

CUIDADOS DEL TRASPLANTADO RENAL EN CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

**KIDNEY TRANSPLANT CARE IN INTENSIVE CARE ACCORDING TO
CALLISTA ROY'S ADAPTATION THEORY.**

Antonio Ramírez Palma, Ruddy Freire Vicencio, Cibeles González Nahuelquin

Universidad de Valparaíso; Chile.

Ramírez Palma, A. Freire Vicencio, R. González Nahuelquin, C (2021). CUIDADOS DEL TRASPLANTADO RENAL EN CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY. Revista Ene De Enfermería, 15(1). Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1172>

RECIBIDO: Junio 2020
ACEPTADO: Enero 2021

Resumen

Introducción: el trasplante de órganos es una alternativa de tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, permitiendo mejorar la supervivencia y calidad de vida. A nivel nacional la tendencia de trasplantes posiciona al riñón como el órgano más frecuente, seguido de hígado, corazón, pulmón y páncreas, esto es relevante, pues la lista de espera de órganos enfatiza a las personas en espera de riñón.

Es fundamental un equipo procurador y de trasplante capacitado y motivado, donde destaca el enfermero, quien permite el desarrollo de dos pilares, la atención clínica orientada al cuidado postquirúrgico y la educación para lograr adaptación al rol y autocuidado.

Objetivo: aplicar el proceso de enfermería en una unidad de cuidados intensivos basado en el modelo de adaptación de Callista Roy.

Metodología: se utilizó la teoría de adaptación de Callista Roy en la valoración, jerarquización de diagnósticos e intervenciones. El establecimiento de estos será mediante formato NANDA, los indicadores se plantean según criterios de resultados NOC e intervenciones según formato NIC.

Discusión y conclusiones: la persona trasplantada requiere del apoyo de un equipo multidisciplinario, donde el en-

fermero potencia el compromiso de la persona con su autocuidado para conseguir adherencia al tratamiento y evitar el rechazo del órgano. La educación promueve el autocuidado, disminuyendo la morbimortalidad, costos sanitarios y recursos. El uso del modelo teórico de Roy permite identificar el proceso adaptativo frente a una nueva etapa que lleva a realizar modificaciones en las actividades de la vida diaria orientadas por el profesional de enfermería.

Palabras claves: Proceso de enfermería; Adaptación; Trasplante renal; Unidad de cuidados intensivos; Estudio de caso

Abstract

Introduction: Organ transplantation is an alternative of treatment to acute and chronic diseases, allowing to improve survival and quality of life. At national level the transplant tendency positions kidney as the most frequent organ, followed by the liver, heart, lung and pancreas, this is relevant, because the waiting list emphasizes people waiting for a kidney transplant.

A motivated and capable procurement team is fundamental, where nurses stand out allowing the development of two pillars, clinical care oriented to postsurgical stage, and education to achieve role adaptation and self-care.

Objective: The purpose of this study is to apply a nursing process in an intensive care unit, based in Callista Roy's Adaptation Theory.

Methods: For the analysis and approach of the assessment and prioritization of the nursing diagnosis it was used Callista Roy's Adaptation Theory. The diagnosis will be raised with the NANDA format, the indicators with the NANDA format, and the interventions in NOC format.

Conclusions: A transplanted person requires the support of a multi-disciplinary team, where nurses improve the commitment of the patient with its self-care, to achieve a better treatment adhe-

rence avoiding organ rejection. Education promotes self-care effectively, reducing morbidity, mortality, sanitary costs and resources.

Key words: Nursing process; Nursing; Kidney transplantation; Intensive care unit; Case reports

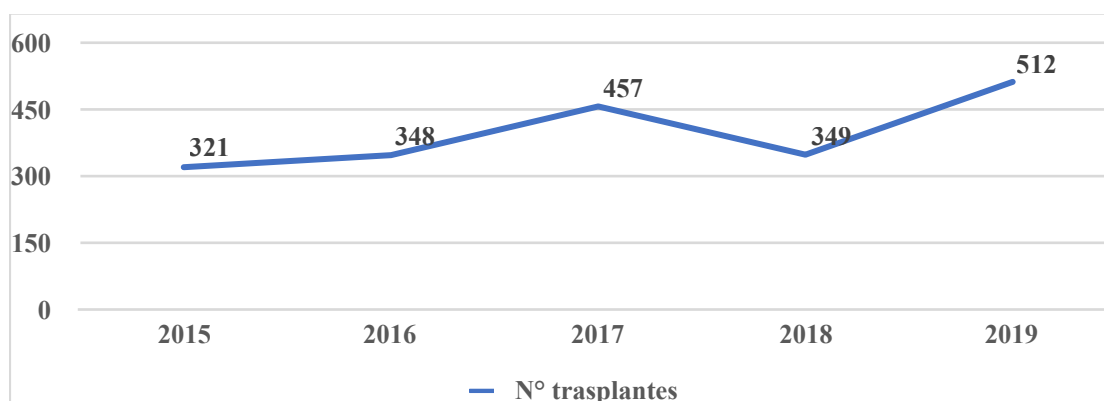
INTRODUCCIÓN

El trasplante de órganos y tejidos es una alternativa de tratamiento de enfermedades de carácter agudo como crónico que permite mejorar la sobrevivencia y la calidad de vida de las personas ^(1,2).

En Chile existen desafíos relevantes en esta temática, puesto que la donación de órganos ha disminuido, y consecuentemente con ello, el número

de trasplantados ⁽¹⁾. En el presente año, la lista de espera alcanza al menos 2.026 personas donde sólo un 25,27% del total ha logrado ser beneficiada ⁽³⁾, lo que deja una brecha por cumplir a nivel país tal como se observa en el gráfico 1 donde se expresa esta tendencia que no logra aun alcanzar y cubrir la lista de espera.

Gráfico 1: Número de donantes por año a nivel país



Fuente: Ministerio de Salud (Chile), Yo dono vida, 2019.

A nivel nacional la tendencia de trasplantes posiciona al riñón como el órgano más frecuente, seguido de hígado, corazón, pulmón y páncreas ⁽³⁾, aspecto que es relevante, pues la lista de espera de órganos enfatiza a las personas en espera de riñón.

El proceso de recepción de órgano se compone por una cadena de procuramiento estandarizada en al menos 7 fases por el ministerio de salud ^(3,4):

- Evaluación y detección, considera la identificación de posibles donantes en base a criterios como: compromiso neurológico severo fuera de alcance quirúrgico, Glasgow (GCS) menor a 7 puntos y necesidad de soporte ventilatorio y/o hemodinámico.
- Seguimiento, los posibles donantes notificados o pesquisados son ingresados en plataforma ministerial para mantener segui-

miento diario y evidenciar criterios de exclusión del proceso óptimo de procuramiento.

- Mantenimiento, cuidados ejecutados en unidades de cuidados intensivos que permiten mantener las condiciones para el óptimo manejo del potencial donante.

- Confirmación de la muerte encefálica, procedimiento que determina la muerte clínica y legal por criterio neurológico.

- Solicitud de última voluntad, proceso en el cual se le solicita a la familia confirmar la última voluntad de la persona para acceder a la donación de órganos, cumpliendo el papel de portavoz de la persona.

- Extracción y cuidados post – quirúrgicos, extracción de órganos y traslado para lograr el correcto cumplimiento de la cadena de trasplante, según la asignación de este.

Este proceso, es llevado a cabo en el procuramiento y trasplante de todos los órganos, sin embargo, para fines de este estudio, solo se considerará los cuidados de enfermería brindados a la persona con trasplante renal, puesto

que, es el trasplante con mayor casuística a nivel nacional y regional ⁽³⁾.

El trasplante de riñón es realizado por un equipo que se encuentra capacitado, motivado y que posee las competencias adecuadas para realizar dichas labores ⁽⁵⁾. La enfermera participa desde el inicio hasta el término del proceso, que finaliza en los cuidados post – quirúrgicos que se brindan en las unidades de cuidados intensivos.

Es en esta etapa donde los cuidados de enfermería toman relevancia desde el enfoque de las áreas críticas, pues destaca un rol asistencial con actividades de elaboración de un plan de cuidados, administración del tratamiento farmacológico y monitorización del estado clínico y hemodinámico, todos específicos para la persona con trasplante renal. Junto con ello, el profesional de enfermería de una unidad de cuidado intensivo debe generar instancias de fomento del autocuidado, estableciendo desde el ingreso un proceso de educación continua y preparación para el alta con respecto a la adherencia al tratamiento, adaptación al “*nuevo yo*” y estrategias favorezcan el desarrollo de la persona ⁽⁶⁾. En este contexto, se establecen dos pilares dentro de los cuidados en una unidad de cuidado intensivo del paciente trasplantado renal: la atención orientada a los cuidados post - quirúrgi-

cos y la atención desde la esfera educativa para lograr adaptación al rol y autocuidado.

Para poder lograr la mejoría de la persona que recibe un trasplante renal, es que el trabajo de la/el enfermera/o debe basarse en la aplicación de modelos teóricos disciplinares, los cuales facilitan la profundización y la generación de conocimientos en base a la experiencia clínica (7). Por esta razón es necesario contar con modelos que guíen y organicen los cuidados otorgados a las personas con trasplante renal hacia altos estándares de calidad, con la finalidad de satisfacer los aspectos que se encuentren en déficit y potenciar aquellos que se encuentren cercanos a formar parte de un rol protector para la salud.

Dentro de los modelos y teorías de enfermería que puede ser aplicado en el cuidado de una persona que ha recibido un trasplante renal, destaca el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy quien plantea un modelo adaptativo holístico conformado por interconexiones interdependientes que permiten su funcionamiento idóneo. La teoría de la adaptación constituye un proceso y un resultado de la integración entre la persona y el ambiente en que se encuentra y que busca mantener la dignidad y favorecer la promoción, mantención y mejoría de la salud y de la calidad de vida (8).

Roy basa su teoría en que las personas son seres holísticos y trascendentes que buscan su auto realización, además de esto las personas por su autodeterminación son capaces de tomar decisiones por ser autónomos y responsables de sus procesos de interacción, por último, la transformación entre la persona y el ambiente está vinculada a la capacidad de adaptación que resulta del pensamiento y los sentimientos de forma individual o grupal para así lograr el proceso de integración (12, 13).

Esta teoría plantea un modelo en base a dos pilares: la adaptación, la cual se entiende como aquel proceso y resultado que la persona obtiene frente a la integración con el ambiente; y los sistemas humanos que hacen relación a la conexión existente y que sigue un determinado propósito en virtud de la interdependencia de las partes. Este modelo presenta mecanismos tanto de adaptación como de afrontamiento (tabla 1). El concepto de adaptación considera diversos niveles y modos de ajuste a estímulos determinados por medio de procesos de afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos, lo que hace entender al ser humano como un ser holístico e integral, por ello la/el enfermera/o debe ser capaz de mirar a la persona en su globalidad y no fragmentado considerando sus princi-

pios que determinan la forma de enfrentarse a los nuevos estímulos ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

En este contexto, para otorgar un cuidado de calidad a una persona con trasplante renal hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos, cobra relevancia la utilización del modelo teórico de Roy, puesto que, esta persona sufre un proceso adaptativo al enfrentarse a una nueva etapa que cambia para siempre su vida y que la llevará a realizar modificaciones en las actividades de la vida diaria ⁽⁹⁾. A fin de evidenciar la utilidad del uso de modelos teóricos en el quehacer diario de la/el enfermera/o, es que el objetivo del siguiente estudio de caso es aplicar el Modelo de Adaptación de Callista Roy en la realización de un proceso de enfermería de una persona con trasplante renal hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La valoración se realiza bajo el resguardo ético, basado en los siete requisitos éticos de Ezequiel Emanuel, resguardando en todo momento el anonimato y confidencialidad de los datos. Para poder realizar una valoración acabada y detallada de caso, se efectúan las siguientes actividades:

- Revisión de ficha clínica (autorización de unidad de archi-

vos del servicio de salud correspondiente).

- Entrevista en profundidad (previa autorización verbal y consentimiento informado).

La aplicación del proceso de enfermería se lleva a cabo a un adulto joven de 33 años con antecedentes mórbidos de enfermedad renal crónica en hemodiálisis hace 6 años, hipertensión arterial, hiperparatiroidismo y síndrome convulsivo.

Ingresa a la unidad de cuidados intensivos posterior a trasplante renal de donante cadavérico con 18hrs de isquemia fría. Durante acto quirúrgico se mantiene con hemodinamia estable pese necesidad de administración de cargas de cristaloides y bolos de fenilefrina, sin complicaciones intraoperatorias. El post – quirúrgico inmediato se realiza extubación exitosa, por lo que se traslada a unidad de cuidados intensivos para vigilancia y manejo. Ingresa a unidad en buenas condiciones, hemodinamia estable, afebril, sin vasoactivos, diuresis con tinte hemático por catéter urinario, sin dolor y con analgésicos vía peridural.

El estudio de caso se realiza en el contexto de cuidados post – quirúrgicos en una unidad de cuidado intensivo (quinto día) y la valoración se realiza basado en la teoría de Callista Roy ([Tabla](#)

2). Posteriormente se establece un plan de cuidados con indicadores de resultado e intervenciones de enfermería según Taxonomía NANDA II.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Para la valoración de enfermería se utilizó como referente, la teoría de adaptación de Callista Roy, puesto que es un modelo aplicable a la persona que ha sido intervenida de un trasplante renal y que se encuentra en una etapa post – operatoria tardía.

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

El establecimiento de los diagnósticos de enfermería se realizó por medio de formato TAXONOMIA NANDA II (North American Nursing Diagnosis Association) ([tabla 3](#)) versión 2015 – 2017 y la jerarquización de los diagnósticos será en base a nivel de satisfacción de criterios de resultados – NOC (16,17) (Nursing Outcomes Classification) 5ta edición ([tabla 3](#)), mientras que las intervenciones para la etiqueta diagnóstica son determinadas por medio de formato NIC (18) (Nursing Intervention Classification) 6ta edición ([tabla 4](#)).

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

La etapa de evaluación del impacto de las intervenciones fue en un mediano plazo de tiempo para evidenciar el nivel de cambio en base a las etiquetas diagnosticas planteadas ([tabla 5](#)), para la determinación del nivel de cumplimiento esperado se realizó una vinculación de los objetivos planteados (NOC) y a las actividades ejecutadas por el sujeto de estudio. Es así como por medio de observación directa y por medio de devolución de conocimientos y a través de entrevista directa no estructurada se obtuvieron los indicadores finales; resulta relevante determinar que dicho plan de cuidados al momento del traslado de la unidad sea mantenido considerando las reales necesidades de la persona y así favorecer la continuidad de la atención de salud.

CONCLUSIONES

El uso de modelos de enfermería permite profundizar y crear nuevos conocimientos a partir de la experiencia clínica, lo que conlleva a la investigación, reflexión y crecimiento de la disciplina. En la unidad de cuidados intensivos se aplican cuidados hacia la persona en un estado de salud complejo debido a su gravedad, vulnerabilidad y dependencia,

por lo que implementar modelos y teorías de enfermería permite guiar la práctica clínica fomentando la incorporación del conocimiento de la disciplina en la profesión ⁽¹⁹⁾.

Respecto a la teoría aplicada, la práctica clínica permite identificar estímulos que generan la adaptación de la persona, como es el tener conocimiento de la enfermedad, sus manifestaciones y el tratamiento médico, por esto resulta importante informar en todo momento lo que respecta a procedimientos de enfermería para así favorecer la relación enfermera – paciente ⁽²⁰⁾.

La persona sometida a trasplante renal requiere del apoyo de un equipo multidisciplinario donde el profesional de enfermería debe de potenciar el compromiso de la persona con su autocuidado para conseguir adherencia al tratamiento, aceptación del nuevo “yo” y evitar el rechazo del órgano a futuro de esta forma se logra la integración desde la esfera fisiopatológica y el componente holístico de la persona. Esto último se vincula con la humanización de la atención en las unidades de cuidados intensivos enfoque hacia donde se dirige la atención de estas unidades que puede verse fundamentada por la aplicación de modelos y teorías de enfermería durante la práctica asistencial ^(21, 22).

La educación en la persona trasplantada renal es fundamental, ya que promueve el autocuidado en esta nueva etapa, más aún en unidades de cuidados intensivos donde la etapa de adaptación permite a enfermería interactuar con la persona y la familia mediante un proceso educativo, esto último pues se consideran tres dimensiones como son los conocimientos, habilidades y actitudes del paciente trasplantado de forma que la educación genera efectos positivos disminuyendo la morbimortalidad, costos sanitarios y recursos ⁽²³⁾.

Respecto a la terminología aplicada para dirigir el plan de cuidados de enfermería, su uso permite mantener la estructura y organización de los cuidados por medio de la continuidad de la atención ^(24, 25), por ende, mejora la calidad de esta. De esta forma se abre un canal de comunicación entre los profesionales involucrados con uso de etiquetas diagnósticas interrelacionadas, pero cabe destacar que este método no reemplaza el juicio crítico de enfermería ⁽²⁶⁾ sino más bien lo potencia y permite dirigir los cuidados mediante su aplicación.

Se puede concluir que el rol del/la enfermero/a en la etapa post – quirúrgica del paciente trasplantado es imprescindible, ya que además de potenciar el estado fisiológico del paciente promueve la educación y actualización de conoci-

mientos, lo que a futuro podría tener un efecto positivo en la recepción del órgano y en el autocuidado de la persona.

El presente estudio caso no presenta financiamiento ni conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Chilena de Trasplante. Guías Clínicas Sociedad Chilena de Trasplante. Santiago de Chile; 2010.
2. Seller-Pérez G, Herrera-Gutiérrez ME, Lebrón-Gallardo M, Fernández-Ortega JF, Arias-Verdú D, Mora-Ordóñez J. Donantes de órganos en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm intensiva*. 2004 (ago); 28(6): 308-15.
3. Ministerio de Salud (MINSAL; Chile). Yo dono vida. [Internet]. MINSAL; 2019 [Acceso 10 sep 2019]. Disponible en: <https://yodonovida.minsal.cl/estadisticas/numero-trasplantes.html>
4. Ministerio de Salud (MINSAL; Chile). Donación y trasplantes de órganos y tejidos: Etapas de un trasplante. [Internet]. MINSAL; 2015 [Acceso 10 sep 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/donacion-y-trasplantes-de-organos-y-tejidos/etapas-de-un-trasplante-de-organos/>
5. Servicio de Salud Concepción. Manual de Procuramiento de Órganos y Tejidos para Trasplante. Versión actualizada. Chile: Corporación del Trasplante; 2010.
6. Olmos-Salamanca J, Madrir-Murcia PV, Mejía-Liñan GA, Narváez-Martínez MA. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. *Reper Med Cir*. 2016; 25(2): 89-94.
7. Avilés R, Soto C. Modelos de enfermería en unidades de paciente crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería glob*. [Internet]. 2014 (abr). [Acceso 05 sept 2019]; 13(34). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/ensayo2.pdf>
8. Roy C, Andrews H. The Roy adaptation model, third edition. 3ra ed. New Jersey (EEUU): Pearson; 2009. 535p.
9. May-Uitz S, Valdés-Vargas DG, Poot-Kantun AV, Sosa-Cárdenas MR. Proceso de adaptación en personas que viven con trasplante renal según modelo de Callista Roy. *Rev salud bienestar soc*. [Internet]. 2019 (ene-jun). [Acceso 05 de sept 2019]; 13(1). Disponible en: <http://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/65>
10. Inouye S, Van Dick C, Alesi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz R. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990; 113: 941-8.
11. Engler B. Introducción a las teorías de la personalidad. 4ta ed. México: McGraw – Hill interamericana; 1996. 588p.
12. Marriner-Tomey A, Raile-Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ta ed. Elsevier; 2007. 850p.
13. Roy C, Andrews H. The Roy Adaptation model 2nd second edition. 2da ed. EEUU: Appleton y Lange; 1999. 39p.
14. Díaz de Flores L, Duran de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez-Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. 2002 (dic); 2(1): 19-23.
15. Gómez-Torres D, Méndez-Salazar V, Whestell M. Gerentes de escuelas de enfermería: una discusión sobre su adaptación al entorno social según la Teoría de Roy. *Aquichan*. 2013 (abr); 13(2): 280-9.
16. NANDA international, Inc. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones 2015 – 2017. 10ma ed. Barcelona (Esp): Elsevier; 2015. 512p.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultados en salud. 5ta ed. Barcelona (Esp): Elsevier; 2014. 736p.
18. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ta ed. Barcelona (Esp): Elsevier; 2013. 240p.
19. Avilés-Reinoso L, Soto-Nuñez C. Modelos de enfermería en unidades de paciente crítico: un paso hacia el cuidado avanzando. *Enfermería glob*. [Internet]. 2014 (abr). [Acceso 12 sep 2019]; 13(34). Disponible en: http://scielo.isciii.es/sciel o . p h p ? script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200015
20. Moreno-Fergusson ME, Alvarado-García AM. Aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*. [Internet]. 2009 (jul). [Acceso 12 sep 2019]; 9(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/170/1671>
21. Faraldo-Cabana A, Ibañez-Rebé M, Del Río-Rodríguez M, Polonio CE, Lope-Andrea T, Muñoz-Jiménez D. Frecuencia de los diagnósticos de enfermería en el primer ingreso del paciente con un trasplante renal reciente. *Enferm nefrol*. 2017 (ene – mar); 20(1): 76-81.
22. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev. méd. Clín. Las Condes*. 2019 (mar-abr); 30(2): 120-5.
23. Pueyo-Garrigues M, San Martín-Loyola A, Capparell-Leal MC, Jiménez-Muñoz C. Educación para la salud en el paciente trasplantado y su familia en una unidad de cuidado intensivo. *Enferm intensiva*. 2016 (ene); 27(1): 37-9.
24. Caballero-Muñoz E, Hullin-Lucay C. Introducción a la informática en salud. Santiago de Chile. Mediterráneo; 2014. 198p.

25. Cuzco-Cabellos C, Guasch-Pomés N. Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm intensiva*. 2015 (oct – dic); 26(4): 137-43.
26. Caballero E, Aguilar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, et al. Nivel de uso de lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. *Enfermería: cuidados humanizados*. 2015 (jun); 39-45.

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1. Mecanismos de adaptación y afrontamiento según Callista Roy (15)

Mecanismos adaptativos	Mecanismos de afrontamiento
<p>Función fisiológica</p> <p>Considera las necesidades básicas del organismo y su forma de adaptación.</p>	<p>Regulador</p> <p>Control de los procesos fisiológicos.</p>
<p>Autoconcepto</p> <p>Vincula las creencias y sentimientos hacia uno mismo.</p>	<p>Cognitivo</p> <p>Control del autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.</p>
<p>Función del rol</p> <p>Conducta en relación a la persona con la sociedad, depende del cómo la persona se relaciona con otras en una situación concreta.</p>	
<p>Interdependencia</p> <p>Relación de la persona con sus cercanos como sistema de apoyo, busca el equilibrio entre las conductas dependientes (ayuda, atención o afecto) e independientes (tener iniciativa, búsqueda de información).</p>	

Tabla 2. Valoración según Callista Roy

Función fisiológica	
Nutrición	Metabólicamente estable, glicemia <120mg/dl. Régimen hiposódico, buena tolerancia oral.
Eliminación	Débito urinario amplio (2,97cc/kg/hr) por sonda Foley con orina de aspecto claro, función renal conservada asociado a parámetros renales compensados respecto a patología crónica (creatinina <1,5mg/dl). ECO Doppler renal con perfusión renal adecuada. Patrón intestinal sin alteraciones.
Líquidos y electrolitos	Ingesta hídrica con buena tolerancia, indicación de restricción de volumen. Mantiene reposición con solución isotónica al 50% respecto a pérdidas urinarias. Electrolitos Sodio 140gr/dl – Potasio 4.2mg/dl.
Oxigenación y circulación	Hemodinamia estable sin vasoactivos, normotenso (presión arterial media 88mmHg), normocárdico ritmo sinusal (82 latidos por minuto), afebril (36,3°C), ventilando espontáneo con saturación >95%.
Integridad de la piel	Incisión quirúrgica en fosa iliaca derecha, apósito limpio y seco con drenaje tipo J-back in situ, escaso débito seroso (<100cc en 24hrs). Agrafes in situ, bordes levemente enrojecidos, piel circundante sana. Zonas de apoyo indemnes.
Ejercicio y descanso	Reposo absoluto, apoyo kinesiológico para trabajos pasivos y activos en cama. Se moviliza solo en cama. Sueño con apoyo farmacológico con Quetiapina 25mg durante las noches asociado a conciliación del sueño dificultosa.
Regulación	
Función neurológica	GCS 15 puntos, vigil, tranquilo, cooperador, pupilas isocóricas reactivas. Escala CAM (confusion assessment method) negativa (10).
Función endocrina	Hiperparatiroidismo secundario a patología renal, se mantiene vigilancia y monitorización.
Autoconcepto	

Se refiere a sí mismo como una persona "poco comunicativa, alejada de sus cercanos asociado a patología renal, incapacidad para comunicar sus problemas y necesidades generando un cuadro de malestar emocional. Lo anterior lleva al abandono de estudios universitarios, alejarse de padres y amigos para convivir con pareja actual, con la cual no es capaz de transmitir sus necesidades generando un ambiente de inseguridad. Mantiene un sentimiento de poca valoración por su entorno, debido a que nunca completó las metas planteadas, lo que genera un sentimiento de dependencia de los demás, lo que consecuentemente lleva al abandono parcial y esporádico de la terapia médica asociado a desmotivación del autocuidado por desconocimiento de las complicaciones".

Función del rol	
Rol primario	Hombre de 33 años, Erikson (11) plantea para el ciclo vital la etapa de generatividad versus estancamiento donde el objetivo principal se basa en establecer relaciones estrechas con otras personas para alcanzar su propia identidad y así vincularse con los demás, el fracaso de esta etapa conlleva a la dificultad para construir relaciones con quienes le rodean.
Rol secundario	Rol de hijo alejado de padres, se fundamenta la intención de volver a formar el lazo. Rol de pareja, se fundamenta un ambiente de inseguridad por falta de comunicación.
Rol terciario	No existe desarrollo e identificación de un rol terciario definido.
Interdependencia	
Conductas dependientes	Dependiente en conductas de autocuidado en lo relativo a etapa post - quirúrgica, requiere apoyo emocional y comunicativo por etapa de vida. Requiere apoyo de enfermería en temas de educación y promoción de la adaptación al cambio y significado del trasplante, junto con sus cuidados posteriores al abandono del centro asistencial debido a déficit de conocimientos.
Conductas independientes	Logro de actividades básicas de la vida diaria, a excepción de la eliminación urinaria por permanecer con sonda Foley.

Tabla 3. Etiquetas diagnósticas y criterios de resultado

NANDA	NOC	Indicador a la valoración	Indicador esperado
	1501 desempeño del rol		
00055 desempeño ineficaz del rol	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Desempeño de las conductas del rol familiar y social.</i> - <i>Desempeño de las conductas del rol laboral.</i> 	Ligeramente adecuado (2)	Sustancialmente adecuado (4)
	1805 conocimiento: conducta sanitaria		
00126 conocimientos deficientes	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Uso seguro de la medicación prescrita.</i> - <i>Estrategias para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas.</i> 	Escaso contenido (2)	Contenido sustancial (4)
	3108 autocontrol: enfermedad renal		
00182 disposición para mejorar el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Solicita y busca información respecto los métodos para mantener la función renal: control e ingesta de líquidos.</i> - <i>Solicita y busca información respecto a dieta, medicación prescrita, efectos adversos, signos y síntomas de alerta o empeoramiento.</i> 	Frecuentemente demostrado (4)	Siempre demostrado (5)

Tabla 4. Plan de intervenciones

NANDA	Intervenciones de enfermería – NIC	Actividades
00055 desempeño ineficaz del rol	Potenciación del rol	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la identificación respecto a los diferentes roles del ciclo vital tanto familiar, social y de pareja. - Facilitar la identificación sobre las conductas necesarias para el desarrollo del rol (comunicación entre pares, fomento de participación en el núcleo familiar, toma de decisiones de pareja). - Favorecer y estimular las interacciones grupales como parte del aprendizaje del rol.
00126 conocimientos deficientes	Enseñanza: proceso de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar la fisiopatología de la enfermedad, la relación con la anatomía y fisiología según necesidad de la persona. - Identificar los conocimientos de la persona respecto a su enfermedad y favorecer el aprendizaje según sus necesidades. - Determinar los posibles cambios del estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar posibles complicaciones.
00182 disposición para mejorar el autocuidado	Ayuda con el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar la ayuda y asistencia necesaria hasta que la persona sea capaz de realizar y mantener su propio autocuidado. - Favorecer el realizar las actividades normales de la vida diaria por medio del autocuidado de la patología al alta y utilizar como factor contribuyente la edad del paciente.

Tabla 5. Evaluación de los indicadores (NIC) según etiqueta NANDA

NANDA	Indicador a la valoración	Indicador esperado	Indicador final
00055 desempeño ineficaz del rol	Ligeramente adecuado (2)	Sustancialmente adecuado (4)	
00126 conocimientos deficientes	Escaso contenido (2)	Contenido sustancial (4)	
00182 disposición para mejorar el autocuidado	Frecuentemente demostrado (4)	Siempre demostrado (5)	