros pélvicos. En espera de traslado al área quirúrgica.

N°	Necesidad Alterada	Datos Objetivos	Datos Subjetivos
1	Necesidad de respirar normalmente.	FC: 82lpm FR:25rpm T/A:112/67mmHg Temp: 36.5°C	
5	Necesidad de dormir y descansar		Alteración del sueño
9	Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.	Escala APAIS: 20 puntos. Hipervigilancia. Inquietud. Hiperhidrosis palmar.	Ansiedad
10	Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones.		“Temor a riesgos quirúrgicos”.

4.2.2 Diagnósticos de Enfermería

1. Ansiedad r/c desconocimiento de riesgo quirúrgico m/p expresión verbal de complicaciones en el transoperatorio y miedo a la muerte con puntuación 20 en escala APAIS, alteración del sueño, inquietud y taquipnea de 25rpm.

4.2.3 Plan de Cuidados

Fecha: 20/04/21	Hora: 07:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Seguridad	Conocimiento	Acompañante	Parcialmente dependiente
Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad r/c desconocimiento de riesgo quirúrgico m/p expresión verbal de complicaciones en el transoperatorio y miedo a la muerte con puntuación 20 en escala APAIS, alteración del sueño.			
Objetivo del Profesional de Enfermería Mantener el confort.			
Objetivos del Usuario Obtener la información correspondiente al procedimiento que permita la “Disminución de miedo”.			
Intervenciones de Enfermería Aplicar métodos técnicos para lograr la disminución de ansiedad.			
Acciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la comunicación efectiva. <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar un ambiente de confianza.⁷³ • Presentarse con la persona. • Fomentar la expresión de la situación emocional de la persona. • Escuchar con atención. <ul style="list-style-type: none"> • Confort ambiental. 2. Aplicar técnicas de relajación.⁷⁴ <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de respiración diafragmática. • Técnica de relajación imaginaria. 3. Proporcionar información respecto al procedimiento.⁷⁵ <ul style="list-style-type: none"> • Explicar sobre medidas de seguridad en área quirúrgica. • Fomentar la confianza en el personal de salud que interviene. • Identificar, analizar y modificar los pensamientos erróneos. 			
Evaluación			
Se logró que la persona disminuyera su nivel de ansiedad con una puntuación 20 a 14 en la escala APAIS.			

⁷³ Turón R. Plan de cuidados de un paciente con Ansiedad. Revista electrónica de Portales Médicos. 2020; 15(14):732.

⁷⁴ Espinoza G. Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual. Facultad De Ciencias De La Comunicación, Turismo Y Psicología Escuela Profesional De Psicología. Perú. 2019

⁷⁵ Romero Ajenjo, Á., Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica. Conocimiento Enfermero. 2020; (10): 30-50.

4.3 Valoración Focalizada 2-Transoperatorio

Fecha: 20/04/21

Hora: 08:25hrs

Lugar: Quirófano

L.C.M. instalada en unidad quirúrgica, cursando el periodo transoperatorio, se instala catéter venoso central en yugular derecha, posteriormente se coloca sonda vesical 16Fr. Para drenaje, se coloca electrodo neutral para adulto en antebrazo izquierdo y se procede a posicionarla en decúbito lateral derecho, cirugía con estimación de 6hrs de duración, escala ELPO: 19 puntos.

Nº	Necesidad Alterada	Datos Objetivos	Datos Subjetivos
9	Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.	Escala ELPO: 19 puntos	Posición decúbito lateral derecho.

4.3.1 Diagnósticos de Enfermería

1. Riesgo de lesión tisular transoperatoria r/c vulnerabilidad propia de la persona y puntaje 19 de escala ELPO.

4.3.2 Plan de Cuidados

Fecha: 20/04/21	Hora: 09:00	Lugar: Quirófano	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera/Paciente	Grado de Dependencia
Moverse y mantener postura adecuada	Fuerza	Sustituta	Dependiente
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de lesión tisular transoperatoria r/c vulnerabilidad propia de la persona y puntaje 19 de escala ELPO.			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Riesgo de lesión tisular transoperatoria r/c vulnerabilidad propia de la persona y puntaje 19 de escala ELPO.			
Objetivos del Usuario: No aplica.			
Intervenciones de Enfermería Proporcionar medidas que disminuyan el aumento de presión en prominencias óseas.			
Acciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la posición de la persona durante la intervención quirúrgica.⁷⁶ <ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la presión sobre la piel, nervios y vasos sanguíneos. • Evitar humedad ocasionada por la antisepsia. • Evitar arrugas en las sábanas donde descansa la persona. 2. Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones de la persona al posicionamiento. 3. Utilizar dispositivos de manejo de presiones en las zonas de mayor presión corporal.⁷⁷ <ul style="list-style-type: none"> • Colocar material acolchado en las prominencias óseas 			
Evaluación Se proporcionaron medidas que disminuyeron la presión en prominencias óseas, se mantuvo puntaje 19 de escala ELPO.			

⁷⁶ Mustelier-Duanes Y. Intervenciones de enfermería en pacientes con cirugía ambulatoria de enfermedades anorectales. Revista Cubana de Enfermería. 2018; 34 (1)

⁷⁷ Villalba A, Algara P, Castellanos M, Cabrera J. Plan de cuidados estandarizados en pacientes intervenidos de columna. Ocronos. 2019.

4.4 Valoración Generalizada-Postoperatorio mediato

Fecha: 23/04/21

Hora: 15:00hrs

Lugar: Hospitalización

Luisa C.M. se encuentra cursando en el postoperatorio mediato, que corresponde al tercer día posterior a nefrectomía izquierda. Se encuentra en compañía de familiar, recostada, con acceso venoso permeable, presenta palidez de tegumentos, ardor y resequedad en laringe al deglutir o hablar, refiere dolor abdominal al movimiento, así como distensión por lo que no tiene apetito, control hídrico, sin sonda vesical. (Anexo 1)

No	Necesidad	Datos Objetivos:	Datos Subjetivos
1	Necesidad de respirar normalmente.	FC: 105 lpm FR: 27 rpm T/A: 117/86mmHg Temp: 36°C Llenado capilar <2seg SpO ₂ :93%	Presenta Várices MPI. Tórax simétrico, normolíneo. Oxigenoterapia intermitente. Palidez de Tegumentos. Irritación laríngea.
2	Necesidad de alimentarse e hidratarse.	Peso: 50.6kg Talla: 143cm IMC: 24.7 Perímetro abdominal 77cm Solución Parenteral: Sol. Glucosada 5%+NaCl 2.5ml a 123mlxhr. Facies de aversión a los alimentos.	Realiza 3 comidas al día, combinando entre frutas, verduras y proteína de origen vegetal y animal. Bebe 1.5 Litros de agua al día aproximadamente. Desconoce factores que favorecen la digestión. Boca anatómica y funcionalmente normal, dentadura completa, sin caries aparente. Mucosa oral hidratada, de color

			<p>rosado.</p> <p>Apetito disminuido.</p> <p>Alimentación por vía Oral.</p> <p>Dieta líquida.</p> <p>Refiere “retortijones”.</p>
3	Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.	<p>920 ml de diuresis en 24hrs.</p> <p>Color de orina amarillo claro.</p> <p>Abdomen globoso a la palpación.</p>	<p>Refiere 1 o 2 evacuaciones al día.</p> <p>Flatulencias esporádicas.</p> <p>Diuresis sin dolor o ardor.</p> <p>FUM: 27/03/21.</p> <p>Periodos menstruales de 5 días, con ciclos regulares de 28 días presentado flujo moderado.</p> <p>Distensión.</p>
4	Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.	<p>Postura corporal normal</p> <p>Mano derecha dominante</p> <p>Movimientos coordinados en extremidades</p>	<p>Refiere constante deambulación durante sus actividades diarias en casa.</p> <p>No realiza ejercicio extra a sus actividades.</p> <p>Sensación de cansancio.</p> <p>Evita movilización en cama.</p> <p>Movimientos lentos.</p>
5	Necesidad de dormir y descansar	Sueño de 7 horas	Identifica los desvelos como causa que puede alterar el descanso y el sueño.
6	Necesidad de elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse.	<p>Su aspecto general es adecuado, se encuentra peinada y aseada.</p> <p>Baño diario en cama.</p>	<p>Considera adecuada su manera de vestir de acuerdo a su edad, le gusta arreglarse al salir de casa.</p> <p>Diario realiza cambio de ropa.</p>

7	Necesidad de mantener la temperatura corporal.	Temp: 36°C	<p>Refiere “sensibilidad extrema al calor”.</p> <p>Le agrada el clima templado.</p> <p>Si tiene frío, realiza actividades y si tiene calor, se da un baño.</p> <p>Se protege de los cambios de temperatura con medidas físicas y alimentarias.</p>
8	Necesidad de mantener la higiene y la integridad de la piel.	<p>Uñas rosadas, cabello con adecuada hidratación e implantación</p> <p>Acceso venoso periférico en MSD y catéter central en yugular derecha.</p> <p>Piezas dentales completa</p> <p>Cepillado dental presente.</p>	<p>Horario preferido para el baño a las 11:00am.</p> <p>Agua de pozo para bañarse en casa.</p> <p>Prefiere agua fría para bañarse.</p> <p>Realiza su aseo con shampoo</p> <p>Utiliza jabón en polvo para lavar la ropa.</p> <p>Cepilla 3 veces al día sus dientes.</p> <p>Su última visita al dentista fue hace 3 años.</p>
9	Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.	<p>Angustia por progreso y tratamiento de su hijo.</p> <p>Ansiedad en la comunicación de dudas</p>	<p>Toxicomanías negadas.</p> <p>Gesta 1 por cesárea.</p> <p>Abortos negados.</p> <p>Actualmente no cuenta con método anticonceptivo.</p> <p>Expediente cuenta con consentimiento informado y lista de verificación de Cirugía Segura del procedimiento quirúrgico.</p>

			<p>Refiere dolor de senos durante periodo menstrual.</p> <p>Cartilla vacunación incompleta.</p> <p>No visita al médico periódicamente.</p> <p>No tiene hábito de vacunarse.</p> <p>Ante situaciones de estrés se mantiene tranquila.</p> <p>Habita en zona rural, casa de padres, cuenta con luz y drenaje, construcción de lámina y madera.</p> <p>Cocina con leña.</p> <p>Integrantes de familia, sus dos padres, su hijo y dos hermanas.</p> <p>El padre es jornalero y es el único que se encarga del gasto familiar.</p> <p>Dolor abdominal al movimiento.</p>
10	Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones.	<p>Habla español</p> <p>Alerta</p> <p>Voz baja al hablar</p>	<p>Afectivo con familiares.</p> <p>Expresa deseos de “evitar el movimiento”.</p>
11	Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias	<p>Aceptación y afrontamiento de su estado actual de salud.</p>	<p>Católica.</p> <p>Valores familiares de honestidad, responsabilidad, respeto, amor.</p>
12	Necesidad de ocuparse en algo		<p>Ocupación: ama de casa.</p> <p>Se siente satisfecha de su rol.</p>

	que su labor tenga un sentido de realización personal.		familiar, ya que le permite cuidar a su hijo.
13	Necesidad de participar en actividades recreativas.		No tiene interés en actividades recreativas, prefiere permanecer en casa y termina sus actividades domésticas.
14	Necesidad de aprender.	Sabe leer y escribir, lo realiza de manera lenta.	Nivel académico: Secundaria terminada. Por cuestiones económicas, no continuó estudiando.

4.4.1 Diagnósticos de Enfermería

1. Dolor laríngeo r/c irritación post intubación m/p ardor, dificultad para hablar y deglutir, EVA 4/10, expresión verbal de dolor.
2. Disminución de la movilidad física r/c dolor abdominal m/p facies de dolor al movimiento con EVA 5/10, movimientos lentos, expresión verbal de deseos de “evitar el movimiento”.
3. Disminución de apetito r/c distensión abdominal m/p facies de aversión a los alimentos, expresión verbal de no querer comer, alimentación dieta líquida, abdomen globoso a la palpación.
4. Angustia r/c falta de información sobre hijo receptor renal m/p taquicardia de 105 lpm, taquipnea de 27 rpm y expresión verbal de preocupación.
5. Disposición para mejorar el autocuidado m/p solicita constante orientación sobre autocuidado, puntuación de 66 en escala para valorar capacidad de Agencia de Autocuidado.

4.4.2 Plan de cuidados

Tercer día Postoperatorio.

Fecha: 23/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Generalizada.
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Oxigenación.	Fuerza.	Sustituta.	Parcialmente dependiente.
Diagnóstico de Enfermería:			
Dolor laríngeo r/c irritación post intubación m/p ardor, dificultad para hablar y deglutir, EVA 4/10, expresión verbal de dolor.			
Objetivo del Profesional de Enfermería:			
Disminuir el dolor laríngeo por medio de medios físicos y farmacológicos.			
Objetivos del Usuario:			
Mejorar la sensación de ardor y resequedad laríngea.			
Intervenciones de Enfermería.			
Aplicación de medios físicos y farmacológicos para disminuir la irritación laríngea.			
Acciones:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar proporcionar líquidos espesos.⁷⁸ <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar abundantes líquidos por vía oral. 2. Mantener Oxigenoterapia con humidificador. <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar evitar hablar o susurrar el mayor tiempo posible. 3. Administración de analgésico y antiinflamatorio.⁷⁹ <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de 10 correctos. • Orientar y educar a la persona y a su familiar sobre el fármaco que se ministra. • Detectar reacciones farmacológicas. • Realizar registros. • Revaloración de dolor cada 4hrs. 			
Evaluación.			
Se utilizaron medios físicos y farmacológicos, los cuales ayudaron a disminuir la sensación de ardor, resequedad y se obtiene EVA 2/10.			

⁷⁸ Terre R, Anguita I, Sánchez F. Laringitis Aguda del adulto. Libro virtual de formación en ORL, SEORL PCF.2018.

⁷⁹ Hincle J, Cheever K. Brunner y Suddart Enfermería Medicoquirúrgica. Editoriar Wolters Kluwer. 14. Edición. 2019

Plan de cuidados
Tercer día Postoperatorio

Fecha: 23/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Generalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Moverse y mantener adecuada postura	Fuerza	Sustituta	Parcialmente dependiente
Diagnóstico de Enfermería:			
Disminución de la movilidad física r/c dolor abdominal m/p facies de dolor al movimiento con EVA 5/10, movimientos lentos, expresión verbal de deseos de evitar el movimiento.			
Objetivo del Profesional de Enfermería:			
Disminuir la propiocepción de dolor mejorando la comodidad física.			
Objetivos del Usuario:			
Favorecer la comodidad física disminuyendo la sensación de dolor.			
Intervenciones de Enfermería			
Manejo del dolor.			
Acciones:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración del dolor cada 4 horas.⁸⁰ <ul style="list-style-type: none"> • Identificar características, duración, intensidad. • Evaluar con Escala EVA. • Corroborar con el paciente los factores que disminuyen o aumentan el dolor. 2. Aplicación de métodos no farmacológicos. <ul style="list-style-type: none"> • Relajación respiratoria. • Posición antiálgica. 3. Aplicación de métodos farmacológicos.⁸¹ <ul style="list-style-type: none"> • Realizar doble verificación de datos. • Aplicar 10 correctos para la ministración de medicamentos. 			
Evaluación			
Mediante la relajación respiratoria y medidas farmacológicas, se logró disminuir el dolor de la persona con EVA 3/10.			

⁸⁰ Op. Cit, nota 79

⁸¹ Op. Cit, nota 70

Plan de cuidados

Tercer día Postoperatorio

Fecha: 23/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Generalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Nutrición e hidratación	Fuerza	Sustituta	Parcialmente dependiente
Diagnóstico de Enfermería: Disminución de apetito r/c distensión abdominal m/p facies de aversión a los alimentos, expresión verbal de no querer comer, alimentación dieta líquida, abdomen globoso a la palpación.			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Valorar la distensión abdominal durante la alimentación.			
Objetivos del Usuario: Aumentar la ingesta de alimentos			
Intervenciones de Enfermería Vigilar la distensión abdominal durante la administración de la dieta.			
Acciones: 1. Tolerancia vía oral. ⁸² <ul style="list-style-type: none">Mantener dieta líquida, valorar tolerancia de vía oral.Progreso a dieta blanda según tolerancia de alimentación vía oral. 2. Valorar perímetro abdominal. 3. Masaje abdominal. 4. Iniciar la movilización asistida. <ul style="list-style-type: none">Movimientos pasivos para favorecer la eliminación de gases.Comenzar con posición sedente en la orilla de la cama.Progresar a deambulación asistida dentro de la habitación.			
Evaluación Se valora perímetro abdominal disminuye a 76cm, progresa al consumo de dieta blanda			

⁸² Arroyo A, Calvo J, Casdans R, Del Valle E, Gavín Patricia, Gil M, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal [Internet] España: Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud; 2019 [Consultado Noviembre 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/cirugia-mayor-abdominal-presentacion/>

Plan de cuidados

Tercer día Postoperatorio

Fecha: 23/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Generalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Seguridad	Conocimiento	Compañera	Parcialmente dependiente
Diagnóstico de Enfermería: Angustia r/c falta de información sobre hijo receptor renal m/p taquicardia de 105 lpm, taquipnea de 27 rpm y expresión verbal de preocupación.			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Disminuir los sentimientos de angustia mediante comunicación efectiva que proporcionen confianza para la persona.			
Objetivos del Usuario: Obtener la información correspondiente a la recuperación del familiar.			
Intervenciones de Enfermería Mejorar la comunicación efectiva.			
1. Fomentar un ambiente de confianza. ⁸³ <ol style="list-style-type: none">Favorecer la expresión de sentimientos de angustia.Escucha activa.			
2. Comunicación efectiva. ⁸⁴ <ul style="list-style-type: none">Ayuda de equipo multidisciplinario para la información de su hijo.Comunicación asertiva con la información de evolución médica a transmitir.Orientación			
3. Acompañamiento.			
Evaluación			
Se logran disipar sentimientos de angustia.			

⁸³ Gallego Y, Águilas M. Trastorno de ansiedad y abordaje de Enfermería. Ocronos: Editorial Científico Técnica. 2019

Plan de cuidados

Tercer día Postoperatorio

Fecha: 23/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Generalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Usar prendas de vestir adecuadas	Voluntad	Compañera	Independiente
Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar el autocuidado m/p solicita constante orientación sobre autocuidado, expresa deseos de aumentar conocimientos de estrategias de autocuidado, puntuación de 66 en escala para valorar capacidad de Agencia de Autocuidado.			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Mantener el autocuidado mediante técnicas de apoyo emocional.			
Objetivos del Usuario: Mejorar el apego al autocuidado.			
Intervenciones de Enfermería Mejorar el afrontamiento.			
Acciones: <ol style="list-style-type: none">1. Empatía.2. Comunicación asertiva.3. Apoyo emocional.⁸⁵ <ul style="list-style-type: none">• Utilizar declaraciones convincentes positivas respecto a la capacidad de la persona en el aprendizaje.4. Enseñanza individual.<ul style="list-style-type: none">• Valorar el nivel actual de conocimientos• Proporcionar un entorno y rutina organizada y constante.• Enseñar y repetir las instrucciones y tareas.			
Evaluación Mediante las técnicas de apoyo emocional se logró mantener el apego al autocuidado con puntuación de 66 en escala ASA.			

⁸⁴ Silva M. La Importancia de la Comunicación en la Relación Médico-Paciente. Revista electrónica de portales médicos. Vol. XV; nº 8; 309. 2020

⁸⁵ Aríztegui A, San Martín L, Marín B. Efectividad de las intervenciones enfermeras en el control de la diabetes mellitus tipo 2. Anales Sis San Navarra. 2020; 43(2)

4.5 Valoración Focalizada 3-Postoperatorio mediato

Fecha: 24/04/21

Hora: 15:00hrs

Lugar: Hospitalización

Se encuentra L.C.M. cursando en el postoperatorio mediato que corresponde al cuarto día posterior a nefrectomía izquierda. Se encuentra en compañía de familiar, recostada en la cama, con acceso venoso permeable, presenta palidez de tegumentos, se encuentra nauseosa, con ligera deshidratación de mucosas orales, dolor abdominal a la palpación, refiere dificultad para movilizar pierna derecha, continúa con control hídrico, sin sonda vesical, solicita cómodo para la micción.

N°	Necesidad Alterada	Datos Objetivos	Datos Subjetivos
1	Necesidad de respirar normalmente.	FC: 103x´ FR: 24x´ T/A: 115/68mmHg SpO ₂ : 94%	
2	Necesidad de alimentarse e hidratarse	Dieta blanda PA: 76cm Salivación excesiva	Regurgitación gástrica. Náuseas
3	Necesidad de eliminar por todas las vías corporales	Creatinina: 0.9 Urea: 15.6 Una emesis Ingresos: 2265ml Egresos: 3070 Balance hídrico: -805ml Abdomen globoso.	Estreñimiento
4	Necesidad de	Decúbito supino en cama.	

	moverse y mantener posturas adecuadas	Movimientos lentos para deambulaci3n. Movimiento lento con temblor en pierna derecha.	
9	Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.	Glucosa: 112mg/dl. Cefalea punzante EVA 4/10. Dolor agudo abdominal a la palpaci3n EVA 3/10	
10	Necesidad de comunicarse con los dem3s para expresar emociones.		Expresi3n verbal de n3usea. Expresi3n verbal de "no poder evacuar"

4.5.1 Diagn3sticos de Enfermer3a

1. N3usea r/c malestar abdominal m/p aversi3n a los alimentos y regurgitaci3n g3strica, salivaci3n excesiva, emesis, expresi3n verbal de n3usea.
2. Riesgo de desequilibrio de volumen de l3quidos r/c balance h3drico negativo de -805ml en 24hrs.
3. Disminuci3n de la movilidad f3sica r/c disminuci3n de la fuerza muscular de miembro p3lvico derecho m/p ralentizaci3n para deambulaci3n, temblor al movimiento de pierna derecha, puntaje 3 en escala Daniels.
4. Riesgo de nivel de glucemia inestable de 112mg/dl r/c estr3s postquir3rgico
5. Disconfort r/c dolor agudo abdominal m/p taquicardia de 103lpm, taquipnea de 24rpm y EVA 3/10 a la palpaci3n profunda.
6. Estreñimiento r/c reposo prolongado y falta de movimiento m/p incapacidad para evacuar, abdomen globoso, Bristol Tipo 1, expresi3n verbal de "No poder evacuar".

4.5.2 Plan de Cuidados

Cuarto día Postoperatorio

Fecha: 24/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Nutrición e Hidratación	Fuerza	Ayudante	Parcialmente Dependiente
Diagnóstico de Enfermería:			
Náusea y emesis r/c malestar abdominal m/p aversión a los alimentos y regurgitación gástrica, salivación excesiva, expresión verbal de náusea.			
Objetivo del Profesional de Enfermería:			
Disminuir la sensación del reflejo nauseoso, evitando emesis.			
Objetivos del Usuario:			
Disminuir la sensación de náusea			
Intervenciones de Enfermería			
Reducir factores que incrementen la sensación de náusea.			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de la náusea.⁸⁶ <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la frecuencia, duración, intensidad. • Identificar factores que pueden causar o contribuir a las náuseas. (medicación, procedimientos, etc.). 2. Aplicación de métodos no farmacológicos para su alivio. <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer líquidos fríos vía oral, transparentes, sin olor, ni color. 3. Aplicación de métodos farmacológicos para el alivio.⁸⁷ <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de 10 correctos • Realizar la doble verificación de datos. 			
Evaluación			
Mediante la reducción de factores que incrementaban la sensación nauseosa, se logró desaparecer y evitando la aparición de emesis posteriores.			

⁸⁶ Mendoza E. Hiperémesis gravídica en el manejo del proceso de atención de Enfermería en paciente de 18 años de edad. Universidad Técnica De Babahoyo. Ecuador. 2018

⁸⁷ Op. Cit, nota 70

Plan de Cuidados
Cuarto día Postoperatorio

Fecha: 24/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Moverse y Mantener postura adecuada	Fuerza	Ayudante	Dependiente
Diagnóstico de Enfermería:			
Disminución de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular de miembro pélvico derecho m/p ralentización para deambulación, temblor al movimiento de pierna derecha, puntaje 3 en escala Daniels.			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Recuperar movilidad y fuerza de miembro pélvico.			
Objetivos del Usuario: Mejorar la movilidad y fuerza de pierna derecha.			
Intervenciones de Enfermería Aplicar terapia física.			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de terapia de ejercicios de fortalecimiento.⁸⁸ <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de compresas calientes de 15 a 20 minutos. • Movilizaciones activas asistidas (flexión, extensión, aducción-abducción, etc.) • Valoración continua de fuerza con escala Daniels. 2. Fomentar la movilización.⁸⁹ <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona a adoptar una buena postura y • Poner en marcha medidas de control del mismo antes de comenzar el ejercicio. • Movimientos pasivos y activos. 			
Evaluación			
Posterior a la terapia física y de manera gradual, recuperó fuerza y respuesta al movimiento llegando a los 5 puntos de escala Daniels.			

⁸⁸ Valenzuela L. Artritis Reumatoide, caso clínico para obtención de grado en Fisioterapia. Universidad Central del Ecuador. 2018.

⁸⁹ Coma A, Pardos P. Plan de cuidados estandarizado en paciente con deterioro de la movilidad. Caso clínico. Revista Electrónica de Portales Médicos. 16;(2) 89.2020.

Plan de Cuidados
Cuarto día Postoperatorio

Fecha: 24/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Seguridad y evitar peligros	Fuerza	Ayudante	Dependiente
Diagnóstico de Enfermería: Disconfort r/c dolor agudo abdominal m/p taquicardia de 103lpm, taquipnea de 24rpm y EVA 3/10 a la palpación profunda.			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Disminuir la propiocepción del dolor abdominal.			
Objetivos del Usuario: Mejorar el confort			
Intervenciones de Enfermería Manejo del dolor			
Acciones: 1. Valoración del dolor. ⁹⁰ <ul style="list-style-type: none"> • Identificar características, duración, intensidad. • Evaluar con Escala EVA. • Corroborar con la persona los factores que disminuyen o aumentan el dolor. 2. Aplicación de método farmacológico. ⁹¹ <ul style="list-style-type: none"> • Realizar doble verificación de datos. • Aplicar 10 correctos en la ministración de medicamentos. 			
Evaluación Posterior a la realización de medidas para el manejo del dolor, se logró , disminuir a escala EVA 1/10, frecuencia cardiaca de 95 lpm y frecuencia respiratoria de 20 rpm.			

⁹⁰ Op Cit nota 79

⁹¹ Op. Cit, nota 70

Plan de Cuidados
Cuarto día Postoperatorio

Fecha: 24/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Eliminación	Fuerza	Ayudante	Dependiente
Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento r/c reposo prolongado y falta de movimiento m/p incapacidad para evacuar, abdomen globoso, Bristol Tipo 1, expresión verbal de "No poder evacuar".			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Mejorar el tránsito intestinal			
Objetivos del Usuario: Favorecer la evacuación intestinal.			
Intervenciones de Enfermería. Manejo del estreñimiento.			
Acciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar alimentación por vía oral.⁹² <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar fruta y verdura. 2. Promover la presencia de evacuaciones.⁹³ <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la existencia de peristaltismo. • Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que pueden ser la causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. • Animar a la persona a deambular más tiempo en su habitación. 			
Evaluación.			
Tras el manejo del estreñimiento, se logró presenta evacuación intestinal con escala Bristol Tipo 2.			

⁹² Guerrero C, Labrada G, Sosa D, Gorgoso A. Ayuno preoperatorio. Scielo. Vol. 24 (5): 1221-1232. 2020.

⁹³ Mayta N. Plan de Cuidados de Enfermería al paciente con estreñimiento, caso clínico. Ocronos. Vol. 4(7): 6. 2021.

Plan de Cuidados
Cuarto día Postoperatorio

Fecha: 24/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Eliminación	Conocimiento	Ayudante	Dependiente
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c balance hídrico negativo de -805ml en 24hrs.			
Objetivo del Profesional de Enfermería: Prevenir el desequilibrio hídrico.			
Objetivos del Usuario: Favorecer la ingesta de líquidos.			
Intervenciones de Enfermería Manejo y control de líquidos.			
<p>1. Cuantificar ingresos y egresos⁹⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar coloración, concentración, color y cantidad de orina. • Mantener acceso venoso permeable. • Continuar con terapia IV. • Fomentar la ingesta de agua a lo largo del día. 			
Evaluación			
Después del control hídrico, se reduce la diferencia de pérdidas negativas de -805ml a -340ml.			

⁹⁴ Huamanta L. Proceso de Atención de Enfermería Aplicado en Paciente con Gastroenteritis Aguda en Hospital de Essalud-2019. Universidad Señor de Sipán. 2019

Plan de Cuidados
Cuarto día Postoperatorio

Fecha: 24/04/21	Hora: 15:00	Lugar: Hospitalización	Tipo de valoración: Focalizada
Necesidad Alterada	Fuente de Dificultad	Nivel de Relación Enfermera / Paciente	Grado de Dependencia
Seguridad y evitar peligros	Voluntad	Compañera	Dependiente
Diagnóstico de Enfermería:			
Riesgo de nivel de glucemia inestable de 112mg/dl r/c factores estresantes.			
Objetivo del Profesional de Enfermería:			
Disminuir los factores que generan estrés.			
Objetivos del Usuario:			
Controlar el estrés evitando fluctuaciones en la glucemia.			
Intervenciones de Enfermería			
Manejo del estrés			
Acciones:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un ambiente que fomente la confianza.⁹⁵ 2. Expresión de emociones <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa. • Hablar con la persona acerca de su respuesta corporal al estrés y ayudar a comprender las pautas de respuestas. 3. Acompañamiento. 4. Orientación. 5. Enseñanza de métodos de relajación.⁹⁶ <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de respiración diafragmática. • Técnica de relajación imaginaria. 			
Evaluación			
Tras la aplicación de diferentes técnicas de relajación, se encontró mejoría en el nivel de glucemia de 101mg/dl.			

⁹⁵ Amatriain A. Enfermería en el manejo del estrés. Revista electrónica de Portales Médicos. 2019

⁹⁶ Op. Cit, nota 74

4.6 Plan de Alta

Tabla de necesidades al alta de la persona.	
1. Necesidad de respirar normalmente	<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda el uso diario de medias elásticas, elevación de piernas y masajes para evitar el crecimiento de várices en miembro pélvico derecho.⁹⁷
2. Necesidad de alimentarse e hidratarse.	<ul style="list-style-type: none">• Realizar tres comidas completas al día en horarios regulares, cuidando el tamaño de las porciones.• Consumir verduras y frutas frescas de temporada en cada una de las comidas principales o como refrigerio, de preferencia crudas y con cáscara, dando variedad y color.• Elegir cereales de grano entero y sus derivados integrales de preferencia sin azúcar ni grasas adicionadas. Combinarlos con leguminosas, lo cual mejora la calidad de sus proteínas.• Consumir cantidades moderadas de alimentos de origen animal como pescado, aves (pavo y pollo sin piel) y carne roja magra.• Limitar el consumo de grasas y azúcares.• Evite el consumo excesivo de sal.• Beber de 6 a 8 vasos de agua simple. Potable.• Incluir alimentos con fibra en la dieta.⁹⁸
3. Necesidad de	<ul style="list-style-type: none">• Mantener vigilancia de coloración y

⁹⁷ Pérez A. Cuidados de enfermería dirigidos a una paciente con Insuficiencia Venosa Crónica. A propósito de un caso. Revista de Enfermería Vascul. 1(2):25-32. 2018 DOI:10.35999/rdev.v1i2.28

⁹⁸ IMSS. Guía para el cuidado de la Salud, Mujeres de 20 a 59 años. 2018

eliminar por todas las vías corporales	características de orina, así como presencia de molestias al momento de la micción.
4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas	Independiente.
5. Necesidad de dormir y descansar	Independiente
6. Necesidad de elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse	Independiente
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.	Independiente
8. Necesidad de mantener la higiene y la integridad de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda educación para identificar datos de alarma en herida quirúrgica, tales como secreción purulenta, dolor, dehiscencia, sensibilidad, Inflamación, aumento de la temperatura local o fiebre >38°C.⁹⁹ • Higiene de manos antes de aseo en herida, utilizar agua estéril para dicho procedimiento, evitar mantener húmeda la herida, cubrir herida

⁹⁹ IMSS. Prevención y Diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico. 2018

	con apósito estéril.
9. Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Se reafirma la importancia de iniciar esquema de vacunación respecto a su edad.¹⁰⁰ • Se recomienda una primera visita dentro de las primeras semanas tras el alta hospitalaria, seguidas de otros controles clínicos y de la función renal a los 3 y 6 meses y posteriormente de forma anual.¹⁰¹
10. Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.	Independiente
11. Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.	Independiente
12. Necesidad de ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal	Independiente
13. Necesidad de	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda el inicio de actividad física de

¹⁰⁰ Barreda L, Salinas E, Díaz E, Rodríguez E. La vacunación del Adulto en México. Med. interna Méx. [revista en Internet]. 2019. doi.org/10.24245/mim.v35i2.2487.

¹⁰¹ Guirado L, Oppenheimer F. Trasplante Renal de Donante Vivo. Nefrología al día. 2020

<p>participar en actividades recreativas.</p>	<p>manera progresiva posterior a 6 meses del procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No levantar objetos pesados, iniciar con caminata diarias.
<p>14.Necesidad de Aprender.</p>	<p>Independiente</p>

TABLA 2. Plan de alta. L.E. Emily Joan Quezada Vilchis. 6ta generación Enfermería Perioperatoria.

Capítulo 5: Conclusiones

En un trasplante, tanto el receptor como el donador deben mantener un seguimiento multidisciplinario para que el proceso de recuperación, tenga los resultados esperados en salud de cada uno de las personas involucradas. Sin duda el papel del profesional de enfermería, es fundamental para lograr un apego satisfactorio en su tratamiento, ya que de nosotros depende en gran proporción la educación para la salud que se llevará la persona al momento del alta hospitalaria, el vínculo que forma el personal de enfermería con la persona que recibe el cuidado, es más cercano que con cualquier otro personal sanitario en cualquier periodo del perioperatorio. Por lo que debemos aprovechar dicho vínculo para ayudar a la persona a lograr incorporarse de manera independiente a su nuevo estilo de vida de una manera saludable.

De acuerdo con las intervenciones realizadas y el seguimiento que se ha llevado de la persona de estudio, el apego a las recomendaciones de nuevos hábitos y revisiones periódicas de manera multidisciplinaria, fue fundamental para una buena adaptación y mantenimiento de un cuerpo saludable a pesar de su condición, tal como lo establece la literatura consultada para la realización de las bases teóricas del presente estudio de caso.

Referencias

1. Mendez A. Comportamiento de la referencia a trasplante renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Mexicana de Trasplantes*. Vol. 9(2): 51-55 Mayo-Agosto 2020.
2. López E, Ruíz G, Botella I, Ortego S, Delgado M, Fernandez M. Reporte de la primera cadena de trasplante renal en México. *Revista Nefrología*. Vol. 39(4):434-454. 2019
3. Lentine L, PhDJohn V. *Kidney transplantation in adults: Risk of living kidney donation*. UpToDate. Walham, MA. 2020.
4. Kumar A, Chaturvedi S, Gulia A, et al. Laparoscopic Live Donor Nephrectomy: Comparison of Outcomes Right Versus Left. *Transplantation Proceedings*. ELSEVIER. 50. 2327-2332. 2018
5. Rally S, Sharma A, Singh S, et al. Experience With 15 Years of Laparoscopic Donor Nephrectomy: Review of 2500 Cases. *Transplantation Proceedings*, ELSEVIER. 52. 1671-1674. 2020
6. Karabaya O, Tascib H, Hasbahceci M. Hand-assisted Laparoscopic Left Donor Nephrectomy Without a Hand-assisted Device: Is it Possible?. *Transplantation Proceedings*. ELSEVIER. 51.3351-3354. 2019
7. Quintana E. Para obtener grado de especialista : Estudio de caso aplicado a una persona con encefalitis autoinmune basado en el modelo de Virginia Henderson. UNAM. 2020
8. Lozano A. *Manual CTO de Enfermería, Enfermería Fundamental*. Grupo CTO. Tema 2: 24-26. 2018.
9. NOM-019-SSA3-2013. NORMA Oficial Mexicana, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
10. McDonald R. *Kidney Transplantation in children: General principles*. UpToDate. Walham, MA. 2019.

11. Shapiro R, Brennan D. Kidney transplantation in adults: Benefits and complications of minimally invasive live-donor nephrectomy. UpToDate. Walham, MA. 2019
12. Yaerim K, Mi-yeon Y, Kyung D, Chang W, Hyeon H, Sang-il M, et al. Long-term Mortality Risks Among Living Kidney Donors in Korea. *Am J Kidney Dis.* 75(6):919-925. 2019
13. Rivas A, Cárcamo C, Munarriz C, Miyahira J. Cambios fisiológicos y morfológicos tempranos en el riñón remanente de donantes vivos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*;37(4):733-738. 2020
14. Miyahira J. Riñón único funcionante, ¿riesgo de enfermedad renal crónica? *Rev Med Hered.* 31(1). 2020
15. Pastuña R. Modelo de Virginia Henderson. Universidad de Concepción. 2018.
16. Álvarez L. Modelo de Virginia Henderson y Teoría Psicodinámica de Hildegart Peplau. Universidad Politécnica y Artística de Paraguay. 2019
17. Naranjo Y, González L, Sánchez M. Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus. 2018
18. Silvero I, Río A, Rivero E, Reyes R, Sayago B, Pérez P. Proceso de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen. 2018
19. Moya M. Factores que influyen en la no aplicación del Proceso de Atención en Enfermería en el ámbito hospitalario. Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud. 2018
20. González J. Evaluación psiquiátrica, condición psicosocial y del estado mental de donante-receptor. 9(1): 91-98.2020
21. Breda A, Budde K, Lledó E, et al. EAU Guidelines on Renal Tansplantation. European Association of Urology. 2021
22. Pérez M, Pascual J. Técnicas quirúrgicas en donante vivo y fallecido. Complicaciones. Indicaciones de embolización y nefrectomía del injerto. *Visión del Nefrólogo. Nefrología al día.* 2020

23. Hendrikus J, Lemmens M. Anesthesia for living kidney donors. UpToDate. Walham, MA. 2019.
24. Verduzco J. Sistema Urinario. Universidad Politécnica del Bicentenario. 2020
25. Gallardo P, Vio C. Fisiología Renal y Metabolismo Hidrosalino. Ediciones UC. 2018
26. Rodríguez T, Rodríguez A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev Cubana Enfermería. 38(3) 2018
27. Ley General de Salud. Artículo 77 bis 37. Reformado por última vez el 29 de Noviembre de 2019.
28. NOM-004-SSA3-2012. NORMA Oficial Mexicana, Del expediente clínico. 2012
29. NOM-022-SSA3-2012. NORMA Oficial Mexicana, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. 2012
30. NOM-045-SSA2-2005. NORMA Oficial Mexicana, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. 2005
31. NOM-170-SSA1-1998, NORMA Oficial Mexicana Para la práctica de Anestesiología. 1998
32. NOM-087-ECOL-1995., Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. 1995
33. CGS. Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente. 2018
34. Turón R. Plan de cuidados de un paciente con Ansiedad. Revista electrónica de Portales Médicos. 2020; 15(14):732.
35. Espinoza G. Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva conductual. Facultad De Ciencias De La Comunicación, Turismo Y Psicología Escuela Profesional De Psicología. Perú. 2019
36. Romero Ajenjo, Á., Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica. Conocimiento Enfermero. 2020; (10): 30-50.

37. Mustelier-Duanes Y. Intervenciones de enfermería en pacientes con cirugía ambulatoria de enfermedades anorectales. *Revista Cubana de Enfermería*. 2018; 34 (1)
38. Villalba A, Algara P, Castellanos M, Cabrera J. Plan de cuidados estandarizados en pacientes intervenidos de columna. *Ocronos*. 2019.
39. Hincle J, Cheever K. *Brunner y Suddart Enfermería Medicoquirúrgica*. Editorial Wolters Kluwer. 14. Edición. 2019
40. Arroyo A, Calvo J, Casdars R, Del Valle E, Gavín Patricia, Gil M, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal [Internet]. España: Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud; 2019 [Consultado Noviembre 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/cirugia-mayor-abdominal-presentacion/>
41. Gallego Y, Águilas M. Trastorno de ansiedad y abordaje de Enfermería. *OCRONOS: Editorial Científico Técnica*. 2019
42. Silva M. La Importancia de la Comunicación en la Relación Médico-Paciente. *Revista electrónica de portales médicos*. Vol. XV; nº 8; 309. 2020
43. Aríztegui A, San Martín L, Marín B. Efectividad de las intervenciones enfermeras en el control de la diabetes mellitus tipo 2. *Anales Sis San Navarra*. 2020; 43(2)
44. Mendoza E. Hiperémesis gravídica en el manejo del proceso de atención de Enfermería en paciente de 18 años de edad. *Universidad Técnica De Babahoyo*. Ecuador. 2018
45. Valenzuela L. Artritis Reumatoide, caso clínico para obtención de grado en Fisioterapia. *Universidad Central del Ecuador*. 2018.
46. Coma A, Pardos P. Plan de cuidados estandarizado en paciente con deterioro de la movilidad. Caso clínico. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. 16;(2) 89.2020.
47. Guerrero C, Labrada G, Sosa D, Gorgoso A. Ayuno preoperatorio. *Scielo*. Vol. 24 (5): 1221-1232. 2020.
48. Mayta N. Plan de Cuidados de Enfermería al paciente con estreñimiento, caso clínico. *Ocronos*. Vol. 4(7): 6. 2021

49. Huamanta L. Proceso de Atención de Enfermería Aplicado en Paciente con Gastroenteritis Aguda en Hospital de Essalud-2019. Universidad Señor de Sipán. 2019
50. Amatriain A. Enfermería en el manejo del estrés. Revista electrónica de Portales Médicos. 2019
51. Pérez A. Cuidados de enfermería dirigidos a una paciente con Insuficiencia Venosa Crónica. A propósito de un caso. Revista de Enfermería Vascul. 1(2):25-32. 2018 DOI:10.35999/rdev.v1i2.28
52. IMSS. Guía para el cuidado de la Salud, Mujeres de 20 a 59 años. 2018
53. IMSS. Prevención y Diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico. 2018
54. Barreda L, Salinas E, Díaz E, Rodríguez E. La vacunación del Adulto en México. Med. interna Méx. [revista en Internet]. 2019. doi.org/10.24245/mim.v35i2.2487.
55. Guirado L, Oppenheimer F. Trasplante Renal de Donante Vivo. Nefrología al día. 2020
56. González A, Jimenez A, Rojas E, Velasco L, Chávez M, Coronado S. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. 2018; 41(1): 7-14.
57. Badillo G, Nava N, Suárez I. Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica. 2019; 3 (8): 18-28

Anexos

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRÁCTICA PROFESIONAL DE ALUMNOS DE LA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA



LUGAR: Hospitalización

FECHA: 22-04-21

Por este medio hago patente, que el alumno de la Especialidad en Enfermería Perioperatoria; con sede académica en el Instituto Nacional de Pediatría:

Ha solicitado mi colaboración voluntaria, para elaborar un Estudio de Caso y Proceso Enfermero, utilizando información relacionada a valoraciones de enfermería a mi familiar, cuyas iniciales son:

Se me informa que para la recolección de información, se programara una primera entrevista y 3 o más subsecuentes. Cuyos datos se colocarán en un instrumento de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

A través de este medio, también se hace de su conocimiento que la información recabada y asentada en dicho instrumento es estrictamente **CONFIDENCIAL** y anónima y que se empleará únicamente con fines académicos, protegiendo en todo momento su identidad, para lo cual se emplearán sólo iniciales al referirse a su nombre.

Si con el desarrollo de la(s) entrevistas, hay datos que no quiero responder, estoy en plena libertad de no dar la información o de abandonar la entrevista.

Al firmar esta autorización **HAGO PATENTE**, mi consentimiento para que la información contenida en el instrumento de valoración de Enfermería, pueda ser utilizada en este proceso académico.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Instrumento de Valoración Generalizada basado en Filosofía de Virginia Henderson

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Datos generales de la persona

Nombre: Luisa Clemente Martínez	Fecha de entrevista: 22/04/21
Edad: 33 años	Fecha de nacimiento: 25/06/1986
Estado civil: Soltera	Sexo: Femenino
Religión: Católica	Idioma: Español
Lugar de origen: Puebla	Lugar de residencia: Puebla
Domicilio: Guadalupe Victoria	Teléfono:
Escolaridad: secundaria	Ocupación: ama de casa
Familiar: Responsable legal:	Motivo de ingreso o consulta: donadora renal
Antecedentes Heredo-familiares: negados	Antecedentes Quirúrgicos: cesárea
Situación Laboral y/o Escolar actual: no trabaja no estuda	Estado de Bienestar actual biopsicosocial y espiritual:

VALORACIÓN GENERAL

NÚMERO DE EXPEDIENTE	FECHA DE VALORACIÓN	Funcionamiento motor:
527296	22/04/21	Limitado: Español: De: e: Especificar:
Signos vitales:	Piel y mucosas:	Alteración de los sentidos:
Temperatura: 36°C	Aspecto: limpias e hidratadas	Visión: Oligo, Integro
Frecuencia cardíaca: 81x	Coloración: rosadas	Tacto: Pótesis: Especificar tipo y ubicación:
Frecuencia respiratoria: 27x	Hidratación adecuada	Gusto: Negada
Tensión Arterial: 117/86	Integridad: completa	Oloro: Negada
Saturación: 93%	Integridad: completa	Funcionamiento motor:
Lesión tisulares:	Integridad: completa	Funcionamiento motor:
Negadas	Integridad: completa	Funcionamiento motor:

VALORACIÓN DEL DOLOR	LOCALIZACIÓN DEL DOLOR	FACTORES QUE AUMENTAN O DISMINUYEN EL DOLOR:
1 2 3 4 5 LEE NUNCA SE VE		Movimiento
Sangre Hematocrito: Hemoglobina:	TP: TTP: Grupo Sangüíneo:	GABINETE

1. Necesidad de Oxigenación

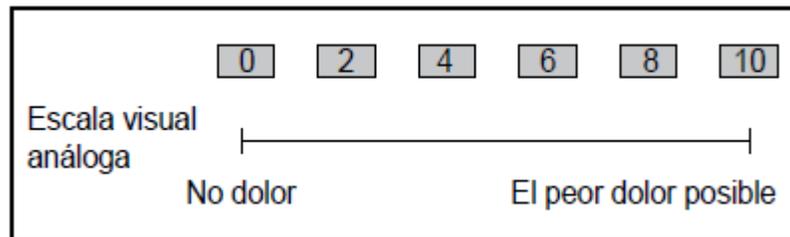
A antecedente de enfermedades Cardio-respiratorias y Circulatorias

Asma: negado	Alergia: negado	Taquicardia: N/A	Hipertensión: N/A	Anemia: N/A	Diros: Síndrome de piernas pesadas
Sedentario: Activo: 8hrs	Consumo de Sustancias Tóxicas: negado	Estilo de Vida	Tipos de trabajo/casa/Tabaquismo: (lugar) negado	Lugar de residencia: Puebla	Diros: Saturación 93%
Temperatura: 36°C	Frecuencia cardíaca: 81x	Constantes Vitales:	Frecuencia respiratoria: 27x	Tensión Arterial: 117/86mmHg	Saturación: 93%
Eupnea:	Dineas:	Alteraciones del ritmo Normal:	Alteraciones respiratorias: N/A	Alteraciones respiratorias: N/A	Alteraciones respiratorias: N/A
Braquipnea:	Taquipnea:	Hiperventilación:	Alivio nasal:	Alivio nasal:	Alivio nasal:
Polipnea:	Otopnea:	Hipoventilación:	Tiros intercostales:	Tiros intercostales:	Tiros intercostales:
Otopnea:	Otopnea:	Apnea:	Retorción xifóidea:	Retorción xifóidea:	Retorción xifóidea:
Observaciones: sin masas palpables	Observaciones: sin masas palpables	Observaciones: sin masas palpables	Disociación toraco-abdominal:	Disociación toraco-abdominal:	Disociación toraco-abdominal:
Alteraciones del ritmo Normal:					
Hiperventilación:	Hipoventilación:	Hipoventilación:	Hipoventilación:	Hipoventilación:	Hipoventilación:
Apnea:	Apnea:	Apnea:	Apnea:	Apnea:	Apnea:
Factores que causan la sintomatología: Hablar, deglutir					
Intervenciones o tratamiento que realiza para disminuir la sintomatología:	Intervenciones o tratamiento que realiza para disminuir la sintomatología:	Intervenciones o tratamiento que realiza para disminuir la sintomatología:	Intervenciones o tratamiento que realiza para disminuir la sintomatología:	Intervenciones o tratamiento que realiza para disminuir la sintomatología:	Intervenciones o tratamiento que realiza para disminuir la sintomatología:
Presencia de cuerpo extraño: no					
Tipo: Faringe:					
Laringe:	Laringe:	Laringe:	Laringe:	Laringe:	Laringe:
Tráquea:	Tráquea:	Tráquea:	Tráquea:	Tráquea:	Tráquea:
Bronquio:	Bronquio:	Bronquio:	Bronquio:	Bronquio:	Bronquio:
Edema	Edema	Edema	Edema	Edema	Edema
Equimosas:	Equimosas:	Equimosas:	Equimosas:	Equimosas:	Equimosas:
Mermóico:	Mermóico:	Mermóico:	Mermóico:	Mermóico:	Mermóico:

13. Necesidad de Ocio, Participación y Actividades Recreativas			
Actividades Recreativas			
Interés:	Pasatiempo:	Realiza actividades recreativas por elección propia:	
Actividades recreativas:	Actividades recreativas:	Tiempo que ocupa en esta actividad:	
Actividades culturales:	Actividades manuales:	Frecuencia de la actividad:	
Deporte:		Desde hace que tiempo la realiza:	
		La distribución del tiempo es equilibra entre el trabajo y la recreación:	
Integración en las actividades familiares:		Ultima vez que participo en actividades de este tipo:	
El uso de su tiempo libre le genera satisfacción:		Dispone de recursos para dedicarse actividades que le gusta:	
Dispone de tiempo para dedicarse actividades que le gusta:		Otros:	
DEPENDENCIA	I	PD	TD
FUENTE DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad
14. Necesidad de Aprendizaje			
Académico			
Grado máximo de estudio:	Percepción de lo académico:	Satisfacciones e insatisfacciones en el estudio:	
Estudia lo que le gusta:	Proyecto académico:	Preferencias leer o escribir:	
Problemas de aprendizaje:	Limitantes cognitivos:	Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje:	
Conoce fuentes de apoyo:	Muestra interés por el aprendizaje de salud:	Conoce sobre su diagnóstico:	
Conoce sobre su enfermedad:	Conoce sobre su tratamiento:	Muestra interés por la atención de su padecimiento:	
Muestra adherencia al tratamiento:	Conoce e identifica claramente su autocuidado:	Conocimiento sobre si mismo:	
Reconocimiento de sus necesidades:	Posee conocimientos sobre el desarrollo humano en el ciclo vital de la vida:	Desea incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a la salud / enfermedad:	
Desea adquirir nuevos conocimientos sobre técnicas de autocontrol emocional:		Identifica y desea modificar su estilo de vida y conductas adaptativas:	
DEPENDENCIA	I	PD	TD
FUENTE DE DIFICULTAD	Conocimiento	Fuerza	Voluntad

Autor: Mtra. Guadalupe Adriana Lara Ramos
Actualizó: Mtra. Ana Gabriela Soto Arias
Abril 2021

Escala Eva¹⁰²



Escala Daniels¹⁰³

Grado 0	Ninguna respuesta muscular
Grado 1	El músculo realiza contracción palpable, aunque no se evidencie el movimiento
Grado 2	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación, una vez que se libera el efecto de la gravedad
Grado 3	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerir ninguna resistencia
Grado 4	El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.
Grado 5	El músculo soporta una resistencia manual máxima

¹⁰² González A, Jimenez A, Rojas E, Velasco L, Chávez M, Coronado S. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. 2018; 41(1): 7-14.

¹⁰³ Badillo G, Nava N, Suárez I. Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica. 2019; 3 (8): 18-28.

Escala ELPO

Itens \ Score	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	geral + regional	geral	regional	sedação	local
Superfície de suporte	sem uso superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pemeiras estreitas	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
Posição dos membros	elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	abertura dos membros superiores < 90°	alinhamento corporal
Comorbidades	úlceras por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	obesidade ou desnutrição	diabetes mellitus	doença vascular	sem comorbidades
Idade do paciente	>80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

Escala APAIS

CON RESPECTO A LA ANESTESIA	1	2	3	4	5
"Estoy inquieto con respecto a la anestesia"					
"Pienso continuamente en la anestesia"					
"Me gustaría recibir información lo más completa posible sobre la anestesia"					
CON RESPECTO A LA CIRUGÍA					
"Estoy inquieto con respecto a la cirugía"					
"Pienso continuamente en la cirugía"					
"Me gustaría recibir la información más completa posible sobre la cirugía"					

Una puntuación de ≥ 11 identifica pacientes ansiosos en la práctica clínica.

Escala para Valorar Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA)

No.	Ítem
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.
23	Puedo sacar tiempo para mí.
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

ALTA: Capacidades de agencia de cuidado 97-120 puntos.

MEDIANA: Capacidades de agencia de cuidado 49-96 puntos.

BAJA: Capacidades de agencia de cuidado 24-48 puntos.

Escala Bristol

ESCALA DE HECES DE BRISTOL		
	TIPO 1	Trozos duros separados, que pasan con dificultad. ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
	TIPO 2	Como una salchicha compuesta de fragmentos. LIGERO ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3	Con forma de morcilla con grietas en la superficie. NORMAL
	TIPO 4	Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. NORMAL
	TIPO 5	Trozos de masa pastosa con bordes definidos. FALTA DE FIBRA
	TIPO 6	Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. LIGERA DIARREA
	TIPO 7	Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. DIARREA IMPORTANTE

ORIGINAL BREVE
CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y MORFOLÓGICOS TEMPRANOS EN EL RÍJON REMANENTE DE DONANTES VIVOS

Andrés C. Rivas-Vieira, César P. Cárcamo, César Loza Murami, Juan Myhring

Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú;
Servicio de Nefrología, Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú;
Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú;
Médico investigador, Perú en Salud Pública, medicina peruana

RESUMEN

Con el objetivo de describir los cambios funcionales y morfológicos tempranos en el ríjón remanente de donantes vivos, se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Cayetano Heredia, en el que se incluyeron 53 individuos. De las historias clínicas, se obtuvieron los datos clínicos y demográficos, así como la deposición de creatinina, la proteinuria, la presión arterial y las dimensiones renales a los 1, 2, 3, 4 y 5 meses después de la donación del ríjón. La velocidad media de flujo de filtrado glomerular (VFG) fue menor y el índice de masa corporal medio fue de 23,68 (1,53) kg/m². Se utilizaron medidas lineales y cuadráticas para estudiar las variaciones longitudinales y morfológicas. Durante el tiempo de seguimiento, la tasa de filtración glomerular, la proteinuria, la presión arterial diastólica y la longitud de los ríjones remanentes cambian significativamente (p < 0,05).

Palabras clave: Ríjón; Ríjón Único; Plasmólisis; Adaptación Fisiológica; Trasplante de Ríjón; Donante de Tejido; Proteinuria; Presión Arterial; Tasa de Filtración Glomerular; Perú (Fuente: DeCS/EBMED).

EARLY PHYSIOLOGICAL AND MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE REMNANT KIDNEY OF LIVING DONORS

ABSTRACT

In order to describe the early functional and morphological changes in the remnant kidney of living donors, a retrospective study was carried out at the Cayetano Heredia Hospital. Data from 53 individuals were included. Clinical and demographic data were obtained from the clinical records, as well as data for creatinine deposition, proteinuria, blood pressure and renal dimensions at 1, 2, 3, 4 and 5 months after kidney donation. The mean age was 40.88 (10.84) years, 80% were women and the mean body mass index was 23.68 (1.53) kg/m². Linear and quadratic models were used to study physiological and morphological variables. During the follow-up time, glomerular filtration rate, proteinuria, diastolic blood pressure, and kidney length showed significant changes (p < 0.05).

Keywords: Kidney; Kidney Only; Plasmolysis; Physiological Adaptation; Kidney Transplantation; Tissue Donor; Proteinuria; Arterial Pressure; Glomerular Filtration Rate; Peru (Source: MeSH/NLM).

INTRODUCCIÓN

La donación de un ríjón implica en el donante vivo la pérdida abrupta de alrededor de la mitad de su función renal (1). Por lo tanto, el ríjón remanente de los donantes vivos experimenta cambios compensatorios tan pronto como en la primera semana luego de la nefrectomía y puede persistir hasta 18 meses después (2), numerosas situaciones de seguimiento de donantes en Europa, América, África y Asia describen que la función renal de un donante a largo plazo, con el adecuado seguimiento, es muy similar a la de una persona viviendo con ambos ríjones (3). Los parámetros más establecidos son la presión arterial (PA), la proteinuria, la tasa de filtración glomerular (TFG) y el riesgo para desarrollar enfermedad renal crónica estadio 5 (ERC5) (4). Otros aspectos importantes para determinar el pronóstico de los pacientes son la edad de donación y el índice de masa corporal (IMC) basal. Los menores de 50 años tienen mejor pronóstico en la recuperación de la

Correspondencia: Andrés C. Rivas-Vieira
Correo electrónico: andres.rivas@upch.pe

Comentarios: Andrés C. Rivas-Vieira
Correo electrónico: andres.rivas@upch.pe

Recibido: 10/07/2023
Aceptado: 14/07/2023
Revisado: 06/10/2023

https://doi.org/10.17835/rpmex.2023.75.4.561

1733

EAU Guidelines on Renal Transplantation

A. Breda (Chair), K. Budde, A. Figueiredo, E. Uledó García, J. Olsburgh (Vice-chair), H. Regele
Guidelines Associates: R. Boissier, V. Hevia, O. Rodríguez Faba, R.H. Zakri

© European Association of Urology 2023



Original Investigation



Long-term Mortality Risks Among Living Kidney Donors in Korea

Yasrin Kim, Myeoun Yi, Kyung Don Yoo, Chang Woak Joong, Hyeon Hoe Kim, Sang-il Min, Jongwon Ha, Hanhee Cho, An Ryung Ko, Jae Moon Yun, Sang Min Park, Seung Hee Yang, Dong Ki Kim, Kook-Hwan Oh, Kiwon Moon, Jun, Cuike Ahn, You Su Kim, and Hyeon Lee

Rationale & Objectives: Living kidney donors may have a higher risk for death and kidney failure. This study aimed to investigate the long-term mortality appearance of living kidney donors compared with members of the general public in Korea who underwent voluntary health examinations.

Study Design: Cohort study.

Setting & Participants: We first calculated standardized mortality ratios for 1,200 Korean living kidney donors who underwent donor nephrectomy between 1992 and 2016 and 72,286 individuals who underwent voluntary health examinations between 1995 and 2016. Next, we compared survival between the 1,200 living kidney donors and a subgroup of the health examination population (n=38,805) who had no evident contraindications to living kidney donation at the time of their examinations. Last, a matched comparator group was created from the health examination population without apparent contraindications to donation by matching 4,287 of them to donors (n=1,207) on sex, age, body mass index, estimated glomerular filtration rate, urea, diastolic blood pressure, previously diagnosed hypertension and diabetes, and sex.

Exposures: Donor nephrectomy.

Outcomes: All-cause mortality and other clinical outcomes after kidney donation.

Statistical Approach: Risk standardized mortality ratios were calculated separately for living

kidney donors and the health examination population standardized to the general population. Second, we used Cox regression analysis to compare mortality between living kidney donors versus the subgroup of the health examination population without evident donation contraindications. Third, we used Cox regression analysis to compare mortality between living kidney donors and matched comparators from the health examination population without apparent contraindications to donation.

Results: The living kidney donors and health examination population had identical survival rates compared with the general population (52.44, 50% of 1,200 living kidney donors died during a mean follow-up of 12.8 years and 1,072,070% of 38,805 in the health examination subgroup without donation contraindications died during a mean follow-up of 11.4 ± 6.1 years). Donor nephrectomy did not elevate the hazard for mortality after multivariable adjustment in kidney donors and the 38,805 comparators (adjusted HR, 1.05, 95% CI, 0.71-1.44, P=0.8). Moreover, living donors showed a similar mortality rate compared with the group of matched healthy comparators.

Limitations: Donors from a single transplantation center. Residual confounding owing to the observational study design.

Conclusions: Kidney donors experienced long-term rates of death comparable to members of the general population with similar health status.

Complete author and article information:
Correspondence to: Hyeon Lee (hlee@ajkd.com)
Am J Kidney Dis. 2023; 61:605-616.
DOI: 10.1053/j.ajkd.2023.03.017
© 2023 by American Kidney Fundations, Inc.

Long-term safety issues have not yet been fully defined in living kidney donors, including recovery of estimated glomerular filtration rate (eGFR), health-related quality of life, risk for progression to end-stage renal disease (ESRD), and all-cause mortality. Furthermore, these outcomes might vary according to the specific donor characteristics. A major challenge in establishing the long-term risk for living kidney donors is methodologic issues. One of the most important challenges is creating an appropriate comparison group with similar health status and that was followed up over a sufficient period after donation. In previous studies that included the general population as comparison, the long-term survival rate of living kidney donors was similar to or even better than that of the donors compared with a matched comparison group, general population. (1) However, those studies had a

limitation in assembling a comparison group with equal health status and therefore their results remain controversial. A recent US study (2) to overcome this limitation by using a matched comparison group and consequently revealed that living kidney donors, even in the elderly group, had a similar mortality rate compared with comparators. Another Canadian study attempted to address this challenge by selecting the healthiest segments of the general population; it also demonstrated that the risk for death or major cardiovascular events in living kidney donors was not higher than that of the non-donor comparators. (3) In contrast, a Norwegian report with the longest follow-up period showed an elevated risk for death in living kidney donors compared with a matched comparison group. (4) From there, a meta-analysis showed an evidence

AJKD Vol 71 | Iss 4 | June 2023

619

Sección 17

doi: 10.33388/23403



Evaluación psiquiátrica, condición psicosocial y del estado mental de donante-receptor

Psychiatric evaluation, donor-recipient psychosocial condition and state of mind

Juliá Goswami-Schack*

*Ponente de Honor, Área del Departamento de Consulta Externa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrition, Secretaría de Salud.

INTRODUCCIÓN

Todos los pacientes y donadores que se encuentran en protocolo de trasplante renal deberán someterse a una evaluación de su condición sociocultural y económica por parte de un trabajador social con conocimiento de los temas. Por otro lado, también deberá llevarse a cabo la valoración de la condición psicosocial y estado mental del beneficiario por parte de un especialista en el tema con formación y/o experiencia en trasplantes.

La evaluación de estos aspectos, tanto en el donador como en el receptor, representa un recurso de amplio espectro para todo comité de trasplantes, ya que influyen no sólo en algunas condiciones médicas, quirúrgicas o de procedimiento, sino también en diversas situaciones con implicaciones psicosociales, éticas y legales. Es importante que los involucrados comprendan lo que representa someterse a un trasplante y el riesgo-beneficio que puede traer para ambos. En este sentido, la información completa y suficiente es imprescindible, ya que desempeña un papel esencial en aspectos éticos como la autonomía en la toma de decisiones y la capacidad de otorgar un consentimiento válidamente informado. Es importante resaltar que para el receptor mantener un adecuado nivel de bienestar mental, por ejemplo, en el completo proceso de la adherencia, fundamental para el éxito de la cirugía a largo plazo. Por otro punto, para el donador

puede representar una forma de cuidar su autonomía, evaluando que sea capaz de decidir libremente con base en la comprensión y conocimiento adecuado, un acuerdo de ningún tipo garantizando la transparencia del proceso. (1)

Consideraciones generales

La valoración de la salud mental debe ser realizada por personal preparado para ello (psiquiatras y/o psicólogos). Dada la complejidad que el equipo este constituido por ambos profesionales, lo ideal es que el médico especialista en salud mental participe en el primer momento de la evaluación. Los especialistas que intervienen en esta evaluación DEBEN tener experiencia en trasplantes (conocimiento de los aspectos médicos, quirúrgicos y psicosociales del procedimiento) o cumplir con algún taller específico del tema y/o entrenamiento práctico en algún centro de trasplantes bien estructurados. Las evaluaciones en salud mental deben por obligación incluir no sólo al receptor, sino también al donador. Es recomendable mantener estrecha comunicación con el equipo de Trabajo Social para tener una idea clara de los aspectos económicos y de dinámica familiar que pueden influir en la condición del beneficiario.

www.medigraphi.com/trasplantes

CONOCIMIENTO ENFERMERO
ISSN 2028-2022

CONOCIMIENTO ENFERMERO
ISSN 2028-2022

Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica

Alvaro Romero Ajenjo
Enfermero

III Premio de Investigación CODEM 2016. Cuarto puesto

Como citar este artículo: Romero Ajenjo, A. Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica. Conocimiento Enfermero 20 (2020): 20-25.

RESUMEN

Introducción. La ansiedad preoperatoria es un estado emocional desagradable que experimentan los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico antes o durante del momento preoperatorio. Se presenta como un fenómeno con causas psicológicas, fisiológicas y clínicas. Existen intervenciones que son eficaces para reducirla. La reducción de los niveles de ansiedad preoperatoria está relacionada con una mejor recuperación postoperatoria, lograda a través de una mayor satisfacción global del paciente, menor dolor y nausea y mejores parámetros fisiológicos. El mayor control de analgésicos y sedantes, incluso una estancia hospitalaria más corta, las intervenciones informativas y educativas brindadas a los pacientes mejoran sus percepciones sobre reducir los niveles de ansiedad preoperatoria y otros factores en la práctica clínica habitual.

Hipótesis. La información proporcionada a pacientes y acompañantes antes de una intervención quirúrgica disminuye los niveles de ansiedad preoperatoria en el paciente.

Metodología. Se trata de un estudio cuantitativo, analítico, longitudinal, cuasiexperimental con grupo control no concurrente, de observación, comparando los niveles de ansiedad con una intervención informativa estructurada (grupo experimental) con la práctica clínica habitual (grupo control).

Conclusiones. Existe una relación entre la información recibida por los pacientes y su nivel de ansiedad. Los pacientes que reciben la información presentan menores niveles de ansiedad.

Palabras clave: cuidados preoperatorios; educación; estudio de evaluación; entorno de quirófano; procedimientos quirúrgicos operativos.

Effect of information on preoperative anxiety

ABSTRACT

Introduction. Preoperative anxiety is an unpleasant emotional state experienced by patients who are waiting to be operated on as a result of the imminent procedure. Its presence has many psychological, physiological and clinical consequences. There are effective treatments to reduce it. The reduction of the levels of preoperative anxiety is related to a better postoperative recovery, achieving greater overall patient satisfaction, less pain and postoperative nausea and vomiting, a lower consumption of analgesics and sedatives, even a shorter hospital stay. Informative and educational interventions carried out by nurses are promising to reduce levels of preoperative anxiety, and should be included in usual clinical practice.

Hypothesis. The information provided to patients and companions before a surgical intervention reduces the levels of preoperative anxiety in the patient.

Methodology. This is a quantitative, analytical, longitudinal, quasiexperimental study with a non concurrent, non randomized control group, comparing levels of anxiety with a structured informative intervention (experimental group) with usual clinical practice (control group).

Conclusions. There is a relationship between the information received by patients and their level of anxiety. Patients who receive the information present lower levels of anxiety.

Keywords: preoperative care; education; evaluation studies; operating room nursing; surgical procedures operative.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.com/index.php/ef/article/view/136>

Conocimiento Enfermero 20 (2020): 20-25 1 de 21

Comparative Study > Transplant Proc. 2018 Oct;50(8):2327-2332.
doi:10.1016/j.transproceed.2018.03.034. Epub 2018 Mar 16.

Laparoscopic Live Donor Nephrectomy: Comparison of Outcomes Right Versus Left

A Kumar¹, S Chaturvedi², A Gulia², R Maheshwari², V Dassi², P Desai²

Affiliations + expand
PMID: 30316352 DOI: 10.1016/j.transproceed.2018.03.034

Abstract

Objective: To compare outcomes between right- and left-sided laparoscopic live donor nephrectomy (LDN). Left LDN (LLDN) remains the side of choice whenever possible because the left renal vein is longer; however, there are some donors in whom the right kidney is taken for donation due to anatomical or functional reasons. Right LDN (RLDN) is perceived to be difficult due to anatomical factors. Therefore, many surgeons have a bias for left kidney donation or will do right side donation as an open donor nephrectomy. At our institution, we routinely perform RLDN when indicated and herein compare the outcomes between right- and left-sided LDN.

Methods: From January 2007 to January 2017, 1850 laparoscopic donor nephrectomies were conducted at the Max Super Speciality Hospital. Of these, 168 were right-sided donor nephrectomies and 1682 were left-sided donor nephrectomies. All the donor case records were retrospectively reviewed; the operative time, warm ischemia time, intraoperative events, blood loss, and postoperative parameters were recorded. The kidney recipient data were also recorded.

Results: The donor demographic characteristics were comparable between 2 groups. Among other variables, operating time was significantly less in RLDN (120 minutes) versus the LLDN group (146 minutes). Intraoperative estimated blood loss (118 mL in RLDN; 126 mL in LLDN), warm ischemia time (4.8 minutes in RLDN; 5.2 minutes in LLDN) and hospital stay (4.2 days in RLDN; 4.3 days in LLDN) was comparable. Vascular complications occurred in four patients in the RLDN group and six cases in the LLDN group. Recipient outcomes were comparable.

TECNICAS QUIRURGICAS EN DONANTE VIVO Y FALLECIDO. COMPLICACIONES, INDICACIONES DE EMBOLIZACION Y NEFRECTOMIA DEL INJERTO. VISION DEL NEFROLOGO

Fecha actualización: 2020/05/14

TEXTO COMPLETO

INTRODUCCION

Las complicaciones quirúrgicas relacionadas con el trasplante renal (TR) han recibido escasa atención en la literatura médica, a pesar de su impacto en la morbilidad y mortalidad del receptor y en la viabilidad del injerto. La mayor parte de los estudios publicados son unicéntricos y retrospectivos, con una definición variable de estas complicaciones. Por tanto, resulta difícil extraer conclusiones sobre su verdadera incidencia, la eficacia de las actitudes terapéuticas instauradas y los factores de riesgo implicados en su desarrollo. Además, en los últimos años hemos asistido a cambios relacionados con el tipo de riñones trasplantados, la comorbilidad de los receptores y el uso de nuevas combinaciones de fármacos inmunosupresores. Todos estos cambios tienen un impacto sobre la incidencia y la gravedad de estas complicaciones.

El desequilibrio permanente entre los órganos disponibles y los pacientes en lista de espera para TR ha condicionado el desarrollo de estrategias para aumentar el número de donantes. En este sentido, se ha incrementado la utilización de donantes con criterios expandidos, tradicionalmente no aceptados para trasplante [1]. Uno de estos criterios, la edad avanzada del donante, se acompaña de un incremento en la patología vascular que podría condicionar a su vez la aparición más frecuente de algunas complicaciones en el postrasplante. También se ha incrementado la edad y comorbilidad de los receptores. El receptor mayor, frágil, con posibilidades de patología vascular, diabetes y un estado nutricional deficiente, puede presentar un mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas [2].

Risks of Living Kidney Donation: Current State of Knowledge on Outcomes Important to Donors

Krista L Lentine^{1, 2}, Ngan N Lam³, Dorry L Segev^{4, 5}

Affiliations + expand
PMID: 30858158 PMCID: PMC6450354 DOI: 10.2215/CJN.11220918
Free PMC article

Abstract

In the past decade, there have been increasing efforts to better define and quantify the short- and long-term risks of living kidney donation. Recent studies have expanded upon the previous literature by focusing on outcomes that are important to potential and previous donors, applying unique databases and/or registries to follow large cohorts of donors for longer periods of time, and comparing outcomes with healthy nondonor controls to estimate attributable risks of donation. Leading outcomes important to living kidney donors include kidney health, surgical risks, and psychosocial effects of donation. Recent data support that living donors may experience a small increased risk of severe CKD and ESKD compared with healthy nondonors. For most donors, the 15-year risk of kidney failure is <1%, but for certain populations, such as young, black men, this risk may be higher. New risk prediction tools that combine the effects of demographic and health factors, and innovations in genetic risk markers are improving kidney risk stratification. Minor perioperative complications occur in 10%-20% of donor nephrectomy cases, but major complications occur in <3%, and the risk of perioperative death is <0.03%. Generally, living kidney donors have similar or improved psychosocial outcomes, such as quality of life, after donation compared with before donation and compared with nondonors. Although the donation process should be financially neutral, living kidney donors may experience out-of-pocket expenses and lost wages that may or may not be completely covered through regional or national reimbursement programs, and may face difficulties arranging subsequent life and health insurance. Living kidney donors should be fully informed of the perioperative and long-term risks before making their decision to donate. Follow-up care allows for preventative care measures to mitigate risk and ongoing surveillance and reporting of donor outcomes to inform prior and future living kidney donors.

Glosario

Aloinjerto: Trasplante de órgano, tejido o células de un individuo a otro individuo que es de la misma especie, pero que no es un gemelo idéntico.

Autocuidado: Acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud.

Cuidado: Solicitud y atención para hacer bien algo.

Cuidado de enfermería: Atención especializada que pueda recibir una persona, independientemente de edad, sexo, posición socio-económica, bien sea de manera preventiva o cuando se encuentre enferma, que se encuentre recluida en una institución de salud o en su casa y en cualquier ámbito tanto emocional, físico o psicológico.

Diagnóstico: Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas.

Donador: al que tácita o expresamente consiente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos, tejidos y células, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Emesis: Vómito o trastorno estomacal.

Enfermo: Estado de salud de una persona que se ve alterado por la presencia de alguna enfermedad, patología o dolencia

Hemodinámica: Parte de la biofísica que se encarga del estudio de la dinámica de la sangre en el interior de las estructuras sanguíneas como arterias, venas, vénulas, arteriolas y capilares

Hiperfiltración: Complejo fenómeno hemodinámico que ocurre en etapas tempranas de la evolución de la enfermedad.

Hipertrofia: Aumento en el tamaño de las células, que conlleva un aumento del tamaño del órgano al que afecta, acompañado de un aumento de su capacidad funcional, así como síntesis de componentes estructurales.

Insuficiencia renal: Afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

Isquemia: Enfriamiento de un tejido, órgano o parte del cuerpo después que el suministro de sangre se ha reducido o interrumpido

Laparoscopia: Exploración o examen de la cavidad abdominal mediante la introducción de un laparoscopio a través de una pequeña incisión.

Lesión: Daño que ocurre en el cuerpo

Metaanálisis: Estudios que tienen la finalidad de compilar toda la información disponible, agrupándola según un tema específico y evaluándola a través de herramientas de calidad metodológica.

Metaparadigma: Conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos.

Nefrectomía: es la extracción quirúrgica de un riñón.

Órgano: Agrupación de diversos tejidos que forman una unidad estructural encargada del cumplimiento de una función determinada en el seno de un organismo pluricelular.

Paratohormona: Producida por las glándulas paratiroides, cuatro glándulas del tamaño de una arveja o chícharo ubicadas en el cuello. La PTH controla el nivel de calcio en la sangre.

Perioperatorio: Alrededor del momento de la cirugía. Por lo general, este período se extiende desde que el paciente va al hospital o el consultorio médico hasta el momento en que el paciente vuelve a la casa.

Perfil lipídico: También conocido como panel de lípidos, mide las concentraciones de distintos tipos de grasas en la sangre.

Trasplante: transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.

Tratamiento: Conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Rehabilitación: Intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno.

Riñón único: que se tiene un único riñón funcionando, mientras que el otro se encuentra estructural o funcionalmente ausente por causas diversas: quirúrgicas, anomalías congénitas, infecciones, trasplante renal.