

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y TRASPLANTE RENAL.

M^a Carmen González, Magdalena Gándara, M^a Teresa Llorente, Ana M^a Vesga.
Hospital Universitario Valdecilla. Santander.

Comunicación oral

INTRODUCCION

El desarrollo de la profesión de enfermería en las últimas décadas, tanto en los aspectos teóricos como organizativos y asistenciales no puede comprenderse sin el aporte fundamental de un modelo enfermero y la estandarización con la práctica diaria del proceso de atención de enfermería.

En el desarrollo de la práctica enfermera en nuestro país, el modelo utilizado y aceptado en nuestra cultura enfermera es el de Virginia Henderson que a lo largo de su dilatada y fructífera vida profesional ha proporcionado importantes bases para el avance de Enfermería.

El Modelo Conceptual constituye la estructura teórica que guía y limita el campo de nuestra actuación profesional. El proceso de atención es la metodología que nos permite actuar de manera sistemática al planificar nuestra intervención.

La Taxonomía diagnóstica unifica el lenguaje y los criterios cuando definimos los problemas de nuestros pacientes que las enfermeras podemos ayudar a resolver, desde nuestro rol autónomo y la función propia de cuidados.

Los diagnósticos enfermeros o diagnósticos clínicos formulados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales, que las enfermeras en virtud de su formación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar.

OBJETIVO

Al plantearnos el presente trabajo pretendemos recoger y estandarizar los diagnósticos enfermeros relacionados con un paciente sometido a Trasplante Renal.

MATERIAL Y METODO

La metodología empleada, de acuerdo con la función propia de la enfermera, está basada en la conceptualización del individuo objeto de las 14 necesidades básicas de salud.

Derivando de esta valoración, la identificación de ocho diagnósticos enfermeros, de los cuales dos son interdependientes.

IDENTIFICACION DE DIAGNOSTICOS

1º Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el bienestar del paciente: Dolor relacionado con la intervención quirúrgica

OBJETIVO: El paciente expresará una disminución del dolor y mostrará una expresión facial y posición corporal relajada.

ACTIVIDADES: Valoración del dolor: Localización, inicio, intensidad, duración ¿que alivia el dolor?.

EJECUCION:

- 1) Indicar que valore su dolor de 0 a 10
- 2) Evaluar la medicación analgésica
- 3) Sugerir el cambio de medicación analgésica

2º Diagnóstico de Enfermería: Potencial de complicación de rechazo (complicación interdependiente)

OBJETIVO: El paciente no mostrará signos o síntomas de complicaciones relacionados con el trasplante renal

ACTIVIDADES: Controlar los signos y síntomas de rechazo (enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad en la zona del trasplante)

- 1) Disminución de la diuresis (anuria).
- 2) Aumento súbito del peso.
- 3) Aumento de urea en sangre y la creatinina sérica.
- 4) Aparición brusca de hipertensión.
- 5) Proteinuria
- 6) Estado anímico del paciente.

EJECUCION:

- 1) Comunicar inmediatamente al médico los síntomas de rechazo
- 2) Medir y anotar los aportes y pérdidas de líquidos cada hora

- 3) Tomar T^a cada dos horas
- 4) Control de pruebas de laboratorio, BUN, creatinina, leucocitos.
- 5) Comunicar al médico cualquier alteración.
- 6) Proporcionar apoyo al paciente y familia

3º Diagnóstico de Enfermería: Potencial de complicación de oclusión de la arteria renal (complicación interdependiente).

OBJETIVO: El paciente no mostrará signos o síntomas de oclusión de la arteria renal.

ACTIVIDADES:

- 1) Valorar la permeabilidad de los catéteres.
- 2) Control de diuresis
- 3) Observar características de la orina
- 4) Vigilar la aparición de anuria

EJECUCION:

- 1) Valorar y registrar la presencia de coágulos cada hora
- 2) Medir la diuresis cada hora
- 3) Observar: color, consistencia, y densidad así como el PH cada hora
- 4) Comunicar inmediatamente al médico la aparición de anuria

4º Diagnóstico de Enfermería: Complicacion potencial en el volumen de líquidos

OBJETIVO: El paciente no mostrará signos o síntomas de exceso o déficit de líquidos.

ACTIVIDADES:

- 1) Mantener la permeabilidad de los catéteres de drenaje.
- 2) Controlar la diuresis
- 3) Controlar la P.A.
- 4) Controlar el peso del paciente
- 5) Control de electrolitos séricos
- 6) Valorar el nivel de conciencia
- 7) Valorar sonidos respiratorios

EJECUCION:

- 1) Controlar e informar al médico la presencia de drenaje excesivo en la zona quirúrgica
- 2) Comunicar al médico si el paciente no orina después de las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica
- 3) Anotar los aportes de pérdidas de líquidos cada hora
- 4) Controlar la P.A. cada hora
- 5) Pesar al paciente a diario a la misma hora y con la misma ropa
- 6) Analítica diaria y valorar signos o síntomas anormales

- 7) Tener comunicación con el paciente
- 8) Auscultación respiratoria cada 4 horas.

5º Diagnóstico de Enfermería: Complicación Potencial de infección:

OBJETIVO: El paciente no mostrará signos de infección.

ACTIVIDADES:

- 1) Administrar fármacos inmunosupresores según indicaciones
- 2) Controlar la supresión de la médula ósea.
- 3) Retirar todas las vías y catéteres lo antes posible
- 4) Observar las características de la orina
- 5) Si lleva sonda uretral, mantener el sistema de drenaje cerrado
- 6) Estimular el aporte de líquidos por vía oral, para eliminar bacterias, salvo contraindicaciones
- 7) Auscultar los sonidos torácicos y respiratorios
- 8) Estimular al paciente a que tosa y que haga respiraciones profundas.
- 9) Aplicar fisioterapia respiratoria
- 10) Lavado de manos
- 11) Cambio de guantes
- 12) Mantener la piel limpia y bien hidratada
- 13) Evitar la aparición de mucositis
- 14) Movilización precoz
- 15) Estimular la deambulacion precoz
- 16) Administrar antibióticos según indicaciones

EJECUCION:

- 1) Valorar diariamente el hemograma (leucocitos, G. rojos, plaquetas)
- 2) Tomar y anotar TQ cada 4 horas comunicando al médico si es superior a 38º
- 3) Anotar y comunicar el aspecto de la orina
- 4) Controlar y comunicar al médico los signos y síntomas de infección de tránsito urinario
- 5) Estimular a beber agua o zumos varias veces al día
- 6) Auscultar cada 4 horas
- 7) Realizar F. respiratoria 2 veces al día
- 8) Lavarse las manos después de realizar cualquier actividad que pueda contaminar
- 9) Cambiar de guantes después de realizar acciones contaminantes
- 10) Lavar diariamente al paciente y aplicar cremas hidratantes
- 11) Enjuagar la boca con solución antiséptica (betadine al 10% 4 veces al día)
- 12) Ayudar al paciente a realizar gimnasia postoperatoria en la cama.
- 13) Ayudar a levantarse al paciente.

6º Diagnóstico de Enfermería: Déficit potencial de actividades relacionadas con el aislamiento invertido

OBJETIVO: El paciente expresará una disminución de los sentimientos de aislamiento y participará en las actividades de entretenimiento.

ACTIVIDADES:

- 1) Controlar los signos de déficit de actividades.
- 2) Explicar los razonamientos del aislamiento invertido.
- 3) Sugerir y proporcionar actividades de entretenimiento.
- 4) Escalonar visitas.
- 5) Pedir visita del psiquiatra o sacerdote si lo solicita.

EJECUCION:

- 1) Mantener comunicación amplia con el enfermo.
- 2) Proporcionarle revistas, crucigramas, libros, cartas
- 3) Estimularlo a expresar sus sentimientos
- 4) Hablar con los familiares para hacer turnos de visitas.
- 5) Preguntar si quiere ver a un sacerdote.

7º Diagnóstico de Enfermería: Complicaciones potenciales quirúrgicas

OBJETIVO: El paciente no mostrará signos o síntomas de complicaciones relacionados con la intervención quirúrgica.

ACTIVIDADES:

- 1) Examinar el aspecto de la herida quirúrgica
- 2) Curar la herida quirúrgica
- 3) Prevenir la aparición de un edema agudo de pulmón
- 4) Vigilar los signos y síntomas de obstrucción urinaria

EJECUCION:

- 1) Examinar la herida quirúrgica diariamente y observar la aparición de hemorragia linfocela
- 2) Cura diaria de la herida quirúrgica con técnica aséptica
- 3) Control de diuresis y administración de fluidoterapia de forma rigurosa para prevenir E.A.P.

8º Diagnóstico de Enfermería: Potencial de complicación debido a los efectos colaterales de los fármacos inmunosupresores.

OBJETIVO: El paciente no mostrará signos o síntomas de efectos colaterales de los fármacos inmunosupresores.

ACTIVIDADES:

- 1) Controlar y comunicar al médico los signos y síntomas de infección.

- 2) Controlar y comunicar al médico los síntomas de supresión de la médula ósea (anemia, leucopenia y trombocitopenia).
- 3) Controlar y comunicar la presencia de náuseas y vómitos.
- 4) Controlar y comunicar al médico los signos de Hepatotoxicidad.
- 5) Controlar y comunicar al médico los signos de insuficiencia renal, episodios depresivos o psicóticos y hemorragias gastrointestinales.

EJECUCION:

- 1) Controlar diariamente el hemograma.
- 2) Avisar al médico si la cifra de leucocitos desciende por debajo de 5.000.
- 3) Administrar antieméticos según indicaciones.
- 4) Valorar diariamente los niveles de bilirrubina en sangre.
- 5) Valorar diariamente el estado emocional del paciente.

Los profesionales de enfermería debemos encontrar y consolidar la identidad profesional, para lograrlo tenemos que conseguir una denominación común, para llegar a identificar, describir y tratar los problemas que son de nuestra competencia.

BIBLIOGRAFIA

ALFARO R. "Aplicación del proceso de enfermería" Doyma Madrid 1996.

BEARE, P. "Principios y Práctica de Enfermería Médico-Quirúrgica". Mosby Doyma. Madrid 1995.

FERNANDEZ FERRIN C., NOVEL MARTI G. "El proceso de atención de enfermería estudio de casos" Masson Salvat Barcelona 1993.

GORDON M. "Diagnóstico enfermero" Mosby Doyma Madrid 1996.

MARTIN TUCKER, S. "Normas para el Cuidado del Paciente". Doyma. Madrid 1991.

XVII Congreso de la sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona 1992.