



Artículo de revisión

Presentación de proceso cuidado enfermero relacionado con donación de trasplante renal del Centro Médico «Adolfo Ruiz Cortines» Unidad Médica de Alta Especialidad No. 14



Presentation of the nursing care process related to renal transplant donation at Centro Médico «Adolfo Ruiz Cortines» High Specialty Medical Unit No. 14

Georgina Limón-Jácome,* Ana Lidia Pereyra-López*

* Terapia Intensiva Turno Matutino, Centro Médico «Adolfo Ruiz Cortines», Instituto Mexicano del Seguro Social. Veracruz, México.

RESUMEN

El proceso enfermero es derivado de la esencia de la profesión de enfermería, ejecución que debe priorizarse en la Unidad de Trasplante Renal, cuya finalidad es satisfacer las necesidades humanas de los pacientes, derivado de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas, y ejercicio profesional al utilizar un lenguaje especializado constructo de elementos organizados derivados de la taxonomía NANDA-NIC-NOC. La respuesta de los seres humanos a la salud y a la enfermedad establece interconexiones entre los conceptos persona, salud, entorno y enfermería, metaparadigma empleado en el proceso, razón de ser que denomina a la enfermería; con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específica de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas.

Palabras clave: metaparadigma, proceso enfermero, taxonomía, NANDA-NIC-NOC, trasplante renal.

ABSTRACT

The nursing process is derived from the essence of the nursing profession execution that must be prioritized in the kidney transplant unit whose purpose is to meet the human needs of patients derived from the confrontation of knowledge of various scientific disciplines and professional practice by using a specialized language builder of organized elements derived from the taxonomy NANDA-NIC-NOC, the response of human beings to health and disease establishes interconnections between the concepts of people, health, environment and nursing, a target paradigm used in the process that calls nursing reason for being; with the application of the process, the specific field of action of nursing is delimited and with it, is demonstrated that the professional nurse performs numerous actions that go beyond the fulfillment of a medical prescription and since the nursing process complements what professionals from other disciplines do by focusing on human responses.

Keywords: metaparadigm, nursing process, taxonomy, NANDA-NIC-NOC, renal transplantation.

Citar como: Limón-Jácome G, Pereyra-López AL. Presentación de proceso cuidado enfermero relacionado con donación de trasplante renal del Centro Médico «Adolfo Ruiz Cortines» Unidad Médica de Alta Especialidad No. 14. Rev Mex Traspl. 2025; 14 (2): 74-81. <https://dx.doi.org/10.35366/120821>



Abreviaturas:

NANDA = North American Nursing Diagnosis Association (Asociación de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte)
NIC = Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)
NOC = Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería)

INTRODUCCIÓN

La enfermería en la actualidad y en nuestro país, al igual que en otras partes del mundo, lucha por consolidarse como disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su firme ideología (sistema de creencias y valores) por estar cada día más inmersos en el mundo científico, requiere de una redefinición que deje en claro lo que es la enfermería como profesión.

El proceso enfermero se deriva de la esencia de la profesión que se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades humanas de los pacientes. La enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero, empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizado de los conocimientos.

Asimismo, la enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia. Paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan, pero al mismo tiempo se complementan, coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías, campo definido del conocimiento.

«La respuesta de los seres humanos a la salud y la enfermedad», expresión de proposiciones universales de los fenómenos que se propone investigar, proposiciones verdaderas o probablemente verdaderas que ofrecen una base para fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo interconexiones entre los conceptos, el metaparadigma «persona, salud, entorno salud y enfermería», empleo de procesos de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos.

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente, su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas. Que se definen como la forma en que el individuo responde a la salud y a la enfermedad. Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

Las respuestas humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que origina la pérdida de salud.

En el presente proceso, nos centraremos en conocer y aprender a identificar las respuestas humanas, mediante la interrelación estrecha con el paciente, además de la utilización de un modelo que guie y permita la detección de las múltiples y variadas reacciones del ser humano. Conocer sus procesos vitales que son los acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de una persona.

Con la aplicación del proceso, se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas.

Las(os) enfermeras(os) al aplicarlo podrán experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dada sus diversas competencias profesionales, además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico, es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo empleando el método científico para emitir juicios basados en evidencia.

Por otra parte, el proceso enfermero compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud. Para la realización de la práctica diaria en nuestro intervenir en el cuidado-atención del paciente es necesario aplicar el proceso enfermero el cual hace evolucionar y consolidar la práctica diaria de las intervenciones a favor de la evolución del paciente.

Apoyados en la NANDA (diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación), relacionado con clasificación de resultados (NOC) e intervenciones (NIC). Por lo tanto, se define un diagnóstico enfermero como un

juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad, se dividen en (*Tablas 1 a 6*):¹

1. Diagnóstico enfermero focalizado en el problema: juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.
2. Diagnóstico enfermero de promoción a la salud: juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizadas en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.

3. Diagnóstico enfermero de riesgo: juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.

4. Síndrome: juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

Componentes de un diagnóstico enfermero

Características definitorias: pistas o interferencias observables que se agrupan como manifestaciones

Tabla 1: Taxonomía NANDA NIC-NOC.

| Tercer nivel | Especialidad: nefrología | Servicio | Patrón funcional alterado: 2 nutricional metabólico | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|----------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | Plan de cuidados | | | | | | | | |
| Dominio: 2 nutrición. Clase: 5 hidratación | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico de enfermería: 00026 exceso de volumen de líquidos | Dominio: II salud fisiológica | Clase: G líquidos y electrolitos | Indicadores | Escala de medición | Puntuación Diana | | | | | | |
| Relacionado con: ingesta excesiva de líquidos, mecanismos de regulación comprometidos manifestado por: alteración del patrón respiratorio, alteración de la presión arterial, aumento de peso en poco tiempo | Resultado: equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base | | <ul style="list-style-type: none"> • 060003 frecuencia respiratoria • 06000 ritmo respiratorio • 060005 sodio sérico • 060006 potasio sérico • 060011 albumina sérica | Desviación grave del rango normal: 1 Desviación sustancial del rango normal: 2 Desviación moderada del rango normal: 3 Desviación leve del rango normal: 4 Sin desviación del rango normal: 5 | Mantener Aumentar | En la revaloración mantener o aumentar | | | | | |
| Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) | | | | | | | | | | | |
| Campo: 2 fisiológico complejo | Clase: G control de electrolitos y ácido-básico | | Resultado: 1910 manejo del equilibrio acido-básico | | | | | | | | |
| Intervención independiente | | | Intervención | | | | | | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la vía aérea permeable • Monitorizar el patrón respiratorio • Mantener un acceso IV permeable • Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios ácido-básicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio ácido-básico • Determinar los trastornos que requieren intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte. | | | Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las causas de déficit de HCO_3 o de exceso de ion hidrógeno • Monitorizar los desequilibrios hidroelectrolítico asociados a la acidosis metabólica (hiponatremia, hipertotasemia, hipomagnesemia) | | | | | | | | |

Referencias: NANDA: Diagnósticos enfermeros.² Moorhead S et al.³ Bulechek GM et al.⁴

Elaboró: Georgina Limón-Jácome.

Tabla 2: Taxonomía NANDA NIC-NOC.

| Tercer nivel | Especialidad: nefrología | Servicio | Patrón funcional alterado: 11 seguridad protección | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | | Plan de cuidados | | | | | | | | |
| Dominio: 11 seguridad protección. Clase: 2 lesión física | | | | Indicadores | Escala de medición | Puntuación | | | | | |
| Diagnóstico de enfermería: riesgo de deterioro de la integridad cutánea | | Dominio: 11 salud fisiológica | Clase: L integridad tisular | <ul style="list-style-type: none"> • 110101 temperatura de la piel • 110102 sensibilidad • 110103 elasticidades • 110104 hidratación • 110101 perfusión tisular • 110113 integridad de la piel | Gravemente comprometido: 1 Sustancialmente comprometido: 2 Moderadamente comprometido: 3 Levemente comprometido: 4 No comprometido: 5 | Diana Mantener Aumentar | | | | | |
| Relacionado con deterioro del estado metabólico, alteración de la turgencia de la piel | | Resultado: integridad tisular; piel y membranas mucosas | | | | En la revaloración mantener o aumentar | | | | | |
| Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) | | | | | | | | | | | |
| Campo: 2 fisiológico complejo | Clase: L control de la piel/heridas | Resultado: 3590 vigilancia de la piel | | | | | | | | | |
| Intervención independiente | | | Intervención | | | | | | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas • Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura, y si hay edema o ulceraciones en las extremidades • Utilizar escala de Braden para evaluación de pacientes con riesgo • Observar si hay zonas de decoloración, hematomas, pérdida de la integridad en la piel y mucosas • Observar si hay erupciones o abrasiones en la piel | | | Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel • Observar si hay zonas de fricción o presión • Documentar los cambios en piel y mucosas • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro | | | | | | | | |

Referencias: NANDA: Diagnósticos enfermeros.² Moorhead S et al.³ Bulechek GM et al.⁴

Elaboró: Georgina Limón-Jácome.

de diagnósticos focalizados en problemas de promoción de la salud o síndromes; esto no sólo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también aquellas que son vistas, oídas y aquellas que tocamos y olemos.

Factores de riesgo: factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumenten la vulnerabilidad de un individuo, familia grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.

Factores relacionados: son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. Estos factores se pueden describir como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o conductentes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema y los síndromes focalizados en el problema deben presentar factores relacionados, los diagnósticos de promoción de la salud pueden presentar factores relacionados, los

diagnósticos de promoción de la salud pueden presentar factores relacionados, si éstos contribuyen a clarificar el diagnóstico.

El presente proceso de atención enfermería se reactualiza a un paciente postrasplantado, pues el trasplante renal es una de las terapias de elección en el aumento de la calidad de vida de los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica terminal, de donante vivo ofreciendo mejores resultados como lo es en este caso, donador vivo relacionado (hija).

Se realiza proceso cuidado enfermero aplicando una serie de actividades y tareas en el tratamiento que se adaptará a las diferentes fases del proceso del trasplante renal, seguimiento de riesgos cardiovasculares, y función del injerto renal durante el proceso de rehabilitación y terapia inmunosupresora, así que se realiza el control de las posibles complicaciones implementando una serie de planes de cuidados de acuerdo a cada fase de éste.

Derivado del diagnóstico de cada área prestadora de un servicio en particular, es preciso generar planes de cuidados derivados de la metodología NANDA-NIC-NOC encaminados a mejorar la calidad de cuidados enfatizando la seguridad que de éstos resulten la satisfacción del usuario.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es considerado como pilar del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. Por lo tanto, enfrenta retos y desafíos; su objetivo de un plan de cuidados dirigidos a la población atendida en el Área de Trasplante Renal de la Unidad Médica de Alta Especialidad «Adolfo Ruiz Cortines» es resaltar la necesidad de fortalecer las competencias del profesional en salud y encaminar las actividades del profesional de enfermería para reducir acciones inseguras, aumentar la calidad de prestación de servicios, así como la participación del paciente para mejorar la calidad del cuidado que provea pre-

vención, seguimiento y mantenimiento de la salud en cuanto al tratamiento derivado del injerto renal.

No sólo promoviendo el autocuidado en el paciente, también al tomar en cuenta el cuidador directo en el proceso de recuperación y seguimiento de tratamiento posterior a egreso de la unidad, tomando como punto central la esencia de la actividad asistencial consistente en promover y propiciar la prevención, mantener las condiciones de salud y mejorar la calidad de atención en los usuarios.

En búsqueda de la disminución de la percepción del usuario externo e interno y satisfacción de la calidad de los servicios de salud otorgados por parte del talento humano y la institución, se busca fortalecer, a través de la implementación de planes de cuidados, la atención que procede desde el tratamiento preoperatorio hasta el desenlace posterior a la colocación del injerto renal.

Tabla 3: Taxonomía NANDA NIC-NOC.

| Tercer nivel | Espe- cialidad: nefrología | Servicio | Patrón funcional alterado: 2 nutricional metabólico | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|---|---|-------------------------------|------------|--|--|--|--|
| | | | Plan de cuidados | | | | | | | |
| Dominio: 2 nutrición. Clase: 1 ingestión | | | | Indicadores: | Escala de medición | Puntuación | | | | |
| Diagnóstico de enfermería: desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades metabólicas | Dominio: II salud fisiológica | Clase: K digestión nutrición | • 100401 ingesta de nutrientes • 100402 ingesta de alimentos • 100405 energías • 100408 ingesta de líquidos • 100411 hidratación | Desviación grave del rango normal: 1 Desviación sustancial del rango normal: 2 Desviación moderada del rango normal: 3 Desviación leve del rango normal: 4 Sin desviación del rango normal: 5 | Diana Mantener Aumentar | | | | | |
| Relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes M/P peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango del peso ideal | Resultado: estado nutricional | | | En la revaloración mantener o aumentar | | | | | | |
| Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) | | | | | | | | | | |
| Campo: 1 fisiológico básico | Clase: D apoyo nutricional | | Resultado: manejo de la nutrición | | | | | | | |
| Intervención independiente | | | Intervención | | | | | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales Determinar las preferencias alimentarias del paciente Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales Ayudar al paciente a elegir las directrices o las pirámides de alimentos Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad (restricción de potasio, sodio, proteínas y líquidos) | | | Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Ofrecer tentempiés ricos en nutrientes Monitorizar las tendencias de pérdida de peso Fomentar técnicas seguras de preparación y de los alimentos. Preservación | | | | | | | |

Referencias: NANDA: Diagnósticos enfermeros.² Moorhead S et al.³ Bulechek GM et al.⁴

Elaboró: Georgina Limón-Jácome.

Tabla 4: Taxonomía NANDA NIC-NOC.

| Tercer nivel | Especialidad: nefrología | Servicio | Patrón funcional alterado: 2 nutricional metabólico | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|----------------------|--|--|--|--|--|
| | | | Plan de cuidados | | | | | | | |
| Dominio: 2 nutrición. Clase: 5 hidratación | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico de enfermería: 00195 riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico | Dominio: II salud fisiológica | Clase: G líquidos y electrolitos | Indicadores | Escala de medición | Puntuación Diana | | | | | |
| Relacionado con disfunción renal, mecanismo de regulación comprometido | Resultado: equilibrio hídrico | | <ul style="list-style-type: none"> • 060101 presión arterial • 060107 entradas y salidas diarias equilibradas • 060109 peso corporal estable • 060116 hidratación cutánea • 060117 humedad de membranas mucosas • 060118 electrolitos séricos | Gravemente comprometido: 1 Sustancialmente comprometido: 2 Moderadamente comprometido: 3 Levemente comprometido: 4 No comprometido: 5 | Mantener Aumentar | | | | | |
| Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) | | | | | | | | | | |
| Campo: 2 fisiológico complejo | Clase: G control de electrolitos y ácido-básico | Resultado: 2020 monitorización de electrolitos | | | | | | | | |
| Intervención independiente | | | Intervención | | | | | | | |
| Actividades: | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel sérico de electrolitos • Monitorizar los niveles de albumina y proteínas totales • Observar si se producen desequilibrios ácido-básicos • Observar si hay manifestaciones neurológicas • Vigilar la osmolaridad sérica y urinaria • Observar el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con los niveles de calcio, sodio o potasio | Actividades: | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Observar la fuerza muscular • Observar si hay cambios en la sensibilidad periférica • Observar si hay signos y síntomas de hipercalcemia: irritabilidad, tetania muscular, calambres, disminución del gasto cardíaco | | | | | | | | | | |

Referencias: NANDA: Diagnósticos enfermeros.² Moorhead S et al.³ Bulechek GM et al.⁴

Elaboró: Georgina Limón-Jácome.

En este caso, mediante la vinculación de la taxonomía NANDA-NIC-NOC herramienta que guía las actividades científicamente comprobadas y puntualizadas en el tratamiento del usuario además de permitir la medición de indicadores procedentes de la cédula gestión del cuidado en sus diferentes apartados cuyos datos arrojan la deficiencia en la proporción del cuidado, en cuyo caso deberá cumplir con la necesidad de satisfacer las necesidades de manera holística, influyendo en el confort y la seguridad del usuario preservando el estado funcional del mismo.

Como evidencia científica se consulta que atender las necesidades generales del paciente puntualiza una experiencia agradable al considerar el método y la frecuencia, que satisface psicológicamente a los pacientes, mantiene la autoestima, crea una imagen corporal positiva y sobre todo es una de las necesidades básicas del individuo. El personal de enfermería, como par-

te de su esencia que es el cuidado, deberá otorgar ese confort a la persona enferma, así mismo debe dar cumplimiento a una de sus muchas actividades profesionales relacionadas con su necesidad higiénico-dietética.

Además de realizar la valoración exhaustiva y adecuada que limite o condicione el cumplimiento de dicho proceso con la finalidad de otorgar una atención adecuada y minimizar el riesgo de malestar o consecuencias derivadas del mismo. La evaluación del riesgo es considerada completamente necesaria y debe realizarse periódicamente ya que puede mejorar o empeorar.

OBJETIVOS

- Aplicar el proceso enfermero en la valoración integral del paciente mediante los patrones funcionales de Marjorie Gordon.

2. Fortalecer las competencias del profesional en salud y del equipo multidisciplinario para reducir acciones inseguras, mediante la estructuración de un plan de cuidados de acuerdo a la etapa del proceso de la evolución del tratamiento.
3. Fomentar la participación del paciente para mejorar la calidad del servicio al que se debe, tomando como punto de referencia la esencia del cuidado en la realización de las actividades en el Proceso Cuidado Enfermero el cual consiste en promover y propiciar la prevención, curación y rehabilitación del individuo además de mantener las condiciones de salud y mejorar la calidad y seguridad en la atención en salud.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON

1. Patrón de mantenimiento y percepción de la salud. La historia de salud la considera estable hasta el momento de diagnosticar la hipertensión arterial, posteriormente inicia con cuadro de insuficiencia renal crónica, estado que cursa, evolución deterio-

rando funcionalmente causando falla renal. En la actualidad percibe favorable evolución, realiza higiene bucodental cuatro veces al día, higiene general adecuada, baño diario con cambio de ropa.

2. Nutricional-metabólico. El consumo de nutrientes es aceptable; sin embargo, presenta astenia y aversión a los alimentos sin sal; ingesta de alimento tres veces al día, proporcionado por el Departamento de Nutrición y Dietética acorde al estado general de salud. Incrementando porciones y colaciones de acuerdo a necesidades expresadas por el paciente.
3. Eliminación. Cursa las primeras horas con función urinaria, sin complicación alguna, conserva funcionalidad de catéter doble J, canaliza gases y excretas, la piel se torna con desprendimiento de células muertas. Sin embargo, la lubrica y se mantiene sin pérdida de la continuidad.
4. Patrón de actividad y ejercicio. Desgastado por la situación actual; sin embargo, deambula dentro de la unidad, canaliza gases, excretas presentes, edema miembros inferiores
5. Patrón de sueño descanso. Realiza sueño nocturno con un horario de 21 p.m. a 6 a.m., toma siesta y manifiesta cansancio aún.

Tabla 5: Taxonomía NANDA NIC-NOC.

| Tercer nivel | Espe- cialidad: nefrología | Servicio | Patrón funcional alterado: 2 nutricional metabólico | | | | |
|--|--|-------------------------|---|---|---|---|--|
| | | | Plan de cuidados | | | | |
| Dominio: 2 nutrición. Clase: 5 hidratación | | | | | | | |
| Diagnóstico de enfermería: disposición para mejorar el equilibrio de líquidos | Dominio: II salud fisiológica | Clase: F eliminación | Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • 050418 aumento de peso • 050419 hipertensión • 050420 náuseas • 050422 malestar • 050423 anemia | Escala de medición Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5 | Escala de medición Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5 | Puntuación Diana Mantener Aumentar | |
| Como lo demuestra el paciente, expresa deseo de mejorar el equilibrio de líquidos | Resultado: función renal | | | | | | En la revaloración mantener o aumentar |
| Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) | | | | | | | |
| Campo: 1 fisiológico complejo | Clase: N control de la perfusión tisular | | Resultado: 4120 manejo de líquidos | | | | |
| Intervención independiente | | | | Intervención | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Pesar a diario y controlar la evolución • Vigilar estado de hidratación • Controlar ingesta de líquidos • Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas • Restringir la ingesta de agua libre en presencia de hiponatremia dilucional | | | | Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar terapia | | | |

Referencias: NANDA: Diagnósticos enfermeros.² Moorhead S et al.³ Bulechek GM et al.⁴

Elaboró: Georgina Limón-Jácome.

Tabla 6: Taxonomía NANDA NIC-NOC.

| Tercer nivel | Especialidad: nefrología | Servicio | Patrón funcional alterado: 4 actividad y ejercicio | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | | Plan de cuidados | | | | | | | | |
| Dominio: 4 actividad y reposo. Clase: 5 autocuidado | | | Indicadores • 030301 prepara la comida • 030311 manipula la comida • 030312 mastica la comida • 030313 traga la comida • 030317 traga líquidos • 030314 finaliza una comida | Escala de medición Gravemente comprometido: 1 Sustancialmente comprometido: 2 Moderadamente comprometido: 3 Levemente comprometido: 4 No comprometido: 5 | Puntuación Diana Mantener Aumentar | En la revaloración mantener o aumentar | | | | | |
| Diagnóstico de enfermería: 00102 Déficit de autocuidado: alimentación | Dominio: I Salud funcional | Clase: D autocuidado | | | | | | | | | |
| Relacionado con disminución de la motivación manifestado por deterioro de la habilidad para tomar por sí solo una comida completa | Resultado: función renal | | Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) | | | | | | | | |
| Campo: 1 fisiológico básico | Clase: D apoyo nutricional | | Resultado: 1803 ayuda con el autocuidado: alimentación | | | | | | | | |
| Intervención independiente | | | Intervención | | | | | | | | |
| Actividades: • Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado • Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado • 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, arreglo personal, el aseo y alimentarse • Proporcionar un ambiente terapéutico, garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada | Actividades: • Proporcionar los objetos personales deseados • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado • Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad • Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada | | | | | | | | | | |

Referencias: NANDA: Diagnósticos enfermeros.² Moorhead S et al.³ Bulechek GM et al.⁴

Elaboró: Georgina Limón-Jácome.

6. Cognitivo-perceptivo. Considera audición normal, portador de drenaje Blake con contenido escaso secreción serosa 3 mL por turno, visión normal, conserva olfato, memoria, ubicado en tiempo, lugar y espacio.
7. Patrón autopercepción y autoconcepto. Actualmente se torna preocupado por los cuidados posteriores que el cuidador debe otorgar, ninguna de tipo económico, se siente optimista, entusiasmado, se considera alegre sin importar su patología, continúa interesado en volver a casa y continuar apoyando a sus hijos en todos sus proyectos.
8. Patrón de rol-relaciones. Padre de familia, campesino, vive con su conyuge, su papel en la familia es proveedor, no presenta dificultad para comunicarse.
9. Patrón sexualidad-reproducción. Se siente satisfecho con la cantidad de hijos, no desea expresar más.
10. Patrón de afrontamiento tolerancia al estrés. Expresión de preocupación por lapsos de tiempo, le

gusta pescar, viaja con su hijo y lo ayuda a manejar vehículo como distracción.

11. Patrón de valores y creencias. De religión católica, posee valores arraigados e inculcados por sus padres, satisfecho consigo mismo.

REFERENCIAS

1. Martín P, Errasti P. Trasplante renal. Anales Sis San Navarra. 2006; 29 (Suppl 2): 79-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400008&lng=es
2. NANDA: Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. Barcelona, España 2015.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). 5^a ed. Editorial Elsevier, Barcelona, España, 2014.
4. Bulechek GM, Dochterman JM. Clasificación de los resultados de enfermería (NIC) 6^a. ed. Editorial Elsevier, Barcelona, España, 2014.

Correspondencia:
L.E. Georgina Limón-Jácome
E-mail: ginaj525@gmail.com