



**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2012-2016

TRABALLO FIN DE GRAO

# **Trasplante Renal Donante Cadáver: Estudio de un caso**

**Nerea Muíño Sar**

**Titora: María José Puga Mira.**

**Junio 2016**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
DESARROLLO.....	12
DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	14
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	14
PLAN DE CUIDADOS.....	17
EVOLUCIÓN.....	30
CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES.....	31
CONCLUSIÓN .....	31
ANEXO I.....	33
ANEXO II.....	35
AGRADECIMIENTOS.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39

## **RESUMEN**

" La ERC (Enfermedad Renal Crónica) se define mediante dos parámetros:

- Como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) estimado  $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^3$
- Como la presencia de daño renal persistente, al menos durante tres meses, que se puede ver de forma directa mediante alteraciones histológicas (en la biopsia renal) o bien de forma indirecta mediante la medición de ciertos marcadores (albuminuria o proteinuria elevadas, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones en pruebas de imagen)".

La IRC (Insuficiencia Renal Crónica) terminal precisa un tratamiento sustitutivo; uno de estos tratamientos sustitutivos consiste en un trasplante renal.

" Un trasplante renal consiste en la implantación de un riñón de un donante (fallecido o vivo) en un receptor inmunológicamente compatible ". El objetivo de este trabajo es presentar y describir el caso clínico de una paciente receptora de un trasplante renal de donante fallecido y el plan de cuidados en una unidad de nefrología. Se ha visto que las intervenciones planteadas han sido eficaces para la consecución de los resultados esperados.

En su desarrollo se utiliza la guía de valoración de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC en la identificación de problemas y planificación.

**PALABRAS CLAVE:** Trasplante Renal. Donante Cadáver. Insuficiencia Renal Crónica. Insuficiencia Renal. Nutrición. Plan de Cuidados. NANDA. NIC. NOC.

## **RESUMO**

A ERC defínese mediante dous parámetros:

- Como unha diminución da función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) estimado  $< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^3$ .
- Como a presenza do dano renal persistente, polo menos durante tres meses, que se pode ver de forma directa mediante alteracións histolóxicas (na biopsia renal) ou ben de forma indirecta mediante a medición de certos marcadores (albuminuria ou proteinuria elevadas, alteracións no sedimento urinario, alteración en probas de imaxe).

A IRC terminal precisa un tratamento substitutivo; un destes tratamentos consiste nun trasplante renal.

Un trasplante renal consiste na implantación dun enxerto renal procedente dun donante cadáver ou vivo nun receptor histocompatible e tolerante inmunoloxicamente.

O obxectivo deste traballo é presentar e describir o caso clínico dunha paciente receptora dun trasplante renal de donante falecido e o plan de cuidados nunha unidade de nefroloxía.

No seu desenrolo utilízase a guía de valoración de Virginia Henderson e as taxonomías NANDA, NOC e NIC na identificación de problemas e planificación.

Palabras chave: Trasplante Renal. Donante Cadáver. Insuficiencia Renal Crónica. Insuficiencia Renal. Nutrición. Plan de Cuidados. NANDA. NIC. NOC.

## **ABSTRACT**

CKD is determined by means of two parameters:

- The loss of the kidney function, expressed by a glomerular filtration rate (GF) estimated at  $< 60 \text{ ml/min/1.73 cubic metres}$ .
- The presence of continuous kidney damage, at least over three months, that can be seen directly through histological variations (in the kidney biopsy)

The terminal CKD requires substitute treatment; one of these substitute treatments consists in a kidney transplant.

A kidney transplantation is the transplantation of a donor's kidney (deceased or living) into an immune compatible patient.

The aim of this essay is to present and describe the clinical case of a patient receiving a kidney transplant from a deceased donor and the protocol of procedures in a nephrology unit. It has been proven that procedures suggested have been successful to attain the expected results.

This development has used the guide of assessment by Virginia Henderson and the taxonomies NANDA, NOC and NIC in the identification of problems and planning.

### **INTRODUCCIÓN**

Los riñones son los órganos encargados de la filtración del plasma y eliminación de las sustancias del filtrado, en función de las necesidades del cuerpo, además de "aclarar" las sustancias no deseadas del filtrado excretándolas por la orina y devolviendo las sustancias necesarias de nuevo a la sangre<sup>(1)</sup>. También ejercen numerosas funciones homeostáticas, que se verán afectadas en pacientes con una insuficiencia renal; entre ellas:

- Excreción de productos metabólicos de desecho y sustancias químicas extrañas.
- Regulación de los equilibrios hídrico y electrolítico.
- Regulación de la osmolalidad del líquido corporal y de las concentraciones de electrolitos.
- Regulación de la presión arterial.
- Regulación del equilibrio ácido-base.
- Secreción, metabolismo y excreción de hormonas.
- Gluconeogenia.

" La ERC se define mediante dos parámetros:

- Como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) estimado  $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^3$
- Como la presencia de daño renal persistente, al menos durante tres meses, que se puede ver de forma directa mediante altera-

ciones histológicas (en la biopsia renal) o bien de forma indirecta mediante la medición de ciertos marcadores (albuminuria o proteinuria elevadas, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones en pruebas de imagen)" (2)

Los efectos de la insuficiencia renal terminal sobre los líquidos corporales depende de la ingestión de agua (Si esta se restringe inmediatamente después del inicio de una insuficiencia renal aguda, el contenido total de agua en el cuerpo sólo aumenta ligeramente; si por el contrario la ingesta de líquidos no se limita y el paciente bebe en respuesta a la sed, el líquido corporal empieza a aumentar de forma inmediata y rápida) y alimentos; y del grado de deterioro de la función renal.

Estos efectos son:

- Edema (presencia de un exceso de líquido en los tejidos corporales, generalmente en el compartimiento de líquido extracelular) generalizado debido a la retención de agua y sal (A medida que se acumula sal en el organismo aumenta indirectamente el volumen de líquido extracelular).
- Acidosis debida a la incapacidad de los riñones de eliminar del organismo productos ácidos normales.
- La concentración alta de nitrógeno no proteico (urea, creatinina y ácido úrico) debido a la incapacidad del organismo de excretar los productos finales del metabolismo de las proteínas.
- Concentraciones altas de otras sustancias excretadas por el riñón, incluidos fenoles, sulfatos, fosfatos, potasio y bases guanidina.

A esta situación se le llama uremia debido a las concentraciones elevadas de urea en los líquidos corporales (1).

La mayoría de los pacientes con una insuficiencia renal crónica, antes de optar al trasplante han tenido que someterse previamente a diálisis; ya sea hemodiálisis o a diálisis peritoneal (2).

" La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que supe parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, así como de regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. No supe las funciones endocrinas ni metabólicas renales. Consiste en interponer entre la sangre y el líquido de diálisis una membrana semi-permeable que se denomina filtro o dializador. Esta permite la eliminación de agua y solutos de pequeño y mediano peso molecular, pero no grandes como proteínas o células sanguíneas."<sup>(2)</sup>

" Con el término de diálisis peritoneal englobamos todas aquellas técnicas de diálisis que utilizan el peritoneo como membrana de diálisis y la capacidad de ésta para permitir, tras un período de equilibrio, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis. La estructura anatomofuncional de la membrana peritoneal, las características fisicoquímicas de la solución de diálisis y el catéter constituyen los tres elementos básicos de esta técnica.

Existen varios tipos de diálisis peritoneal:

- **La diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPCA)**, constituye la modalidad de diálisis peritoneal más utilizada. En ella el tratamiento dialítico se realiza de forma manual; es continua porque la cavidad abdominal permanece llena de líquido en todo momento, y ambulatoria porque se desarrolla en el domicilio del paciente. El volumen empleado habitualmente en cada intercambio es de 2l. El líquido infundido se mantiene en la cavidad abdominal (tiempo de permanencia) durante 4-6 h (intercambios diurnos) y 8-10 h (intercambio nocturno). Esta técnica puede dividirse en varias fases que corresponden a un intercambio, que en la modalidad estándar se repite 4 veces al día, que son: conexión, drenaje, infusión y desconexión.

- **La diálisis peritoneal automatizada (DPA)**. Supone el empleo de sistemas mecánicos (cicladoras) que permiten programar una pauta de tratamiento (volumen total de líquido de diálisis, volumen por intercambio, tiempo de permanencia, tiempo total de tratamiento) según la dosis de diálisis establecida. Las fases de drenaje, infusión y permanencia se

realizan de forma automática, por lo que el paciente sólo tendrá que establecer la conexión y desconexión al inicio y final del tratamiento, respectivamente. Todas las técnicas de DPA están diseñadas para realizarse durante la noche mientras el paciente duerme. En función del esquema de tratamiento establecido la DPA ofrece dos variedades: intermitentes, con períodos de tiempo en los que la cavidad peritoneal permanece sin líquido (seca), y continuas, en las que siempre existe líquido en el interior. De cada una de ellas existen diversas modalidades.

"(2)

"Un trasplante renal consiste en la implantación de un riñón de un donante (fallecido o vivo) en un receptor inmunológicamente compatible, generalmente en la fosa ilíaca derecha, dado su mejor abordaje quirúrgico. Se conecta la arteria y vena renal del riñón donado a la arteria y vena ilíaca del receptor, y posteriormente el uréter se implanta en la vejiga. Los riñones nativos se dejan habitualmente "in situ", salvo situaciones especiales (riñones poliquísticos muy grandes, infecciones de repetición,...)."(2). Después de realizado, la persona trasplantada tendrá que someterse a un tratamiento inmunosupresor de mantenimiento para ayudar a prevenir el rechazo agudo y la pérdida del riñón trasplantado. Estos fármacos hacen que se suprima el sistema inmunitario haciendo que aumente el riesgo de infecciones y de ciertas formas de cáncer; aunque la magnitud de este tratamiento suele reducirse a lo largo del tiempo para reducir estos riesgos.

El trasplante renal constituye en el momento actual el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal terminal; ya que los pacientes que reciben trasplante renal suelen vivir más y tener menos problemas de salud que los que se mantienen con diálisis<sup>(1)</sup>. La supervivencia de los pacientes trasplantados es muy superior a las de pacientes en diálisis, al cabo de cinco años está en torno al 88% tras un TR y al 47% en pacientes en diálisis <sup>(2)</sup>.



Una vez realizado el trasplante renal puede tener lugar, entre otras complicaciones, un rechazo del injerto renal. " El rechazo inmunológico es una de las principales complicaciones tras el trasplante renal, y es causa importante de pérdida del mismo. Representa la causa principal de insuficiencia renal postrasplante.

Puede clasificarse, atendiendo a la forma de aparición y tipo de respuesta inmunológica en:

- Rechazo hiperagudo: Puede ocurrir durante o inmediatamente después de la revascularización del injerto, generalmente en las primeras 48 horas post-trasplante.
- Rechazo acelerado: Es de características patogénicas similares al rechazo hiperagudo, pero se produce generalmente en la primera semana postrasplante.
- Rechazo agudo (RA): Es el fenómeno inmunológico que ocasiona deterioro agudo de la función del injerto como consecuencia de la respuesta del sistema inmune del receptor frente a los antígenos extraños del riñón trasplantado. Aparece habitualmente a partir de la primera semana, en general, durante los 3 primeros meses.
- Rechazo crónico: Es el daño crónico del injerto de origen inmunológico." (2)

España es el país con la tasa más alta de trasplante renal en el mundo gracias a la alta tasa de donación de órganos, que ha ido aumentando en los últimos 10 años llegando a los 2498 donantes en el 2008<sup>(3)</sup>.

Concretamente en el HUAC el programa de trasplante renal se inició en 1981 y desde su comienzo hasta finales de 2015 se realizaron 2800 trasplantes renales en este hospital. En el año 2015 se realizaron en este hospital 124 trasplantes renales, de los cuales 91 procedían de un donante cadáver y los otros 33 de donante vivo.

Sin embargo, los donantes de cadáver son cada vez de mayor edad y con mayor afectación vascular; lo que dificulta el proceso de valoración y obliga a los clínicos a tomar decisiones sobre la viabilidad de los órganos.

Hay un protocolo de evaluación y unos requisitos para la inclusión en la lista de espera de trasplante que depende de cada centro trasplantador; pero en general se hace el siguiente procedimiento:

- Revisión de historia clínica y psicosocial.
- Exploración física rigurosa.
- Pruebas analíticas, radiodiagnósticas y funcionales.
- Valoración por otros especialistas, según la historia clínica del paciente (digestivo, urología, psiquiátrica, etc.)<sup>(4)</sup>

Existen unas contraindicaciones para optar al trasplante renal:

#### Absolutas

- Neoplasia maligna reciente con actividad metastásica.
- Infección activa.
- Enfermedad extrarrenal irreversible sin rehabilitación o con expectativas de vida inferior a un año.
- Enfermedad psiquiátrica con pérdida de autonomía o competencia.
- Incumplimiento terapéutico reiterado.
- Adicción a drogas y/o alcohol sin posibilidades de rehabilitación.
- Prueba cruzada positiva IgG frente a células T del donante.

En la actualidad, cada paciente debe ser valorado de forma individual y según su situación particular; por lo que es difícil hablar de contraindicaciones absolutas.

#### Relativas.

- Edad avanzada > de 75 años.
- Enfermedad cardiovascular.
- Hepatopatía crónica avanzada.
- Anomalías de vías urinarias.
- Tumores malignos previos.
- Enfermedad de base.<sup>(4)</sup>

En cuanto al donante, se considera donante potencial a aquellos cadáveres en muerte cerebral por traumatismo craneoencefálico,

accidente cerebrovascular, anoxia cerebral o tumores benignos no metastatizantes. Para su identificación y detección se realiza una valoración de la lesión cerebral utilizando la Escala de Glasgow. Con una puntuación de 6 o menos en esta escala se considera posible donante de órganos antes de establecerse el diagnóstico de muerte cerebral.

Para considerar que un paciente se encuentra en muerte cerebral, este diagnóstico debe ser establecido por médicos independientes del grupo de trasplantes para evitar el conflicto de intereses; además de existir la certeza de ausencia irreversible de función cerebral (esta ausencia se confirma con dos exploraciones neurológicas separadas por un intervalo de al menos 6 h si se conoce la causa de la muerte, o de 24 h en el caso contrario).

Cabe añadir, que cada vez son más habituales los donantes marginales o con criterios ampliados (donante con muerte por accidente vascular cerebral, de más de 60 años; o con menor edad con trastornos cardiovasculares hipertensión o diabetes) los cuales deben de ser objeto de valoración muy cuidadosa.

Otro tema importante a tener en cuenta es la infección. Algunas infecciones contraindican el trasplante y otras requieren una profilaxis adecuada en el receptor. Los donantes con factores de riesgo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) deben ser excluidos aunque la serología sea negativa, ante la posibilidad de un falso negativo en el test. En el caso de la Hepatitis C (VHC), algunos grupos utilizan los órganos de donantes con serología positiva, para receptores igualmente positivos; siempre obteniendo previamente el consentimiento informado de estos. Sin embargo para la aceptación de órganos procedentes de donantes con hepatitis B existen controversias.

Para poder llevar a cabo el trasplante, se debe realizar un mantenimiento del donante; el cual consiste en conseguir la perfusión óptima de los órganos y su correcta oxigenación. Para esto es necesario una presión arterial sistólica superior a 90 mmHg, una presión venosa central entre 10 y 12 cmh, una diuresis entre 100 y 300 ml/h, un hematocrito mayor del

30%, una presión parcial de oxígeno arterial de 70-100 mmHg y temperaturas entre 35 y 37°C.

También es necesaria una preservación del trasplante. Esta preservación del órgano se basa en la exanguinación del mismo y el remplazo de la sangre por una solución de preservación adecuada a baja temperatura. Además la hipotermia permite un incremento en el tiempo de almacenamiento de los riñones.

El tiempo que transcurre entre el paro cardiocirculatorio del donante en quirófano y el comienzo del enfriamiento mediante soluciones de preservación, se conoce como el tiempo de isquemia caliente. Un aumento en este tiempo puede asociarse a una grave lesión tisular y necrosis tubular aguda; en la actualidad este período se puede minimizar a menos de 1 minuto.

El tiempo que transcurre durante el almacenamiento en frío o con perfusión automatizada a 4°C se le denomina tiempo de isquemia fría. Cuando la duración del tiempo de isquemia fría excede las 24 h, se produce un retraso en la función inicial del injerto.<sup>(3)</sup>

## **DESARROLLO**

Para documentar el estudio se realizó la búsqueda en revistas científicas como Scielo. Páginas web como el Ministerio de Salud, Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Friat; utilizando las palabras clave: Trasplante Renal. Donante Cadáver. Insuficiencia Renal Crónica. Insuficiencia Renal, Nutrición. Plan de Cuidados. NANDA. NIC. NOC.<sup>(2,4,5,6)</sup>

La recogida de datos de la valoración enfermera se realizó utilizando la guía de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Analizando la información recogida enmarcada en el modelo conceptual de Virginia Henderson nos permitió determinar el grado de independencia y el nivel de autonomía; posibilitando de esta manera, determinar los problemas y realizar la planificación de los cuidados.

Para la identificación de los diagnósticos de enfermería se utilizó la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>(7)</sup>.

Para la identificación de los problemas de colaboración (CP), se utilizó la terminología médica.

La taxonomía NANDA I tiene tres niveles: dominios (esfera de conocimiento, estudio o interés), clases (grupo, género o clase que comparte atributos comunes) y diagnósticos enfermeros ("juicio clínico que formulan los enfermeros sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad frente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales y proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable")<sup>(7)</sup>.

Los problemas de colaboración (CP) se refieren a las complicaciones potenciales de la situación fisiopatológica, del tratamiento prescrito o de las pruebas diagnósticas hechas.<sup>(8)</sup>

La planificación de cuidados, tanto de diagnósticos enfermeros como para las complicaciones potenciales se utiliza la clasificación de resultados de enfermería (NOC)<sup>(9)</sup> y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)<sup>(10)</sup>.

La NOC clasifica y organiza los resultados ("un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería"). Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores (determinan el estado del paciente en relación al resultado e indicadores susceptibles de ser alcanzados mediante intervenciones enfermeras), a través de una escala Likert 5 puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado. La medición reflejará un continuo, como por ejemplo 1= gravemente comprometido; 2= sustancialmente comprometido; 3= moderadamente comprometido; 4= ligeramente comprometido; 5= no comprometido.

La NIC ordena las actuaciones enfermeras en grupos, basándose en las relaciones entre ellas y asignarles un nombre "intervenciones".

El objetivo de este trabajo es presentar y describir el caso clínico de una paciente receptora de un trasplante renal de donante cadáver y el plan de cuidados en una unidad de nefrología.

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 38 años diagnosticada de hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica hace 8 años provocada por una nefropatía IgA (Función renal de un 9%) , realizando diálisis peritoneal desde hace 11 meses; ingresa en la unidad para una cirugía como receptora de un trasplante renal de donante cadáver.

### **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

La valoración fue realizada a los 2 días después de la intervención quirúrgica, siguiendo el esquema de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

- **Oxigenación.**

Constantes vitales: Saturación 98%, Fc 110 lpm, Tª 36.6 °C, TA 150/100 mmHg.

Vía aérea permeable.

No presenta secreciones, ruidos respiratorios ni muestra dificultad respiratoria.

No precisa oxígeno.

Tiene buena coloración de la piel y los tegumentos, incluida la incisión quirúrgica.

- **Nutrición/hidratación.**

Buena tolerancia a la dieta líquida, por lo que se le pide una dieta de 4º día para la cena.

Además tiene pautado suero glucosalino de 500 ml cada 24h.

Talla: 1.73 m.

Peso: 68 Kg.

- **Eliminación.**

Portadora de sonda vesical (SV) del número 16 con, aproximadamente, 20 ml de orina hematórica.

Tiene un drenaje Rhedon en la zona de la herida quirúrgica en la parte inferior derecha del abdomen, con un drenaje hemático de 100cc aproximadamente.

- Actividad/ejercicio

Se mueve con facilidad en la cama, se levanta al sillón y da paseos pequeños por la habitación.

- Descanso/sueño.

Toma 2 cápsulas de Bromazepam de 1.5 mg para poder dormir(ya que ahora dice sentirse nerviosa y preocupada, lo que le impide conciliar el sueño), que no tomaba anteriormente en su domicilio.

Dice sentirse descansada al despertar.

No duerme durante el día.

- Vestirse/desvestirse.

No precisa ningún tipo de ayuda para vestirse y desvestirse.

- Mantenimiento de la temperatura corporal.

T<sup>a</sup>: 36.6 °C.

- Higiene y protección de la piel.

Realiza el aseo diario por la mañana, para el cual necesita ayuda parcial.

La herida quirúrgica está limpia y se encuentra en la parte inferior derecha del abdomen.

- Evitar peligros.

No es fumadora, ni consume alcohol.

Dice estar preocupada por no funcionarle el riñón.

Es portadora de vía central de 2 luces en subclavia derecha, por donde le pasa suero y medicación y de catéter Tenckhoff.

Está a tratamiento con: Metamizol 2g (cada 8 horas), Paracetamol 1g/100ml (cada 8 horas), Clexane 20 mg jeringa, Metilprednisolona 20 mg vial (1/2 ampolla cada 12 h), Micofenolato Mofetilo (Myfenax; 500 mg comprimido)(1000mg cada 12 h), Omeprazol 20 mg, 2 Bromazepam de 1.5 mg.

- Comunicación.

Miopía, utiliza gafas.

Durante el día está acompañada por familiares y amigos.

- Recreo.

En su tiempo libre le gusta viajar junto con su mejor amiga, ir a tomar algo con sus amigos y pasear con su perro.

Dice no extrañar demasiado esto, debido a las visitas que recibe de sus familiares y amigos.

- Creencias y valores.

Se describe como creyente, no practicante; aunque reconoce rezar para que empiece a funcionarle el riñón.

Dice querer tener una actitud positiva en cuanto a esta situación, debido a que cree que esta actitud puede ayudar a una recuperación más temprana. Además se siente contenta por no tener que continuar realizando diálisis peritoneal y poder tener una "vida normal".

- Ocuparse/realizarse.

Trabaja de teleoperadora comercial.

- Aprendizaje.

Se muestra decidida e interesada en el aprendizaje, demandando información acerca de los cambios que conlleva su nuevo estado de salud.

Muestra mucho interés en el conocimiento de la medicación (para que es, qué cantidad tomar, en que horario...).

Conocedora de las curas que deberá realizar en la herida quirúrgica al alta.



## **PLAN DE CUIDADOS**

Tabla 1

### **Diagnóstico: Ansiedad (00146)**

**Factores relacionados**                      Grandes cambios (estado de salud)

**Características definitorias.**                      Nerviosismo.  
Preocupación.  
Temor.  
Inquietud.  
Aumento de la frecuencia cardíaca.  
Cambios en el patrón del sueño

<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).</b>	<b>Evaluación al final del proceso (Escala Likert).</b>
<b><u>Nivel de ansiedad</u></b> (1211)	• 121105 Inquietud.	2	4
	• 121112 Dificultades para la concentración.	3	4
	• 121117 Ansiedad verbalizada.	2	4
	• 121120 Aumento de la velocidad del pulso.	3	4
	• 121129 Trastorno del sueño	2	5
<b><u>Autocontrol de la ansiedad</u></b> (1402)	• 140204 Busca información para reducir la ansiedad.	4	5
	• 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.	2	4
	• 140211 Conserva las relaciones sociales.	5	5
	140212 Mantiene la concentración.	3	5

NIC	Actividades.
<p><b><u>Disminución de la ansiedad (5820)</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li> <li>- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>- Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>- Escuchar con atención.</li> <li>- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.</li> <li>- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li>- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.</li> <li>- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> </ul>

Tabla 2.

## Diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)

<p><b><u>Factores relacionados.</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.</li> <li>- Expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito.</li> <li>- Expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos.</li> </ul>
---	---

NOC	Indicadores	Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).	Evaluación al final del proceso (Escala Likert).
<p><b><u>Conocimiento : medicación (1808)</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 180808 Nombre correcto de la medicación.</li> <li>• 180808 Posibles interacciones de la medicación.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">3</p>

	• 180810 Uso correcto de la medicación prescrita.	2	4
	• 180816 Pruebas de laboratorio necesarias para monitorizar la medicación.	1	4
	• 180802 Efectos adversos de la medicación.	1	3
<b><u>Conocimiento:</u></b>			
<b><u>control de la hipertensión (1837)</u></b>	• 183701 Rango normal de presión arterial sistólica.	4	4
	• 183702 Rango normal de presión arterial diastólica.	4	4
	• 183704 Métodos para medir la presión arterial	3	4
	• 183705 Complicaciones potenciales de la hipertensión.	3	4
	• 183707 Importancia del tratamiento a largo plazo.	2	4
	• 183709 Uso correcto de la medicación prescrita.	1	4
	• 183710 Efectos terapéuticos de la medicación.	1	4
	• 183712 Efectos adversos de la medicación.	1	3
	• 183713 Importancia de la adherencia al tratamiento.	2	4
	• 183715 Importancia de mantener visitas de seguimiento.	3	4
	• 183727 Beneficios del ejercicio regular.	2	3

- 183730 Cuando contactar con un profesional.

3

4

## NIC

## Actividades

### Enseñanza: Medicamentos prescritos (5616)

- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda.
- Informar al paciente tanto del nombre genérico como el comercial de cada medicamento.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene cada medicación.
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos.

### Enseñanza :Proceso de enfermedad (5602)

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corresponda.</li> <li>- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.</li> <li>- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.</li> </ul>
--	--

**Tabla 3.**

### **Diagnóstico: Riesgo de caídas (00155)**

<b><u>Factores relacionados.</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes farmacológicos.</li> </ul> </li> <li>• Fisiológicos. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Período de recuperación postoperatorio.</li> <li>- Disminución de la fuerza en la extremidad inferior correspondiente al lado del trasplante.</li> </ul> </li> </ul>
--------------------------------------	--

<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).</b>	<b>Evaluación al final del proceso (Escala Likert).</b>
<b><u>Conducta prevención de caídas (1909)</u></b>	• 190913 Adapta la altura de la cama según sea necesario.	5	5
	• 190917 Utiliza precauciones cuando toma medicamentos que aumentan el riesgo de caídas.	4	5
	• 190918 Utiliza dispositivos oculares de corrección.	5	5
	190922 Proporciona iluminación adecuada.	4	4
	• 190923 Pide ayuda.	4	4

<b>NIC</b>	<b>Actividades.</b>
<b><u>Prevención de caídas</u></b>	- Identificar déficit físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas

(6490)

en un ambiente dado.

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.

**Ayuda en el autocuidado**

(1800)

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

Tabla 4.

**Diagnóstico: Riesgo de estreñimiento (0015)**

**Factores relacionados.**

- Fisiológicos.
  - Disminución de la motilidad gastrointestinal.
  - Ingesta de fibra insuficiente.
  - Ingesta de líquidos insuficiente.
- Funcionales.
  - Cambio reciente en el entorno.

<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).</b>	<b>Evaluación al final del proceso (Escala Likert).</b>
<b><u>Eliminación intestinal (0501)</u></b>	• 50101 Patrón de eliminación.	3	5
	• 50103 Color de las heces.	5	5
	• 50104 Cantidad de heces en relación con la dieta.	3	5
	• 50112 Facilidad de eliminación de las heces.	2	5
	• 50121 Eliminación fecal sin ayuda.	4	5
	• 50128 Dolor con el paso de las heces.	5	5
	• 50129 Ruidos abdominales	5	5

<b>NIC</b>	<b>Actividades.</b>
<b><u>Manejo del estreñimiento/ impactación fecal (0450)</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</li> <li>- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</li> <li>- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>- Sugerir el uso de laxantes/ ablandadores de heces, según corresponda.</li> <li>- Pesarse al paciente regularmente (cada 24h).</li> </ul>

Tabla 5.

### **Complicación Potencial: Hemorragia.**

<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).</b>	<b>Evaluación al final del proceso (Escala Likert).</b>
<b><u>Severidad de la pérdida de sangre (0413)</u></b>	• 4301 Pérdida sanguínea visible.	3	5
	• 41302 Hematuria	3	5

• 41306 Distensión abdominal.	5	5
• 41308 Hemorragia postoperatoria.	4	5
• 41309 Disminución de la presión arterial sistólica.	5	5
• 41310 Disminución de la presión arterial diastólica.	5	5
• 41312 Pérdida de calor corporal.	5	5
• .41313 Palidez de piel y mucosas.	5	5
• 41315 Disminución de la cognición.	5	5
• 41317 Disminución del hematocrito.	4	5

## NIC

## Actividades

<b><u>Manejo de la hipovolemia(4180)</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesar a diario al paciente a la misma hora (p.ej., después de orinar, antes del desayuno) y monitorizar las tendencias.</li> <li>- Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC, según disponibilidad.</li> <li>- Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie.</li> <li>- Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (p.ej., hemorragia).</li> <li>- Monitorizar entradas y salidas.</li> <li>- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemorragia (p.ej., hemoglobina, hematocrito), si están disponibles.</li> <li>- Mantener un acceso i.v. (intravenoso) permeable.</li> <li>- Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda.</li> <li>- Monitorizar la presencia de datos de reacción transfusional, según corresponda.</li> </ul>
--	---



Tabla 6

## Complicación potencial: Desequilibrio hidroelectrolítico

<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).</b>	<b>Evaluación al final del proceso (Escala Likert).</b>
<b><u>Equilibrio hídrico (0601)</u></b>	• 60101 Presión arterial.	4	4
	• 60107 Entradas y salidas diarias equilibradas.	5	5
	• 60109 Peso corporal estable.	4	5
	• 60112 Edema periférico.	4	5
	• 60114 Confusión.	5	5
	• 60115 Sed.	5	5
	• 60116 Hidratación cutánea.	4	5
	• 60117 Humedad de membranas mucosas.	5	5
	• 60119 Hematocrito.	3	5
<b><u>Severidad de la sobrecarga de líquidos (0603)</u></b>	• 60302 Edema de manos.	5	5
	• 60304 Edema de tobillo.	4	5
	• 60305 Edema de pierna.	5	5
	• 60308 Edema generalizado.	5	5
	• 60310 Estertores.	5	5
	• 60314 Confusión.	5	5
	• 60317 Aumento de la presión sanguínea.	5	5
	• 60318 Aumento de peso.	3	5
	• 60319 Disminución		

**NIC****Actividades****Manejo de la hipervolemia**  
**(4170)**

- Pesar a diario al paciente a la misma hora y monitorizar las tendencias.
- Observar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar.
- Monitorizar el edema periférico.
- Monitorizar entradas y salidas.
- Administrar las medicaciones prescritas para reducir la precarga (furosemida...).
- Monitorizar los signos de un efecto excesivo de la medicación (p.ej., deshidratación, hipotensión).
- Restringir la ingesta dietética de sodio, según esté indicado.

**Manejo de la hipovolemia**  
**(4180)**

- Pesar a diario al paciente a la misma hora y monitorizar las tendencias.
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC, según disponibilidad.
- Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie.
- Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (hemorragia, vómitos, diarrea...)
- Monitorizar entradas y salidas.
- Monitorizar el sitio de inserción del dispositivo de acceso vascular en busca de infiltración, flebitis e infección, según corresponda.
- Mantener un acceso IV permeable.
- Administrar soluciones isotónicas IV prescritas (suero salino fisiológico) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda.
- Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de datos de reacción transfusional, según

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir al paciente para que evite los cambios bruscos de posición, sobre todo del decúbito supino a la sedestación o la bipedestación.</li> <li>- Instruir al paciente y/o familia sobre el uso del registro de entradas y salidas.</li> </ul>
---

Tabla 7.

### Complicaciones potenciales: Flebitis/ Infección

NOC	Indicadores	Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).	Evaluación al final del proceso (Escala Likert).
<b><u>Severidad de la infección (0703)</u></b>	• 70303 Supuración fétida.	5	5
	• 70305 Drenaje purulento.	5	5
	• 70307 Fiebre.	5	5
	• 70311 Malestar general.	5	5
	• 70320 Colonización del hemocultivo.	5	5
	• 70323 Colonización del cultivo de la herida.	5	5
	• 70324 Colonización del urocultivo.	5	5
	• 70333 Dolor.	5	5
	• 70335 Colonización del acceso vascular.	5	5
<b>NIC</b>	<b>Actividades</b>		
<b><u>Cuidados del sitio de incisión (3440)</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</li> <li>- Observar las características de cualquier drenaje.</li> <li>- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</li> <li>- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</li> </ul>		

- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje en último lugar.
- Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.
- Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.
- Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de infección.

**Control de infecciones (6540)**

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Usar guantes estériles, según corresponda.
- Cambiar los sitios de las vías IV periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los CDC.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV.
- Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea necesario.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

Tabla 8.

**Complicación potencial: Rechazo agudo del riñón.**

<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Evaluación al principio del proceso (Escala Likert).</b>	<b>Evaluación al final del proceso (Escala Likert).</b>
<b><u>Función renal (0504)</u></b>	• 050424 Diuresis en 8 horas.	5	5
	• 050402 Balance de ingesta y diuresis en 24 horas.	5	5
	• 050425 Turgencia cutánea.	5	5
	• 50406 Color de la orina.	3	5
	• 50414 Hematuria.	3	5
	• 50418 Aumento de peso.	3	5
	• 50420 Náuseas.	5	5
	• 50421 Fatiga.	5	5
	• 50422 Malestar.	5	5
	• 50427 Aumento de la creatinina sérica.	5	5
	• 50428 Aumento del potásico sérico.	5	5
	• 50432 Edema.	4	5

**NIC**

**Actividades**

<b>Manejo de líquidos (4120)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesar a diario y controlar la evolución.</li> <li>- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.</li> <li>- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda.</li> <li>- Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.</li> </ul>
----------------------------------	---

- Administrar líquidos según corresponda.
- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.
- Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, si fuera necesario.
- Administrar los hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), según corresponda.

### **Evolución.**

Durante su estancia hospitalaria, la evolución de la paciente fue favorable. Se le fue progresando la dieta, hasta llegar a una dieta basal hiposódica. Con el paso de los días, la paciente pasea con más frecuencia por la unidad, llegando a pasarse casi todo el día fuera de la habitación.

Al tercer día postquirúrgico, el Rhedón contenía un drenado hemático de 500 cc, tras el cual es preciso trasfudir un concentrado de hematíes a la paciente.

Al cuarto día tras la intervención, se le retira la sonda vesical y empieza a orinar sin dificultad; hecho que calma bastante su ansiedad en cuanto al funcionamiento del injerto. Además ya no precisa ayuda para el autocuidado.

Al octavo día postquirúrgico, es retirado el drenaje Rhedón por orden médica, debido a un drenado escaso (< 50cc).

Al décimotercero día tras la intervención, se le retira la vía central, debido a que ya no la precisa.

Al décimocuarto día postquirúrgico, la paciente se va de alta a su domicilio; entregándosele con anterioridad documentación escrita a cerca de los cuidados que debe de tener con la herida quirúrgica y la dieta a seguir recomendada ( ANEXO I, ANEXO II). Anteriormente se le resuelven cualquier tipo de dudas en relación con su nuevo estado de salud.

Previamente a irse de alta, se le recuerda la importancia de acudir a las citas médicas estipuladas, y de los controles que debe de realizarse.

También se le recuerda al alta, que debe acudir a su centro de salud para la retirada de grapas y ante cualquier duda que pueda surgirle (además, se la informa a cerca del propósito del programa Conecta 72).

Se va de alta a su domicilio con la siguiente medicación: Prograf de 1 mg, Prograf de 5 mg, Amlodipino 10 mg, Prednisona 10 mg, Prednisona 5 mg, Omeprazol 20 mg, Cellcept 500 mg, Zyloric 100 mg, Septrim forte 160mg/180mg, Itraconazol 100mg.

### **Consideraciones ético-legales.**

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre)<sup>(11)</sup> y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre (reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).<sup>(12)</sup>

Asimismo, se declara no tener ningún conflicto de intereses.

### **Conclusión.**

Tras la realización de este plan de cuidados y su posterior evaluación, se ha visto que las intervenciones planteadas han sido eficaces para la consecución de los resultados esperados.

Se ha reafirmado la gran importancia de la elaboración y aplicación de un plan de cuidados individualizado a través de un lenguaje estandarizado para garantizar unos cuidados de calidad, garantizando su continuidad.

Se establecen además, objetivos comunes para todo el equipo de enfermería.

El abordaje de este caso me ha aportado conocimientos sobre el cuidado enfermero en la unidad de nefrología a un paciente que se ha sometido a un proceso de trasplante renal de donante cadáver.

Cabe destacar el gran interés de la paciente en cuanto al aprendizaje, tanto de la medicación como de los cuidados que se debían llevar a cabo; además de la ayuda proporcionada por parte de esta para la consecución adecuada de los objetivos, haciendo así posible una pronta recuperación

y consiguiendo la independencia y autonomía del paciente en sus cuidados y en las actividades de la vida diaria.

La enseñanza por parte del equipo sanitario a la paciente, tanto antes como durante y después del procedimiento ha sido fundamental para poder conseguir los objetivos establecidos, haciendo así que fuera posible una recuperación temprana por parte del paciente.

Además, antes del alta, se comprueba que el paciente ha entendido toda la información proporcionada, realizando una serie de preguntas y se le vuelve a explicar aquella información que tiene menos clara.

Al alta, para reforzar tales conocimientos, se le da información escrita sobre los cuidados que debe realizar en su domicilio, y la dieta recomendable que debe de seguir.

A modo de conclusión, resaltaría la importancia que tiene la labor enfermera en la consecución de la autonomía del paciente, y la necesidad de ampliar la bibliografía enfermera existente para este tipo de caso.



## ANEXO I.

### RECOMENDACIONES PARA EL AUTOCUIDADO EN EL TRASPLANTE RENAL.

- Es importante realizar una buena higiene corporal, e hidratar la piel.
- Evitar exposiciones prolongadas al sol. Utilice crema con factor de protección alto.
- Durante las primeras semanas o meses puede aparecer acné, en ese caso es aconsejable lavarse la zona afectada con jabón y utilice toalla limpia y seca de uso personal.
- Es importante que se lave la boca después de cada ingesta y acuda al odontólogo periódicamente.
- Si sufre alguna herida lave bien la zona con agua y jabón y desinféctela con el desinfectante que tenga en casa (betadine, clorhexidina).
- Los síntomas de resfriado o gripe pueden estar relacionados con una infección por citomegalovirus y requieren un tratamiento específico que deberá indicar el nefrólogo.
- Es importante realizar revisiones ginecológicas, procure planificar la maternidad/paternidad y evite el embarazo en el primer año del trasplante.
- ***Recuerde que el futuro de su injerto depende en gran medida de la medicación inmunosupresora, no deje de tomarla ni la modifique sin indicación de su médico.***
- Si tiene que tomar algún medicamento además de los que le dan en el hospital, recuérdelo al médico que está trasplantado y la medicación que está tomando. Enséñele el último informe.
- Durante el tratamiento con corticoides, debe seguir una dieta pobre en sal, pobre en grasas y en azúcares refinados.
- No se recomienda beber alcohol, pero si desea tomarlo de forma moderada, consulte con el médico.
- Durante las primeras semanas debe de tomar la temperatura 2 veces al día y si tiene sensación de resfriado o gripe.
- Controlar la tensión arterial, peso y diuresis, según indicación médica.

- Es importante que después del trasplante haga vida normal , puede hacer algún ejercicio para recuperar tono muscular, no fumar, no coger pesos, y evitar lugares contaminados.
- Es recomendable que vuelva a incorporarse a su actividad laboral en cuanto le sea posible.

**SE PONDRÁ EN CONTACTO CON EL PROFESIONAL DE  
REFERENCIA, SIEMPRE QUE:**

- La temperatura sea superior a 37°C.
- Tenga diarrea o vómitos.
- Aparezcan manchas blancas en la boca, llagas o herpes en los labios.
- Aparezcan síntomas de resfriado o gripe.
- En caso de embarazo.
- Si algún medicamento le produce molestias.
- Si bebiendo más o menos, o igual, disminuye la cantidad de orina.
- Si hay aumento o pérdida , exagerada, de peso.
- Si aumenta la tensión arterial a límites considerados como hipertensión (150-100).
- Ante cualquier duda que tenga, sobre cómo tomar la medicación, dieta, los síntomas que tiene, etc. recuerde que, siempre es preferible una consulta de más que de menos.

## ANEXO II



### **DIETA CON Poca SAL (HIPOSÓDICA, CON POCO SODIO)**

#### **UNIDAD DE DIETÉTICA (SERV. ENDOCRINOLOGÍA)**

Para realizar una dieta con poca sal (hiposódica, es decir, baja en sodio) es conveniente saber que la sal que consumimos en la alimentación proviene de:

- La **sal común** (fina o gruesa) que se emplea al cocinar y en la conservación y/o preparación de los alimentos.
- El **contenido en los alimentos** en su forma natural (ver tabla).
- El que contienen **algunas aguas bicarbonatadas**.
- El que contiene el **bicarbonato sódico**, entre otros.

#### **RECOMENDACIONES GENERALES PARA DISMINUIR EL CONTENIDO DE SAL Y MANTENER BUEN SABOR:**

1. **No añadir sal a los alimentos.**
2. **No consumir alimentos en los que se haya utilizado sal** en su preparación o conservación.
3. **Deben evitarse los cubitos (pastillas) de caldo o concentrados**, ya que suelen tener mucha sal, igual que la mayoría de los productos en conserva.
4. **Los alimentos salados (que se conservan mediante el uso de sal), deben desalarse de forma completa para su uso.** Es recomendable no usarlos, o hacerlo pocas veces.
5. **No es aconsejable utilizar sales de régimen o similares.** Su uso puede ser perjudicial.
6. **El uso de especias aromáticas** (ajo, perejil, limón, laurel, etc.), puede mejorar el gusto y sabor de los alimentos. Los **aceites de sabor intenso**, como el aceite virgen de oliva, también pueden contribuir a mejorar el sabor.
7. **Utilice alimentos naturales** frescos o congelados.
8. **La cocción al vapor, o asado, envuelto en papel de aluminio**, permite conservar mejor el gusto de los alimentos.
9. **Es importante que los alimentos tengan buena presencia;** ayuda a que sean más sabrosos.
10. **Procurar consumir el mismo menú que el resto de la familia**, retirando la ración del alimento correspondiente antes de añadir la sal.
11. **Leer siempre las etiquetas de los alimentos**, para asegurarse de su bajo contenido en sodio (sal). **Si tiene dudas**, consulte a su enfermera o a su médico.

**Alimentos con BAJO contenido en sal**

- Cereales enteros (trigo, centeno, arroz, etc.) o sus harinas. Pan sin sal.
- Legumbres (lentejas, garbanzos, etc.).
- Vegetales frescos (repollo, judías verdes, lechuga, tomate, etc.).
- Frutas frescas (manzana, pera, naranja, kiwi, etc.).
- Frutos secos, siempre que **no se utilice sal** en su conservación ni se les añada.
- Azúcar, dulces y mermeladas (asegurarse de que no se utilice sal en sus componentes).
- Nata común.

**Si tiene que hacer una dieta con poca sal estricta** evite alimentos con **alto** contenido en sal (ver tabla en la pág. 2).

**Si tiene que hacer una dieta con poca sal muy estricta** deberá evitar alimentos de **alto** contenido en sal y restringir los de contenido **moderado** (ver tabla en pág. 2).

<b>Alimentos con ALTO contenido en sal</b>	<b>Alimentos con MODERADO contenido en</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pescados salados: bacalao, salmón. Conservas como el atún, las sardinas y las anchoas. Productos precocinados y congelados como palitos de pescado, empanadas y rebozados. Extractos de pescado.</li> <li>• Carnes saladas como panceta (beicon), patés, salchichas, butifarra, sobrasada, morcilla etc. Embutidos. Preparados precocinados como croquetas, canelones, pizza, lasaña, empanadas de carne y jamón. Extractos de carne.</li> <li>• Leche en polvo, quesos curados, mantequilla salada.</li> <li>• Pan con sal, levadura, polvo para flanes. Pastelería industrial y de panadería como tartas, bollos, magdalenas, galletas etc.</li> <li>• Toda clase de verduras en conserva.</li> <li>• Aceitunas. Frutos secos salados como almendras, avellanas, cacahuetes, maíz frito, etc.</li> <li>• Patatas fritas comerciales, gusanitos, cortezas, etc.</li> <li>• Caldos y sopas concentradas o en polvo (cubitos).</li> <li>• Condimentos tipo: Mostaza, salsa roja, mayonesa, barbacoa en botella, ketchup, salsa de tomate envasada, salsas comerciales en general.</li> <li>• Algunas aguas, especialmente las minerales bicarbonatadas.</li> <li>• Cacao en polvo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnes magras, frescas o congeladas, pollo, pavo, pato, vísceras, huevos.</li> <li>• Pescados frescos o congelados.</li> <li>• Leche, yogures, queso blanco (sin sal). Derivados de la leche (nata, postres de chocolate, natillas, flan, mousse, requesón, arroz con leche, etc.).</li> <li>• Mantequilla y margarina sin sal.</li> <li>• Verduras frescas o congeladas.</li> <li>• Frutas, incluidas en conserva.</li> <li>• Frutos secos: Almendra tostada, castañas, avellanas, higos secos con azúcar, dátil seco, uva pasa.</li> <li>• Zumos naturales, gaseosas, colas y refrescos en general, bebidas isotónicas, etc.</li> </ul>

**Condimentos naturales SUSTITUTIVOS de la sal para realzar el sabor de los alimentos:**

<b>Espicias y sus usos más comunes</b>	
<p>Azafrán Canela Clavo Curry Guindilla Nuez moscada Pimienta</p>	<p>Arroz, paella, platos exóticos. Entremeses, cremas, compotas, repostería... Cocido, caldo de pescado, ramillete de hierbas aromáticas ... Salsas para pescados, pollo, carnes, otras salsas... Sazona todos los platos, desde entremeses hasta los quesos.</p>
<b>Hierbas finas y/o aromáticas y sus usos más comunes</b>	
<p>Albahaca Anís estrellado Cilantro Eneldo Hinojo Laurel Menta Orégan o Perejil Perifollo Romero Salvia Tomillo Vainilla</p>	<p>Ensaladas, salsas, especialidades regionales... Infusiones, licores... Caza, carnes, especialidades regionales... Adobos, salsas, pasteles, licores... Pescados, carnes, verduras... Salsas, caldos de pescado... Salsas, vinagreta, cordero, infusiones... Ensaladas, queso, pizza, pasta, tomate, salsas... Guarnición salsas, ensaladas, sopas, adobos, caldo de pescado... Ensaladas, vinagreta, salsas, sopas... Pescado, carne, caza, infusiones... Cordero, cerdo... Caldo de pescado, platos regionales... Repostería, platos exóticos...</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El <b>ajo</b>, la <b>piel de limón o de naranja</b> y el <b>vinagre</b>, pueden utilizarse también como sustitutos de la sal.</li> <li>• Se puede usar un <b>chorrito de vino</b> para dar sabor a las comidas.</li> <li>• Se puede <b>frotar la superficie de los alimentos con ajo, perejil etc.</b>, antes de la cocción, para darles más sabor.</li> </ul>	

## **AGRADECIMIENTOS.**

Quisiera mostrar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna manera han sido partícipes en el desarrollo de este proyecto.

En primer lugar a mi tutora María José Puga Mira por haber aceptado la dirección de este trabajo; por prestar absoluta disponibilidad, orientación y consejos.

En segundo lugar agradecer al personal enfermero de la unidad de nefrología por su ayuda en la búsqueda de información y por darme su opinión respecto al caso; así como al personal administrativo y al jefe de la unidad por facilitarme la información necesaria.

Por último, agradecer también a la paciente su absoluta colaboración durante su estancia hospitalaria.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. John E. Hall, Ph.D., Arthur C. Guyton . Tratado de fisiología médica.12 edición. Barcelona: Elsevier; 2011.
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Sevicios Sociales e Igualdad; 2014. Codificación clínica con la CIE-9-MC. 2014 Jun [citado 29Mar 2016]. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion\\_clinica\\_n40\\_14.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n40_14.pdf)
3. Joan Torras Ambros, Ana Sánchez Fructuoso, Josep Maria Cruzado Garrit. Evaluación del donante cadáver, preservación renal y donante a corazón parado. Sociedad Española de Nefrología [Internet]. 2014 [15/marzo/2016]; páginas 1-13. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/en-monografias-nefrologia-dia-articulo-evaluacion-del-donante-cadaver-preservacion-renal-donante-corazon-parado-60>.
4. Friat.es[Internet].Madrid: Friat;2016 [2 de mayo de 2016; citado 15 de abr 2016]. Disponible en: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/el-trasplante-renal/el-trasplante-de-riñon-una-alternativa-de-tratamiento-para-la-enfermedad-renal-cronica/>
5. Á.García de Jalón Martínez, D. Pascual Regueiro, M.Á. Trívez Boned, C.Sancho Serrano, E.Mallén Mateo, P. Gil Martínez, J.M. Liédana Torres, L.A. Rioja Sanz. Transplante renal. Técnica y complicaciones. Scielo. 2003. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062003000900002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000900002)
6. Herdman, T.H (2012) (Ed).NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier.
7. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 9o ed. Elsevier; 2013.

8. Moorheads, Johnson M, Maas ML, Swanson E. (2013). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier.
9. Herdman, T. (2012). *Diagnósticos enfermeros*. Madrid: Elsevier.  
Dochterman, J., Bulechek, G. and Butcher, H. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona [etc.]: Elsevier.
10. Ley 15/ 1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE [internet] 1999 Dic 14 [citado 3 May 2016]; (28). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>.
11. Ley 41/2002, de 14 noviembre, reguladora de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [internet] 2002 Nov 14 [citado 3 May 2016]; (274). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>.
12. Perez Zarza A, Rubio Gil F.J. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. *Revista.Seden*. [Internet].2008 Nov [citado 15 abril 2016]; 11(2): 144/149. Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/1918\\_7-Plan%20de%20cuidados%20estandarizado](http://www.revistaseden.org/files/1918_7-Plan%20de%20cuidados%20estandarizado).