

# Plan de cuidados de enfermería en paciente psicológicamente complejo sometido a trasplante páncreas-riñón

Diana Pajares-Cuadrado<sup>1</sup>, Teresa Vicente-García<sup>1</sup>, María Luz Sánchez-Tocino<sup>1,2,3\*</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Área Enfermería. Universidad de Salamanca. España

<sup>2</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). España

<sup>3</sup> Fundación Renal Española. Salamanca. España

Como citar este artículo:

Pajares-Cuadrado D, Vicente-García T, Sánchez-Tocino ML. Plan de Cuidados de enfermería en paciente psicológicamente complejo sometido a trasplante páncreas-riñón. *Enferm Nefrol.* 2025;28(2):148-57

## Correspondencia:

María Luz Sánchez Tocino  
mlsancheztocino@usal.es

Recepción: 12-12-24

Aceptación: 12-03-25

Publicación: 30-06-25

## RESUMEN

**Descripción del caso:** Varón de 35 años, diabético tipo I desde los 11, desarrolla una enfermedad renal crónica en estadio 5 secundaria a nefropatía diabética. En tratamiento con hemodiálisis desde marzo de 2023.

En agosto de 2023 se le propone la posibilidad de someterse a un trasplante páncreas-riñón, realizándose en febrero de 2024.

Desde el punto de vista psicológico, el paciente presenta antecedentes de solicitudes de alta voluntaria previas y, durante la hospitalización, muestra resistencia a permanecer ingresado, lo que supone un riesgo para la viabilidad del injerto y su evolución postoperatoria.

**Descripción del plan de cuidados:** El plan de cuidados de enfermería se implementó en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el postoperatorio inmediato. Se realizó una valoración de las necesidades alteradas del paciente siguiendo el modelo de 14 Necesidades de Virginia Henderson, identificando como prioritario el diagnóstico de conductas ineficaces de mantenimiento de la salud.

**Evaluación del plan:** Al alta hospitalaria, se realizó la evaluación del plan de cuidados propuesto. A lo largo de la hospitalización, se solventaron los patrones alterados, previniendo el alta voluntaria prematura, lo que garantizó su estabilidad clínica.

**Conclusión:** Un plan de cuidados basado en la educación sanitaria, el apoyo psicológico y la colaboración interdisciplinar puede ser clave para mejorar la adherencia terapéutica y la

evolución clínica en pacientes trasplantados con dificultades en el mantenimiento de la salud. Este caso refuerza la necesidad de estrategias personalizadas de enfermería para garantizar la continuidad del tratamiento y optimizar los resultados a largo plazo.

**Palabras clave:** trasplante páncreas-riñón; enfermedad renal crónica; diabetes mellitus; nefropatía diabética; unidad de cuidados intensivos; plan de cuidados de enfermería.

## ABSTRACT

**Nursing care plan for a psychologically complex patient undergoing pancreas-kidney transplant**

**Case Description:** A 35-year-old male, diabetic Type I since age 11, developed Stage 5 chronic kidney disease secondary to diabetic nephropathy. He has been undergoing haemodialysis since March 2023. In August 2023, he was offered the possibility of undergoing a pancreas-kidney transplant, which was performed in February 2024.

From a psychological perspective, the patient has a past medical history of previous voluntary discharge requests and, during hospitalisation, shows resistance to remaining admitted, which poses a risk to graft viability and postoperative evolution.

**Care Plan Description:** The nursing care plan was implemented in the Intensive Care Unit during the immediate postoperative period. An assessment of the patient's altered needs

was performed following Virginia Henderson's 14 Needs model, identifying the diagnosis of ineffective health maintenance behaviours as a priority.

**Plan Evaluation:** Upon hospital discharge, the proposed care plan was evaluated. Throughout the hospitalisation, the altered patterns were resolved, preventing premature voluntary discharge, which ensured his clinical stability.

**Conclusion:** A care plan based on health education, psychological support, and interdisciplinary collaboration can be key to improving therapeutic adherence and clinical evolution in transplanted patients with difficulties in health maintenance. This case reinforces the need for personalised nursing strategies to ensure treatment continuity and optimise long-term outcomes.

**Keywords:** pancreas-kidney transplant; chronic kidney disease; diabetes mellitus; diabetic nephropathy; intensive care unit; nursing care plan.

## INTRODUCCIÓN

El trasplante de páncreas-riñón (TPR) es un procedimiento quirúrgico que consiste implantar a un paciente sin daño pancreático muy evidente, pero con una Diabetes Mellitus (DM) de difícil control y una nefropatía secundaria a esta, un páncreas extraído de un donante cadáver y un riñón (de vivo o de cadáver) simultáneamente o posterior a un trasplante renal previo<sup>1</sup>.

Inicialmente, el TPR se consideraba el tratamiento de elección en los pacientes con DM I y Enfermedad Renal Crónica (ERC); sin embargo, actualmente se ha sugerido que algunos diabéticos tipo II menores de 50 años, con un IMC por debajo de 30 kg/m<sup>2</sup> e insulínodpendientes, podrían también beneficiarse de este trasplante<sup>2</sup>.

La nefropatía diabética forma parte de las complicaciones microangiopáticas de la DM. Existe la posibilidad de tratamiento renal sustitutivo; sin embargo, la supervivencia del paciente diabético en diálisis es inferior a la del paciente no diabético, debido principalmente a un incremento en la mortalidad cardiovascular e infecciones derivadas de las complicaciones producidas por la DM<sup>3</sup>.

Por lo tanto, actualmente el TPR es la mejor opción terapéutica para el paciente diabético con enfermedad renal crónica, a pesar de las posibles complicaciones que se pueden presentar al someterse a esta doble intervención quirúrgica<sup>4</sup>.

El primer TPR consta en diciembre de 1966 en la Universidad de Minnesota a una paciente diabética en diálisis, consiguiendo el funcionamiento de ambos órganos. Desde entonces se estima que más de 50.000 pacientes diabéticos han sido trasplantados en más de 200 centros en todo el mundo. Ac-

tualmente, el TPR es la modalidad más frecuente dentro de los trasplantes de páncreas, representa el 75-80% de los trasplantes pancreáticos realizados en todo el mundo<sup>5</sup>.

En España el primer TPR se realizó hace 34 años en Barcelona. Hoy en día, si se revisan los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), se puede comprobar que, en España, en los últimos años, el número de trasplantes de páncreas está aproximadamente en 90 trasplantes/año, siendo la modalidad más frecuente el TPR<sup>5</sup>.

En Castilla y León el único centro autorizado para este tipo de trasplantes es el CAUSA y en el último año (2023) se realizaron un total de 5 TPR de los 86 realizados en toda España<sup>6</sup>.

El TPR está principalmente indicado en pacientes diabéticos tipo I con ERC en diálisis o prediálisis; sin embargo, en los últimos años se ha ido incluyendo a pacientes con DM II que cumplan los requisitos necesarios. Además, el criterio de edad límite también se ha ampliado, obteniendo buenos resultados. A pesar de esto, el número de enfermos sometidos a TPR es aún reducido y no supera el 7,7%<sup>7</sup>.

Un objetivo fundamental para aumentar la probabilidad de éxito del TPR es seleccionar minuciosamente a los pacientes, de manera que, entre otras cosas, las lesiones secundarias a la diabetes sean todavía reversibles<sup>3</sup>.

Además de los criterios clínicos, es imprescindible valorar la adherencia del paciente al tratamiento inmunosupresor, ya que el rechazo del injerto sigue siendo una de las principales causas de pérdida del trasplante. La falta de cumplimiento terapéutico, muchas veces relacionada con factores psicológicos y sociales, puede comprometer la supervivencia del injerto y del propio paciente. Por ello, una adecuada salud mental y un soporte emocional efectivo son aspectos clave en la selección y seguimiento de los candidatos a TPR<sup>8</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 35 años que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras ser intervenido quirúrgicamente para realizar un TPR. Diabético tipo I desde los 11 años, desarrolla una ERC en estadio 5 secundaria a nefropatía diabética por DM mal controlada.

En tratamiento con hemodiálisis desde marzo de 2023 tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes) durante cuatro horas diarias. Portador de catéter venoso central de dos luces ubicado en vena subclavia derecha, a través del cual se dializa; anteriormente portador de fístula arterio-venosa nativa que se encuentra cerrada.

En agosto de 2023 se le propone la posibilidad de someterse a un TPR, acepta y se le incluye en la lista de espera para esta intervención. En septiembre de ese mismo año es llamado para acudir de suplente, pero finalmente no se realiza el trasplante hasta febrero de 2024, fecha en la que es llamado de nuevo.

Desde el punto de vista psicológico presenta episodios de ansiedad y nerviosismo, pero refiere no haber sido valorado nunca por psiquiatría, ni seguir ningún tratamiento psiquiátrico. Durante el ingreso en la UCI se encuentra muy agitado, por lo que se realiza interconsulta con psiquiatra, que decide pautar tratamiento.

El paciente cuenta con numerosos antecedentes de solicitud de altas voluntarias, siendo también así al comienzo de su recuperación, a pesar de estar en la UCI, aunque en este caso el equipo sanitario se le niega a concederla debido al riesgo vital que ello supondría.

Finalmente, tras cinco días en la UCI, es dado de alta a la planta de hospitalización de la unidad de trasplantes.

#### Aspectos éticos:

Para el tratamiento de toda esta información confidencial acerca del paciente se cuenta con previa aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm; PI2024 02 1525-TFG); posteriormente se solicita al Hospital de Salamanca el acceso a la historia clínica. Finalmente, se adquiere el consentimiento informado del paciente, tanto de manera verbal como escrita.

## VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN EL MODELO DE 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

### Necesidad 1: Respirar normalmente

En el postoperatorio inmediato, el paciente permanece intubado y conectado a ventilación mecánica invasiva; cuatro horas después es extubado. No presenta complicaciones respiratorias graves, aunque requiere oxigenoterapia con mascarilla Ventimask, la cual se va retirando progresivamente según tolerancia.

Desde enfermería, se realiza un seguimiento estrecho del estado respiratorio del paciente, colaborando en la detección precoz de signos de deterioro y en la aplicación de medidas preventivas para optimizar la función pulmonar. Se identifica un problema de colaboración relacionado con el riesgo de insuficiencia respiratoria, en el que se actúa en coordinación con el equipo médico.

Además, presenta dolor durante los episodios de tos, por lo que el paciente no moviliza eficazmente las secreciones, requiriendo intervenciones enfermeras como el control del dolor y el apoyo en técnicas de expansión pulmonar para favorecer la ventilación y evitar complicaciones.

### Necesidad 2: Comer y beber

Paciente portador de sonda nasogástrica de descarga a gravedad con contenido de aspecto biliar durante las primeras horas.

Debe permanecer en dieta absoluta con sueroterapia hasta valorar evolución. Al día siguiente de la intervención se inicia

tolerancia hídrica con gran restricción y tres días después la nutrición enteral a 80 ml/h, bien tolerada.

Respecto a las glucemias, al principio presenta cifras elevadas, por lo que se inicia perfusión continua de insulina según la pauta de la unidad<sup>9</sup>.

### Necesidad 3: Eliminación

Paciente portador de sonda vesical tipo Foley de 18 Fr con tres luces, se observa abundante hematuria. Respecto a las deposiciones, realiza dos con dificultad durante su estancia en la UCI.

### Necesidad 4: Moverse

Durante las primeras 24 horas post intervención el paciente debe mantener reposo absoluto en cama; después se realiza la movilización únicamente de la cama al sillón dos veces al día durante un mínimo de 4 horas seguidas cada una de las veces.

### Necesidad 5: Reposo/sueño

Necesidad no alterada.

### Necesidad 6: Vestirse/desvestirse

No valorable, ya que el paciente en la UCI deberá permanecer desnudo.

### Necesidad 7: Temperatura

El paciente presenta monitorización continua de la temperatura cutánea. A las 48 horas postintervención, se objetiva un episodio febril, probablemente asociado a pancreatitis.

Desde enfermería, se lleva a cabo un seguimiento estrecho de la evolución térmica del paciente, identificando precozmente signos de complicación y aplicando medidas no farmacológicas para el confort térmico. La fiebre se considera un problema de colaboración, en el que la enfermería actúa en coordinación con el equipo médico para su diagnóstico y tratamiento.

### Necesidad 8: Higiene/piel

No valorable, ya que la higiene se realiza en la cama por parte del personal sanitario.

### Necesidad 9: Evitar peligros/seguridad

A consecuencia de la inmunodepresión inducida al paciente para evitar el rechazo del TPR, existe un gran riesgo de infección; además, presenta heridas quirúrgicas y dos drenajes tipo Jackson Pratt a pera con vacío, el derecho es pancreático con mayor contenido; y el izquierdo renal con menor contenido, pero más hemático.

Al reducir sustancialmente su movilidad, también se presenta el riesgo de formación de trombos.

Por último, el paciente cuenta con un importante historial de altas voluntarias; en este caso también desea hacer uso de esta alta, lo cual supone un gran riesgo para su vida.

### Necesidad 10: Comunicación

El paciente no presenta alteración de esta necesidad.

**Necesidad 11: Creencias/valores**

No se observa alteración de esta necesidad.

**Necesidad 12: Trabajar/realizarse**

Necesidad alterada. El paciente debe guardar reposo tras su intervención quirúrgica.

**Necesidad 13: Recrearse**

No es valorable en el contexto de una hospitalización en la UCI.

**Necesidad 14: Aprender**

Se observa una falta de conocimientos del paciente a cerca de su estado de salud, que se ve reflejada en su gran insistencia para obtener el alta voluntaria.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

A continuación, se describe el plan de cuidados de enfermería individualizado, llevado a cabo durante el ingreso del paciente en la UCI, según la taxonomía diagnóstica NANDA y sus correspondientes resultados NOC e intervenciones NIC. Para ello se utiliza la herramienta electrónica NNNConsult<sup>10</sup>.

**Tabla 1.** Plan de cuidados para los diagnósticos de enfermería/problemas de colaboración identificados.

NANDA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ [00032]	
NOC	Indicadores
Estado respiratorio: ventilación [0403]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disnea de reposo [40313]</li> <li>- Acumulación de esputos [40331]</li> </ul>
NIC	Actividades
Monitorización respiratoria [3350]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>- Evaluar simetría torácica y utilización de músculos accesorios.</li> <li>- Evaluar patrones y ruidos respiratorios patológicos.</li> <li>- Monitorizar continuamente los niveles de oxígeno mediante pulsioximetría.</li> <li>- Comunicar al equipo médico cualquier signo de deterioro respiratorio para su valoración y tratamiento.</li> </ul>
Oxigenoterapia [3320]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar oxígeno suplementario con el dispositivo adecuado según las necesidades del paciente, siguiendo la prescripción médica.</li> <li>- Colaborar con el equipo médico en el ajuste del flujo de oxígeno, basándose en la pulsioximetría y/o gasometría arterial.</li> </ul>
Fisioterapia torácica [3230]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir en la realización de ejercicios respiratorios con el inspirómetro incentivador tan pronto como el paciente lo tolere después de la cirugía.</li> <li>- Monitorizar la tolerancia del paciente durante y después del procedimiento mediante pulsioximetría.</li> <li>- Favorecer la movilización de secreciones a través de cambios posturales y técnicas no invasivas.</li> </ul>
Monitorización del equilibrio ácido base [1920]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener gasometrías arteriales para el análisis de del equilibrio ácido-básico.</li> <li>- Colaborar en la interpretación de los valores de la gasometría arterial en coordinación con el equipo médico.</li> <li>- Comparar el estado actual con el previo para detectar cambios en el estado del paciente.</li> </ul>
NANDA: DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN [00103]	
NOC	Indicadores
Estado de la deglución [1010]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflujo gástrico [101014]</li> </ul>
Alimentación enteral por sonda [1056]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio del apósito de anclaje de la sonda a la nariz cada 24 horas; cambiando también el punto de apoyo de la sonda en la nariz.</li> <li>- Verificación en la nariz de los centímetros de sonda que están introducidos.</li> <li>- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.</li> <li>- Verificar el correcto ritmo de la bomba de infusión de la alimentación.</li> <li>- Pausar la alimentación e irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada.</li> <li>- Antes de reiniciar la alimentación, dejar una hora a bolsa de gravedad para verificar si hay residuo gástrico.</li> <li>- Comprobar el correcto nivel de hidratación y electrolitos.</li> </ul>
NANDA: RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE [00179]	
NIC	Actividades
Nivel de glucemia [2300]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentración sanguínea de glucosa [230001]</li> </ul>

NIC	Actividades
Manejo de la hipoglucemia [2130]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar signos y síntomas de la hipoglucemia.</li> <li>- Vigilar la glucemia rutinariamente.</li> <li>- Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa.</li> <li>- Administrar perfusión continua de suero glucosado al 5% y ajustar la velocidad de acuerdo con la glucemia del paciente.</li> </ul>
Administración de medicación: intradérmica [2312] (e intravenosa en PC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir la regla de los cinco correctos para la administración de medicación.</li> <li>- Comprobar fecha de caducidad de los fármacos.</li> <li>- Seguir la pauta marcada por el protocolo de la unidad.</li> <li>- Preparar correctamente la dosis en la dilución para perfusión continua.</li> <li>- Documentar la administración.</li> </ul>

**NANDA: DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA [00016]**

NOC	Indicadores
Función renal [0504]	- Hematuria [50414]
Eliminación urinaria [0503]	- Sangre visible en la orina [50329]

NIC	Actividades
Cuidados del catéter urinario [1876]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambiar la sonda vesical cada 30 días.</li> <li>- Utilizar una técnica estéril para la inserción de la sonda vesical.</li> <li>- Asegurarse de mantener la bolsa de drenaje despinzada y debajo de la vejiga.</li> <li>- Verificar que la bolsa de orina se vacía antes de estar llena por completo.</li> <li>- Contabilizar minuciosamente y vigilar el aspecto de la orina cada hora.</li> <li>- Realizar aseo diario de los genitales con agua y jabón.</li> </ul>

**NANDA: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA [00085]**

NOC	Indicadores
Posición corporal: autoiniciada [0203]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mueve de decúbito prono a supino [20301]</li> <li>- Se mueve de tumbado a sentado [20302]</li> </ul>
Realización de transferencia [0210]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traslado de la cama a la silla [21001]</li> <li>- Traslado de la silla a la cama [21002]</li> </ul>

NIC	Actividades
Ayuda con el autocuidado [1800]	- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
Ayuda con el autocuidado [1806]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.</li> <li>- Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.</li> <li>- Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana, según corresponda.</li> </ul>
Cuidados del paciente encamado [740]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar las razones del reposo en cama.</li> <li>- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.</li> <li>- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.</li> <li>- Subir las barandillas, según corresponda.</li> <li>- Vigilar el estado de la piel.</li> <li>- Facilitar pequeños cambios de la postura corporal.</li> <li>- Realizar higiene en la cama.</li> </ul>

**NANDA: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA [00085]**

NOC	Indicadores
Termorregulación [0800]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura cutánea aumentada [80001]</li> <li>- Hipertermia [80019]</li> </ul>

NIC	Actividades
Regulación de la temperatura [3900]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instaurar un dispositivo de monitorización continua de temperatura.</li> <li>- Controlar la temperatura y el color de la piel.</li> <li>- Observar y registrar signos de escalofríos, sudoración y otros síntomas asociados a la fiebre.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notificar al equipo médico la presencia de fiebre para su evaluación y tratamiento etiológico.</li> <li>- Aplicar medidas físicas de confort térmico, como compresas frías o cambios en la ropa de cama, según tolerancia del paciente.</li> <li>- Administrar antipiréticos según prescripción médica y valorar su efectividad.</li> </ul>
<b>NANDA: RIESGO DE INFECCION [00004]</b>	
<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>
Control del riesgo [1902]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce los factores de riesgo personales [190201]</li> <li>- Controla los factores de riesgo ambientales [190202]</li> <li>- Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas [190204]</li> </ul>
Estado inmune [0702]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridad cutánea [70208]</li> <li>- Títulos de anticuerpos [70212]</li> <li>- Recuento absoluto leucocitario [70214]</li> </ul>
<b>NIC</b>	<b>Actividades</b>
Protección contra las infecciones [6550]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir las precauciones propias para pacientes inmunodeprimidos.</li> <li>- Limitar el número de las visitas y asegurar que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente con un jabón antimicrobiano adecuado.</li> <li>- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas.</li> <li>- Administrar tratamiento antibiótico prescrito.</li> </ul>
Cuidados de las heridas [3660]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar las características de la herida en cada cura.</li> <li>- Monitorizar la cantidad y el tipo de contenido de cada uno de los drenajes.</li> <li>- Realizar la cura de la herida de manera aséptica, cada 24h o cuando se precise.</li> <li>- Limpiar con solución salina fisiológica y realizar la cura con los materiales necesarios según el estado y la evolución de la herida.</li> <li>- Cambiar los apósitos con cada cura y según la cantidad de exudado.</li> <li>- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.</li> </ul>
<b>NANDA: RIESGO DE TROMBOSIS [00291]</b>	
<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>
Control del riesgo: trombos [1932]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evita estar sentado durante largos periodos de tiempo [193216]</li> </ul>
<b>NIC</b>	<b>Actividades</b>
Precauciones en el embolismo [4110]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de medias de compresión y administración de heparina de bajo peso molecular subcutánea cada 24h.</li> <li>- Realizar una valoración exhaustiva del aspecto de miembros inferiores rutinariamente.</li> <li>- Recomendar al paciente que realice movimientos de los pies y las piernas frecuentemente.</li> <li>- Recomendar una movilización o deambulación precoz, según tolerancia.</li> </ul>
<b>NANDA: CONDUCTAS INEFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD [00292]</b>	
<b>NOC</b>	<b>Indicadores</b>
Conducta de fomento de la salud [1602]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza conductas para evitar los riesgos [160201]</li> <li>- Supervisa los riesgos de la conducta personal [160203]</li> <li>- Utiliza técnicas efectivas de disminución del estrés [160205]</li> </ul>
<b>NIC</b>	<b>Actividades</b>
Asesoramiento [5240]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>- Proporcionar información objetiva según sea necesario y corresponda.</li> <li>- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.</li> <li>- Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés.</li> </ul>
Modificación de la conducta [4360]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.</li> <li>- Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.</li> <li>- Animar al paciente a que examine su propia conducta.</li> <li>- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación de la conducta.</li> </ul>

NANDA: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES [00126]	
NOC	Indicadores
Conocimiento: régimen terapéutico [1813]	- Beneficios del tratamiento [181301] - Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso [181302] - Proceso de la enfermedad [181310]
Motivación [1209]	- Desarrolla un plan de acción [120902] - Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos [120905] - Mantiene una autoestima positiva [120907]
NIC	Actividades
Enseñanza: proceso de enfermedad [5602]	- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con la intervención y el proceso postquirúrgico. - Proporcionar información necesaria. - Dar seguridad sobre el estado del paciente.
Enseñanza: procedimiento/tratamiento [5618]	- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado. - Explicar el propósito del tratamiento. - Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación. - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.

Tabla 2. Evaluación del plan de cuidados.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS					
NANDA	NOC	INDICADORES	ESCALA DE EVALUACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR FINAL
Patrón Respiratorio Ineficaz [00032]	Estado respiratorio: ventilación [0403]	Disnea de reposo [40313]	Escala 14	2	5
		Acumulación de esputos [40331]	Escala 14	3	4
Deterioro de la deglución [00103]	Estado de la deglución [1010]	Reflujo gástrico [101014]	Escala 14	1	5
Riesgo de nivel de glucemia inestable [00179]	Nivel de glucemia [2300]	Concentración sanguínea de glucosa [230001]	Escala 2	2	4
Deterioro de la eliminación urinaria [00016]	Función renal [0504]	Hematuria [50414]	Escala 14	2	5
	Eliminación urinaria [0503]	Sangre visible en la orina [50329]	Escala 1	2	5
Deterioro de la movilidad física [00085]	Posición corporal: autoiniciada [0203]	Se mueve de decúbito prono a supino [20301]	Escala 1	2	4
		Se mueve de tumbado a sentado [21002]	Escala 1	1	4
	Realización de transferencia [0210]	Traslado de la cama a la silla [21001]	Escala 1	1	3
		Traslado de la silla a la cama [21002]	Escala 1	2	4
Hipertermia [00007]	Termorregulación [0800]	Temperatura cutánea aumentada [80001]	Escala 14	2	5
		Hipertermia [80019]	Escala 14	2	5

<b>Riesgo de infección [00004]</b>	Control del riesgo [1902]	Reconoce los factores de riesgo personales [190201]	Escala 13	2	3
		Controla los factores de riesgo ambientales [190202]	Escala 13	2	3
		Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas [190204]	Escala 13	2	3
	Estado inmune [0702]	Integridad cutánea [70208]	Escala 1	2	4
		Títulos de anticuerpos [70208]	Escala 1	1	1
		Recuento absoluto leucocitario [70214]	Escala 1	1	1
<b>Riesgo de trombosis [00291]</b>	Control del riesgo: trombos [1932]	Evita estar sentado durante largos periodos de tiempo [193216]	Escala 13	1	1
<b>Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud [00292]</b>	Conducta de fomento de la salud [1602]	Utiliza conductas para evitar los riesgos [160201]	Escala 13	1	3
		Supervisa los riesgos de la conducta personal [160203]	Escala 13	1	3
		Utiliza técnicas efectivas de disminución del estrés [160205]	Escala 13	1	2
<b>Conocimientos deficientes [0012]</b>	Conocimiento: régimen terapéutico [181]	Beneficios del tratamiento [181301]	Escala 20	2	3
		Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso [181302]	Escala 20	2	3
		Proceso de la enfermedad [181310]	Escala 20	2	3
	Motivación [1209]	Desarrolla un plan de acción [120902]	Escala 1	2	4
		Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos [120905]	Escala 1	1	1
		Mantiene una autoestima positiva [120907]	Escala 1	1	1



## DISCUSIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las complicaciones más graves que pueden desarrollar las personas con diabetes mellitus (DM), y una vez en estadios avanzados, el trasplante de páncreas-riñón (TPR) se considera la mejor opción terapéutica para mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad<sup>1</sup>. Sin embargo, el éxito del trasplante no depende únicamente del procedimiento quirúrgico, sino de un seguimiento postoperatorio riguroso y de la adherencia del paciente al tratamiento inmunosupresor<sup>11</sup>.

En el caso presentado, el paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con múltiples necesidades alteradas, tanto a nivel clínico como psicológico<sup>12</sup>. Si bien su estabilidad hemodinámica y su mejoría física fueron logradas mediante una monitorización estrecha y cuidados específicos, su conducta inicial de rechazo al ingreso y su falta de conciencia sobre la importancia del tratamiento postquirúrgico representaron un desafío importante para el equipo de enfermería.

Desde enfermería, se implementó un plan de cuidados basado en una valoración integral de sus necesidades, abordando no solo las alteraciones fisiológicas, sino también los factores psicosociales que podían interferir en su recuperación. Se aplicaron estrategias de asesoramiento y modificación de conducta con el objetivo de mejorar su adherencia al tratamiento y minimizar el riesgo de abandono prematuro de la hospitalización. La educación sanitaria y el apoyo emocional desempeñaron un papel fundamental en este proceso, permitiendo que el paciente adquiriera una mayor conciencia sobre su situación y la necesidad de continuar con los cuidados hospitalarios<sup>13</sup>.

Estudios previos han demostrado que los pacientes trasplantados con dificultades en el mantenimiento de la salud presentan un mayor riesgo de complicaciones postquirúrgicas y de pérdida del injerto debido a la falta de adherencia terapéutica<sup>14</sup>. La intervención enfermera, mediante un enfoque basado en la confianza y la clarificación de dudas, ha demostrado ser eficaz para modificar actitudes de rechazo y fomentar la toma de decisiones responsables en el proceso de recuperación<sup>15</sup>.

## CONCLUSIONES

La adecuada identificación de las necesidades del paciente y la aplicación de un plan de cuidados individualizado permitieron obtener resultados favorables en su evolución clínica. La combinación de una monitorización estrecha, un enfoque interdisciplinar y un apoyo psicológico efectivo fueron claves para lograr la estabilidad del paciente, reducir la ansiedad y mejorar su compromiso con el tratamiento. Este caso refuerza la relevancia del rol de enfermería en la atención postoperatoria de los pacientes trasplantados, destacando su impacto no solo en el control clínico, sino en la adaptación a la nueva situación, reduciendo la ansiedad y promoviendo conductas de autocuidado que garanticen la supervivencia del injerto a largo plazo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Cosmes P. Trasplante de páncreas - riñón ¿La solución? Diál traspl [Internet]. 2011 [consultado 10 Ene 2024]; 32(Supl 4):S162. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-trasplante-pancreas-rinon-la-S1886284511002517>
2. Esmatjes Mompó E, Ricart Brulles M.J. Diabetes y trasplante de páncreas. Nutr. Hosp [Internet]. 2008 [consultado 10 Ene 2024];23(Supl 2):S64-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000600010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600010&lng=es)
3. Gómez-Huelgas R, Martínez-Castelao A, Artola S., Górriz José L, Menéndez E. Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. Nefrología (Madrid) [Internet]. 2014 [consultado 10 Ene 2024];34(Supl 1):S34-45. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952014000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000100005&lng=es)
4. Ventura-Aguar P, Ruiz JC, Sequeira P, Domínguez-Gil B; en nombre del Grupo Español de Estudio del Trasplante de Páncreas. Kidney-pancreas transplantation - An excellent treatment alternative for the patient with insulin-dependent diabetes and advanced chronic kidney disease. Nefrología (Engl Ed). [Internet]. 2023 [consultado 10 Ene 2024];43(Suppl 4):383-5. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-trasplante-renopancreatico-una-excelente-alternativa-articulo-S0211699522001187>
5. Casanova D; en nombre de Grupo Español de Trasplante de Páncreas. Pancreas transplantation: 50 years of experience. Cir Esp [Internet]. 2017 [consultado 19 Ene 2024]; 95(Suppl 5):254-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-trasplante-pancreas-50-anos-experiencia-S0009739X1730043X>
6. Ucio Mingo P, Palencia García M<sup>a</sup> A, García Relanzón S, Sevilla Casas S, Servicio de Estudios, Documentación y Estadística. Memoria de donación y trasplantes de Castilla y León [Internet]. 2023 [consultado 22 Ene 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/memorias/memorias-donaciones-trasplantes.ficheros/2682177-Memoria%20de%20donaciones%20y%20trasplantes%202023.pdf>

7. Zehnder B. C. Trasplante de páncreas tipos, selección de receptores y donantes. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2010 [consultado 25 Ene 2024];21(Suppl 2): 214-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(10\)70527-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(10)70527-7)
8. Rojas O, Krauskopf V, Umaña JA, Erazo R. Intervención psiquiátrica en programa de trasplantes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2010;21(2):286-92. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70536-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70536-8)
9. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. NNNConsult. Elsevier [Internet]. 2015 [consultado 7 Mar 2024]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>.
10. Albalá Martínez N, Martín Álvarez E, Belda Hernández A. Protocolo de cuidados al paciente con trasplante pancreático-renal en la UCI. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. PTC-MIV-GE 21-01-01
11. Argüeso-Gómez Laura, Rodrigo-Calabia Emilio, Pelayo-Alonso Raquel, de Cos-Cossío M<sup>a</sup> Ángeles. Adherencia al tratamiento en pacientes con trasplante renal y su relación con los niveles plasmáticos de inmunosupresores. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2023 [consultado 30 Ene 2025];26(4): 344-50. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842023000400006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842023000400006&lng=es)
12. Ibáñez López C, Méndez Méndez MD, Concha V, Pereira Lestayo MI. Aspectos psicosociales en pacientes candidatos a trasplante de órganos. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*. 2021;18(1):20-31.
13. Pueyo-Garrigues M, San Martín Loyola Á, Caparrós Leal MC, Jiménez Muñoz C. Educación para la salud en el paciente trasplantado y su familia en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2016;27(1):31-9.
14. Ruiz Calzado María Rocío. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2013 [consultado 30 Ene 2025];16(4):258-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842013000400007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000400007&lng=es)
15. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*. 2023;33(2):123-30.

