



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

10

Número Especial (2023)

Recibido: 20/6/2023 Aceptado: 17/8/2023

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: Nefrectomía radical derecha

Surgical clinical case: right radical nephrectomy

Zoranyi Baptista Villarreal (TSU)¹

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

Técnico Superior Universitario en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida- Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0002-3367-1313

Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB). Docente de la Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Miembro del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Investigadora acreditada (ULA). Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

El riñón es un órgano vital, que puede verse afectado por múltiples trastornos, tanto congénitos como adquiridos en cualquier etapa de la vida, entre ellos están las afecciones tumorales que pueden ser benignas o malignas. Lo que conlleva a que sean tratadas, dependiendo de la patología que presente cada paciente, con una nefrectomía como el principal patrón para su manejo. Por lo tanto, en el presente caso clínico se pretende describir la técnica quirúrgica desde la Enfermería perioperatoria de una Nefrectomía radical derecha en un paciente adulto con quiste renal complejo derecho Bosniak IV, cumpliendo así con el requisito del Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Palabras clave: Nefrectomía, quistes complejos, riñón, técnica quirúrgica, Enfermería perioperatoria, proceso enfermero, taxonomías NANDA, NOC, NIC.

SUMMARY

The kidney is a vital organ, which can be affected by multiple disorders, both congenital and acquired at any stage of life, among them are tumor conditions that can be benign or malignant. This leads to their being treated, depending on the pathology presented by each patient, with a nephrectomy as the main pattern for their management. Therefore, in the present clinical case it is intended to describe the surgical technique from the perioperative nursing of a right radical nephrectomy in an adult patient with a Bosniak IV complex right renal cyst, thus fulfilling the requirement of the Basic Diploma in Surgical Instrumentation of the Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Key words: nephrectomy, complex cysts, kidney, surgical technique, perioperative nursing, nursing process, NANDA, NOC, NIC taxonomies.

— INTRODUCCIÓN

Los riñones son dos órganos situados en el retroperitoneo contra la pared posterior del abdomen, situados a ambos lados de la columna vertebral, desde la altura de la última vertebra dorsal hasta por encima de la tercera lumbar¹. Son órganos esenciales que, además de actuar a modo de filtro eliminando productos metabólicos y toxinas de la sangre, participan en el control integrado del líquido extracelular y del equilibrio electrolítico².

Entre las afecciones tumorales del riñón, la enfermedad quística ocupa un lugar importante por su frecuencia. Existen dos categorías importantes de quistes renales: el simple, es el más común, lo presenta casi un 30% de la población sin saberlo y hay que decir claramente que no tiene riesgo de convertirse en un cáncer. El otro grupo lo conforman los quistes complejos que tienen diferentes características que podrían hacerlos sospechosos de ser un cáncer de riñón³. El cáncer renal supone el 2% del tipo maligno del adulto con una tasa de incidencia estimada de 4.5-11 casos por 100.000 habitantes al año; afecta con mayor frecuencia a varones principalmente entre los 50 y 70 años³.

Cuando se habla de quiste renal complejo (es el diagnóstico médico para el caso que se presenta), se refiere al que tiene forma irregular tanto en su interior como en el exterior. Cuanto más grueso y compacto puede sugerir que el quiste se asocie más con un cáncer de riñón⁴. Entonces, el riesgo de que este tipo de tumor sea o pueda llegar a ser cáncer va a depender de su apariencia.

Con las técnicas de imagen actuales como la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada (TAC) se puede diferenciar la mayoría de tumores malignos de los quistes simples⁵. Aunque, en ocasiones es difícil, mediante estos estudios, hacer el diagnóstico diferencial entre estos y los hematomas o abscesos renales⁶. Justamente, usando la TAC, Bosniak en 1986, desarrolló la siguiente clasificación que detalla las diferentes imágenes encontradas con esta técnica de diagnóstico y la complejidad de los quistes: Categoría I: quiste absolutamente limpio, sobre el cual no hay ninguna duda, presenta los tres criterios ecográficos de los quistes renales; Categoría II: quistes con tabiques que tienen contenido cálcico en su interior (quistes hiperdensos); Categoría III: quistes de paredes gruesas con nódulos o vegetaciones en su interior o con calcio en las paredes; hacen sospechar de una situación no tan banal; y Categoría IV: quistes con claro componente sólido; algunos autores los consideran tumores⁴.

Desde esta clasificación propuesta por Bosniak, ha existido más consenso en cómo tratar a los pacientes según la categoría: I y II, no se debe indicar intervención quirúrgica salvo presencia de sintomatología; III, en el 50% de los casos patología tumoral asociada por lo que se recomienda exploración quirúrgica; y IV, al considerarse como masa renal maligna, se debe realizar cirugía radical⁷.

Es decir, algunos individuos pueden requerir remoción del órgano comprometido (nefrectomía) como terapia definitiva o complementaria. Desde que, en 1968, Robson describió la técnica de la nefrectomía radical clásica, con extirpación del riñón junto a la glándula suprarrenal

incluida en la fascia de Gerota y una disección ganglionar ampliada; dicha cirugía ha sido universalmente aceptada como tratamiento de elección del carcinoma renal. Sin embargo, esta práctica ha ido experimentando cambios a lo largo del tiempo, así que actualmente, la suprarrenalectomía no se considera necesaria en todos los casos de tumor renal debido a la baja frecuencia en que la glándula se encuentra afectada⁸.

Retomando, esta intervención quirúrgica es la principal medida para las patologías neoplásicas del riñón que presenta tasas de complicaciones variables, y una supervivencia media de 64,5% al año de seguimiento, descrita en Colombia⁹. En tal sentido, el objetivo del presente artículo fue describir la técnica quirúrgica utilizada (Nefrectomía radical derecha) en un paciente con quiste renal complejo derecho Bosniak IV; mediante el estilo de caso clínico quirúrgico y usando el Proceso Enfermero (PE), como requisito final del Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

— CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Para recolectar la información se utilizó el Formato actualizado para elaborar el caso clínico¹⁰ y la historia del paciente. Masculino J. C. de 54 años de edad, natural y procedente de la localidad, sin antecedentes patológicos conocidos, quien refiere inicio de enfermedad actual hace 5 meses aproximadamente, caracterizado por dolor en fosa lumbar derecha, de moderada intensidad, carácter cólico con patrón intermitente que irradia a flanco ipsilateral, motivo por el cual en vista de persistir sintomatología acude a facultativo privado, quien indica estudio imagenológico, en vista de los hallazgos, lo refiere e ingresa al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) el 30/5/23.

Entre los antecedentes personales refiere alergia a la penicilina. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, fue sometido a colecistectomía abierta hace 7 años sin complicaciones. Como hábitos psicosociales, manifiesta el consumo de una caja de cigarrillo/semanal. A la exploración física presentó valores normales en los signos vitales. Se observa en condiciones estables; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, se evidencia cicatriz quirúrgica de incisión tipo Kocher de 10 cm aproximadamente. A la palpación, los puntos ureteral superior, costovertebral y costumuscular derechos positivos, según la maniobra de Guyón, la cual consiste en colocar al paciente en decúbito supino, con las piernas semiflexionadas, el explorador se sitúa del lado derecho del paciente, con la palma de una mano en la región lumbar, con la yema de los dedos sobre el ángulo costolumbar a la altura de la última costilla, empuja la celda renal hacia adelante, la otra mano se coloca y deprime la pared abdominal anterior, a la altura del reborde costal¹¹. El dolor a la presión en la fosa renal con esta maniobra es muy sugestivo de patología renal, se debe realizar de manera correcta, con suavidad y sin percusiones violentas.

Respecto a la paraclínica, los resultados de laboratorio del 30/5/2023, sin alteración en la Hematología completa: Hemoglobina: 15.3 g/dl; Hematocrito: 45%; Glóbulos blancos: 10.400

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA

celxmm³; Neutrófilos: 66%; Plaquetas: 206.000celxmm³. En la Química sanguínea: Glicemia basal: 90.2 mg/dl; Urea: 44.2 mg/dl; Creatinina: 1.1mg/dl. Tiempos de coagulación: 15.72 seg.; Tiempos parciales de trombolastina: 35.4 seg. La serología también reportó datos dentro de lo normal.

En la UroTAC contrastada, realizada el 18/1/2023 se describe corte axial simple: en fosas renales se observa ambos órganos renales de ubicación habitual. Riñón derecho: con imagen hipodensa, redondeada, que mide 7x7 cm, bien delimitada, que abarca polo superior y medio de riñón ipsilateral, con un VAT de 27 UH sugestiva de quiste renal. Riñón izquierdo: sin alteración. En el corte sagital arterial se evidencia adecuada captación de medio contraste por ambos órganos renales, observando en riñón derecho imagen descrita en corte anterior, en la cual se aprecia delgados tabiques, con un realce de 4 UH, respecto a su fase simple, específicamente en área tabicada.

Mientras que en el corte coronal arterial: riñón derecho mide 11x9 cm, con imagen descrita en cortes anteriores. El riñón izquierdo con 10x5,5 cm, sin alteración. En la fase de eliminación por parte de ambos órganos renales: la vejiga normal. Ante los hallazgos mencionados anteriormente, se reportó el diagnóstico médico: Quiste renal complejo derecho Bosniak IV que condiciona a cólico renoureteral recurrente.

2. FASE PERIOPERATORIA DE NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA.

En vista de los estudios presentados por el usuario J. C., la valoración física y el diagnóstico médico de Quiste renal complejo derecho Bosniak IV, los especialistas del servicio de urología discutieron el caso y plantearon conducta quirúrgica tipo: Nefrectomía radical derecha.

2.a) Preoperatorio

Para dicho procedimiento quirúrgico, en este primer tiempo se confirma el ayuno de 8 horas; así mismo, la enfermera le realiza cateterización de dos vías periféricas y administra hidratación parenteral 1500 cc de Solución 0.9% a razón de 21 gotas por minuto, Omeprazol 40 mg, Ceftriaxona 1 gr, Ketoprofeno 75 mg, Dipirona 1 gr, Metoclopramida 10 mg; además se cuenta con 2 unidades de concentrado globular para acto quirúrgico. Se le coloca medias antitrombóticas y se verifica la estricta tricotomía abdominogenital y los siguientes procedimientos (Cuadro 1).

Cuadro 1. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Material a utilizar.	La circulante acondiciona y prepara el quirófano junto a la instrumentista para el acto quirúrgico, verificando la funcionalidad de los equipos de aspiración, electrocauterio, mesa de anestesiología y el material a utilizar.
Lavado de manos quirúrgico.	Antiséptico y jabón neutro.
Secado de las manos.	Campos absorbentes estériles.
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes.	Técnica cerrada.

Arreglo de las mesas.	Prepara el material e instrumental a utilizar tanto en la mesa de Mayo como en la auxiliar.
Conteo de material.	Misceláneos: gasas, compresas, moñitos y material quirúrgico.
Vestimenta para el cirujano.	Asistencia al cirujano y sus ayudantes con el secado de manos facilitándoles compresas, colocación de batas y guantes estériles con técnica abierta.
Vestimenta para el paciente.	Campo estéril de la cirugía.
Posición elegida.	Lumbotomía que consiste en colocar al paciente en decúbito lateral y en hiperextensión con el lado a operar hacia arriba. El miembro inferior del lado sano queda flexionado en ángulo agudo y el opuesto extendido, ambos separados con una almohada. Los miembros superiores se dirigen hacia adelante y hacia arriba. Para entreabrir más el espacio costo ilíaco y mejorar la exposición del campo, a veces, colocan un balón de goma inflable a la altura del flanco; otros cirujanos prefieren elevar el soporte de la mesa de operaciones.
Medios de sujeción.	Se fija el paciente a la camilla a nivel del trocánter mayor con cinta adhesiva y de la misma manera en la zona axilar, sin comprimir, para no dificultar los movimientos respiratorios.
Colocación de conexiones, campos operatorios y cables para hemostasia eléctrica.	Se realiza técnica de asepsia y antisepsia, se colocan los campos quirúrgicos para formar el campo estéril y facilitar las conexiones tanto del electrobisturí como de la manguera de aspiración.
Tipo de anestesia utilizada.	Se le administra anestesia general inhalatoria, en decúbito supino, durante la etapa de inducción recibe Propofol, Fentanilo y Succinilcolina. Se realiza intubación endotraqueal con tubo N° 8. Para el mantenimiento se administra Isoflurano y reposición de analgesia con Fentanilo. En la reversión se utilizó Neostigmina más Atropina.

Fuente: Elaboración propia siguiendo el Esquema para el caso clínico quirúrgico¹².

2.b) Transoperatorio

Descripción de la técnica quirúrgica: incluye dos grandes fases: el procedimiento en orden secuencial de los tiempos (Cuadro 2) y el instrumental utilizado.

Cuadro 2. Orden secuencial de los tiempos en la Nefrectomía radical derecha.

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTO Y MATERIAL	SUTURA
1	Apertura de los planos quirúrgicos, realizando una incisión intercostal extrapleural y extraperitoneal.		

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA

2	Apertura del espacio retroperitoneal tomando la grasa de la celda renal con dos pinzas Aro y se penetra en ella con pinza y tijera Metzenbaum hasta alcanzar el borde externo del riñón envuelto por la fascia de Gerota.	Pinzas Aro. Pinza Metzenbaum. Tijera Metzenbaum.	
3	Se coloca el separador intercostal según preferencia del cirujano, previa protección del hígado en caso de riñón derecho.	Separador Finochietto, Gosset o Balfour.	
4	Hemostasia de los vasos perirrenales con pinzas Bertola y ligaduras de catgut simple 0, cuidando de no lesionar la glándula suprarrenal.	Pinzas Bertola.	Catgut simple 0
5	Liberación de ambas caras y polos renales que se traccionan con pinzas Duval.	Pinzas Duval.	
6	Se identifica y esqueletiza el pedículo vascular (se trata de no descapsular el riñón hasta llegar al plano vascular). La vena renal espermática se ubica por delante; la pelvis renal, el uréter y la arteria renal, por detrás. En este tiempo, la instrumentista debe tener preparada una hiladilla para reparar el uréter con torundas o moñitos montados en una pinza recta de profundidad para disecar.	Pinza recta de profundidad.	
7	Para la ligadura del pedículo vascular, primero se liga la arteria renal con pinza doble utilidad de 25 cm y doble ligadura montada o ligadura y punto por transfixión de catgut crómico 1, en forma proximal y distal con una distancia suficiente de 0,7 a 1 cm entre ambas y se secciona con tijera Metzenbaum larga. Luego se liga la vena renal con igual técnica.	Pinza doble utilidad de 25 cm. Tijera Metzenbaum larga.	Catgut Crómico 1
8	En la ligadura del uréter se liga y se secciona en forma distal la vena espermática y el uréter con catgut crómico 1. Cabe aclarar que también se puede ligar con material no absorbible como seda 1.		Catgut Crómico 1 o Seda 1
9	Extracción del espécimen: después de completar la sección del uréter, se extirpa el riñón y se efectúa el control estricto de la hemostasia en el lecho quirúrgico. La cavidad se irriga con solución fisiológica tibia, se controla la hemostasia y se deja un drenaje de silicona en la cavidad, que se conectará a un fuelle aspirativo.		
10	Para el cierre: si se ha abierto la pleura se aproxima con una sutura continua de material sintético absorbible multifilamento 5-0 y se coloca un drenaje de tórax (K-225) que se conecta a un frasco <i>Bülau (fiola)</i> .		Sutura continua de material sintético absorbible multifilamento 5-0
11	Se comienza el cierre parietal con crómico 2-0; el músculo con misma sutura; la fascia con vycril 1; tejido celular subcutáneo con catgut simple y finalmente, la piel con nylon 2-0, donde además se fijan los drenajes a piel con nylon 2-0 o 3-0.		Crómico 2-0 Vycril 1 Catgut simple Nylon 2-0 o 3-0

12	Asepsia y cura final.		
----	-----------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia siguiendo el Esquema para el caso clínico quirúrgico¹².

En este punto es importante mencionar que para algunos autores^{7,8} el procedimiento de Nefrectomía clásica incluye la realización de Linfadenectomía regional completa. Los ganglios linfáticos se pueden extirpar en bloque con el riñón y la glándula suprarrenal o por separado después de la nefrectomía. Se comienza la disección de los ganglios linfáticos en el pilar del diafragma justo por debajo del origen de la arteria mesentérica superior.

Existe un plano periadventicial definible sin dificultad, próximo a la aorta, al que es posible ingresar de modo que se puede llevar la disección junto a la aorta y sobre el origen de los vasos principales para extraer todo el tejido linfático peri aórtico. En el extremo superior se debe tener cuidado para evitar lesionar el origen del tronco celiaco debido a que nace de la superficie anterior de la aorta. Luego se lleva la disección de los ganglios linfáticos periaórticos y pericava en bloque hacia abajo hasta el origen de la arteria mesentérica inferior. Se extirpan los ganglios simpáticos y los nervios junto con el tejido linfático. La cisterna quilosa se identifica en sentido medial del pilar derecho. Se ligan los vasos linfáticos que ingresan para prevenir la aparición de ascitis quilosa^{7,8}.

Instrumental utilizado

Los instrumentos y el material necesario en esta técnica quirúrgica se presentan en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Instrumental y material utilizado en la Nefrectomía radical derecha.

INSTRUMENTOS NECESARIOS	MATERIAL UTILIZADO
*Caja de laparotomía	-Hojas de bisturí N° 15 y N° 24
*Instrumental para resección costal (legras, costotomo, gubias)	-Escudilla mediana con solución fisiológica tibia
*Separador intercostal de Finochietto	-Escudilla pequeña con Soluhex
*Tijera de Metzenbaum	-Escudilla pequeña con alcohol
*Clamp Satinsky	-Jeringa de Bonneau
*Pinza DeBakey	-Hisopos
*Pinzas doble utilidad	-Electrocauterio
*Pinza Bertola	-Aspiración con cánula de Yankauer
	-Seda 4-0, lámina de goma o hiladilla (para reparar uréter según necesidad)
	-Tubo de látex para drenaje
	-Fuelle aspirativo
	-Drenaje de tórax y frasco <i>Bülau o fiola</i>
	-Material para cateterización vesical
	-Sonda Foley de 16 o 18 French
	-Clorhidrato de Lidocaína
	-Jeringa de 20 ml
	-Bolsa colectora de orina
	-Suturas básicas:

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA

	Seda Sutupak Catgut Crómico Catgut Simple 0 Poliglactin 0 y 1 con aguja redonda 1/2 círculo de 35-40 mm Nylon monofilamento 3-0 con aguja recta
--	---

Fuente: Elaboración propia siguiendo el Esquema para el caso clínico quirúrgico¹².

2.c) Postoperatorio

Comprende las fases inmediata, mediata y tardía: traslado del paciente a la Unidad Postanestésica (UPA), admisión, valoración física, aplicación de escalas, cuidados postanestésicos, egreso y preparación del alta.

En base a las respuestas humanas detectadas en la etapa de valoración durante el postoperatorio, se presentan las siguientes etiquetas de acuerdo a la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, por sus siglas en inglés *North American Nursing Diagnosis Association*)¹³:

-Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 1: Función urinaria. (00016) Deterioro de la eliminación urinaria.

-Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 2: Actividad/ejercicio. (00085) Movilidad física deteriorada.

-Dominio 2: Nutrición. Clase 5: Hidratación. (00027) Volumen de líquido deficiente.

-Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión física. (00206) Riesgo de hemorragia.

Planes de cuidado

Los planes de cuidado estandarizados son aquellos que usan las taxonomías de las tres NNN que se describen como la NANDA (anteriormente mencionada), la Clasificación de los resultados esperados de Enfermería (NOC, por sus siglas en inglés *Nursing Outcomes Classification*)¹⁴ y la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés *Nursing Interventions Classification*)^{15,16}. En cambio, según Carpenito¹⁷ los multidisciplinarios o interdisciplinarios se enfocan en el Modelo bifocal porque en este tipo de planificación se identifica en el paciente tanto los problemas propios de la disciplina (independientes) como los que surgen de la cooperación con otros profesionales del equipo de salud (interdependientes). Considerando algunas de las etiquetas acerca de los Diagnósticos Enfermeros (DxE) presentadas anteriormente se elaboraron los siguientes planes de cuidados (Cuadros 4, 5 y 6).

Cuadro 4. Plan de cuidado estandarizado con DxE Focalizado en el problema.

Diagnóstico Enfermero NANDA	Resultado esperado NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Ejecución	Evaluación
(00016) Deterioro de la eliminación urinaria R/C procedimiento quirúrgico E/P sonda vesical y disminución del gasto urinario.	0503 Eliminación urinaria. Escala actual (4) Escala deseada (5)	1876 Cuidados del catéter urinario. Actividades: -Vigilar y mantener un buen manejo de la sonda vesical con técnica aséptica. -Enseñar al paciente el cuidado de la sonda vesical. -Vaciar la bolsa recolectora por turno y mantenerla por debajo de la altura de la vejiga. -Limpiar la región periuretral 2 veces al día. 0590 Manejo de la eliminación urinaria. Actividades: -Vigilar que el paciente recupere favorablemente la eliminación urinaria a través del monitoreo y registro de las características de la diuresis; frecuencia, olor, volumen y color. -Vigilar presencia de edemas e ingurgitación yugular. -Observar signos de retención y/o infección del tracto urinario. -Realizar balances hidroelectrolíticos por turno. -Valorar los electrolitos en sangre y el hematocrito.	EP C EP EP EP C C	RH: no progresa. FR: se mantiene. IE: apropiadas.

Fuente: Elaboración propia siguiendo el Formato actualizado para elaborar el caso clínico¹⁰ y la Taxonomía NANDA¹³, NOC¹⁴, NIC¹⁵.

Lectura: R/C: Relacionado con, E/P: Evidenciado por, C: Cumplido, EP: en proceso, RH: Respuesta Humana, FR: Factor Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

NIC¹⁵.

Lectura: R/C: Relacionado con, E/P: Evidenciado por, C: Cumplido, EP: en proceso, RH: Respuesta Humana, FR: Factor Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 6. Plan de cuidado estandarizado (Modelo bifocal) con DxE de Riesgo.

Diagnóstico Enfermero NANDA	Complicación potencial (CP)	Resultado esperado NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentación científica	Evaluación
00206 Riesgo de hemorragia S/A cirugía (nefrectomía radical derecha).	Hemorragia	1902 Control del riesgo.	4030 Administración de hemoderivados. Actividades: -Confirmar las órdenes del médico. -Obtener la historia de transfusiones del paciente -Verificar que el hemoderivado ha sido preparado y clasificado, siguiendo las pruebas y normas. -Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, registrar según el protocolo del centro de salud. -Monitorizar los signos vitales, control del goteo, el estado basal	-Reduce los riesgos de que el paciente sea expuesto a factores de salud adversos. -Permite conocer si han existido reacciones a los hemoderivados. -Los tipos de sangre deben ser compatibles para evitar una reacción por la incompatibilidad ABO. -Si la persona recibe hemoderivado incorrecto, aumenta el riesgo de complicaciones: fiebre, anemia, problemas pulmonares, Reacción transfusional hemolítica aguda (RTHA), entre otras. -Permite actuar a tiempo y evitar complicaciones.	Se cumplió con las actividades y no se presentó la hemorragia a pesar de continuar con el factor relacionado en el POP.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA

			<p>durante y después de la transfusión.</p> <p>4160 Control de hemorragias. Actividades: -Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito.</p> <p>-Control de constantes vitales, volumen drenado, aparición de hematuria, reacciones alérgicas.</p> <p>-Vigilar signos de hemorragia: palidez cutánea, confusión, sudoración, sangrado, agitación, distensión abdominal.</p>	<p>-Conocer si existe trastornos sanguíneos y valorar el estado de salud.</p> <p>-Estos parámetros indican oportunamente posibles cuadros de hemorragias.</p> <p>-Al detectarlos a tiempo se controla y actúa a tiempo previniendo las complicaciones sistémicas.</p>	
--	--	--	---	---	--

Fuente: Elaboración propia siguiendo el Formato actualizado para elaborar el caso clínico¹⁰ y la Taxonomía NANDA¹³, NOC¹⁴, NIC¹⁵.

Lectura: S/A: Secundario a, POP: Postoperatorio.

—DISCUSIÓN

La instrumentación quirúrgica es el arte y la capacidad de participar en una cirugía, en el manejo del instrumental y aún más importante en cumplir técnicas de esterilidad en todo momento. Esta técnica parte de la necesidad que se les planteaba a los cirujanos de generar la presencia de un nuevo integrante que preparara, acondicionara, suministrara los instrumentos y materiales utilizados en cada cirugía con el propósito de acortar y mejorar los tiempos quirúrgicos en beneficio del paciente¹⁸.

Tanto el que ejerce el papel de instrumentista como de circulante son profesionales que forman parte del equipo en un pabellón o sala quirúrgica, por lo que resulta de gran importancia que logren generar confianza en torno a su propio desempeño, respecto a la habilidad de los cirujanos y ayudantes¹⁹. En tal sentido, se requiere poseer un nivel de conocimiento científico y técnico que le permita ofrecer un servicio de calidad al paciente, mediante la aplicación de procesos de esterilidad, bioseguridad, saneamiento ambiental, administración y adecuadas destrezas en este ámbito asistencial.

Respecto al caso presentado, es oportuno mencionar que, con los avances tecnológicos, en la actualidad, no solo se realiza nefrectomía abierta e invasiva, sino que también se cuenta con métodos laparoscópicos, que han aportado resultados oncológicos superponibles a la cirugía abierta en casos de tumores localizados; la cual, además, favorece en la recuperación temprana del paciente e incide en un menor riesgo de sangrado y dolor⁷.

En la literatura se encontró un caso parecido al de este artículo, un hombre de 68 años que por un hematoma renal a causa de una caída en estado de ebriedad fue intervenido de una nefrectomía radical del riñón derecho junto con una suprarrenalectomía de las glándulas suprarrenales de la misma zona, por lo que precisó de la atención del equipo de salud. Enfermería se enfocó en las 14 necesidades de Virginia Henderson y elaboró planes de cuidado estandarizados (NANDA-NIC-NOC) donde incluyó la participación del familiar más cercano para la pronta recuperación del paciente y mantener los cuidados después del alta médica²⁰.

—NOTA FINAL

La presencia de la Enfermería perioperatoria en este caso clínico quirúrgico sobre Nefrectomía radical derecha contó con las habilidades y destrezas de este profesional durante el pre, trans y postoperatorio, bajo el conocimiento y la aplicación del PE, desde la detección de los problemas y necesidades del paciente, siguiendo con la formulación de los DxE que permitieron la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de cuidado dirigidos a solucionar y prevenir posibles complicaciones como producto del método invasivo practicado, de manera que se pudiera lograr la recuperación y el bienestar del mismo.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oiseth S, Jones L, Maza E. Riñones: Anatomía. Lecturio. [Online] 2022 [citado 5 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.lecturio.com/es/concepts/rinones/>
2. Carracedo J, Ramírez R. Fisiología Renal. Nefrología al día. [Online] 2020 [citado 5 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fisiologia-renal-335>
3. Asociación Española de Urología Información sobre los quistes renales (simples y complejos). [Online] 2023 [citado 3 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.urologosmalaga.com/informacion-sobre-los-quistes-renales-simples-y-complejos/>
4. Sandoval O, Santana L. Quiste renal complejo: caso difícil de diagnosticar. Rev Cubana Cir. [Online] 2009 [citado 3 de junio 2023]; 48(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000400013
5. Cloix P, Martin X, Pangaud C, Marechal JM, Bouvier R, Barat D, et al. Manejo quirúrgico del quiste renal complejo: una serie de 32 casos. J Urol. 1996; 156:28-30.
6. Medina F. Diagnóstico radiológico del quiste renal complejo: utilidad de la clasificación de Bosniak. MedWave. [Online] 2003 [citado 5 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/puestadia/congresos/862.html>

7. Benejam J, Diez-Caballero A, García-Miralles R. Quiste renal complejo. Tratamiento laparoscópico. *Actas Urol Esp.* [Online] 2006 [citado 4 de junio 2023]; 30(6):626-629. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062006000600011
8. Aguilera A, Pérez M, Girón M, Cisneros J, Barthel J. Nefrectomía radical. Técnica, resultados y complicaciones. *Actas Urol Esp.* [Online] 2009 [citado 3 de junio 2023]; 33(5):544-49. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000500012
9. Soto C. Experiencia en nefrectomía: serie de casos de cuatro años. [Tesis de Maestría]. Colombia: Universidad del Rosario; 2013 [citado 3 de junio 2023]. Disponible en: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_3272ccea42804ac5c2b2e1c02102a358
10. Sánchez E, Fernández A. Formato actualizado para elaborar el caso clínico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2022.
11. Rodríguez A. Exploración del aparato urinario en Atención Primaria. Exploración y pruebas complementarias en atención primaria. *SEMERGEN* [Online] 2002 [citado 10 de junio 2023]; 28(9):514-21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359302741178>
12. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2022.
13. Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. (eds.). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12a. ed. [Online]. España: ELSEVIER; 2021 [consultado 17 de mayo 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. 5a. ed. [Online]. España: ELSEVIER; 2014 [consultado 15 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>
15. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6a. ed. [Online]. España: ELSEVIER; 2014 [consultado 15 de abril 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
16. Sánchez E. *Manual de Diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC*. Mérida: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2015
17. Carpenito LJ. *Understanding the Nursing Process-Concept Mapping Care Planning for Students*. Philadelphia: Lippincott; 2006.
18. Carrillo-González S, Lorduy-Gómez J, Muñoz-Baldiris R. Profesional de Instrumentación Quirúrgica frente a la aplicación de los Principios y Valores Bioéticos de acuerdo con la Ley de Talento Humano en Salud en Colombia. *Persona y Bioética*. [Online] 2018 [citado 2 de junio 2023]; 22(1):134-147. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/7415/html>
19. Broto M, Delor S. *Instrumentación Quirúrgica. Técnicas por especialidades*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000.
20. Sanz M. Proceso de atención de enfermería a paciente con nefrectomía total derecha por hematoma renal. Caso clínico. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* [Online] 2021 [citado 7 de agosto 2023]; XVI(22). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-paciente-con-nefrectomia-total-derecha-por-hematoma-renal-caso-clinico/>