

ESCUELA DE ENFERMERIA  
F.C.M - U.N.Cuyo  
4° CARRERA DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERIA

## INVESTIGACION EN ENFERMERIA TRABAJO FINAL

**TEMA:**

“ Pacientes a la espera de Trasplante Renal, en un Centro de  
Diálisis de un Hospital Público de Alta Complejidad.”

Autores: PALLERES, Angel  
PACO, Hugo



MENDOZA, DICIEMBRE DE 2005.-

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autores del trabajo.

Tribunal examinador:

Loic. Reyes Maria Rosa



Loic. Andrade Ana Magdalena

Loic. Casalvieri Franco



Fecha: 12 de diciembre de 2005

## PROLOGO

El personal de enfermería constituye una fuerza humana y profesional de primer orden apoyando y guiando de forma permanente una de las etapas que pasan los pacientes que padecen este tipo de enfermedad crónica.

Las competencias están diversificadas y se encuentran en todas las esferas de actividades relacionadas con la salud, como las de cuidar, educar, aconsejar, dirigir e investigar.

Este trabajo ha constituido una experiencia valiosa, porque nos ha permitido introducirnos en una realidad que viven los pacientes que se encuentran a la espera de un trasplante renal y en tratamiento de hemodiálisis en el sector público.

Agradecemos a nuestros docentes, el proporcionarnos los medios intelectuales y técnicos para llevar a cabo esta investigación, a nuestros colegas y pacientes, que nos han brindado su colaboración incondicional y a nuestras familias que nos han estimulado en forma constante en esta tarea..

## INDICE GENERAL

Portada .....	pag. I
Advertencia.....	pag. II
Aprobación.....	pag. III
Prologo.....	pag. IV
Índice General.....	pag. V
Índice de Tablas y Gráfico.....	pag. VI
Introducción.....	pag. 1 a 3
Problema	
Objetivo General	
Objetivos Específicos.....	pag. 4
Fundamentación del Problema.....	pag. 5 a 6
Marco Teórico.....	pag.7 a 22
Diseño Metodológico.....	pag. 23
Operacionalización de Variables.....	pag. 24 a 26
Análisis y Resultados.....	pag. 27 a 45
Conclusión.....	pag. 46
Recomendaciones.....	pag. 47
Bibliografía.....	pag. 48
Anexos.....	pag 49 a54



## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRAFICO N° 1.....	pag.27
TABLA Y GRAFICO N° 2.....	pag.28
TABLA Y GRAFICO N° 3.....	pag.29
TABLA Y GRAFICO N°4.....	pag.30
TABLA Y GRAFICO N°5.....	pag.31
TABLA Y GRAFICO N° 6.....	pag.32
TABLA Y GRAFICO N°7.....	pag.33
TABLA Y GRAFICO N° 8.....	pag.34
TABLA Y GRAFICO N° 9.....	pag.35
TABLA Y GRAFICO N° 10.....	pag.36
TABLA Y GRAFICO N° 11.....	pag.37
TABLA Y GRAFICO N° 12.....	pag.38
TABLA Y GRAFICO N° 13.....	pag.39
TABLA Y GRAFICO N° 14 A.....	pag.40
TABLA Y GRAFICO N° 14 B.....	pag.41
TABLA Y GRAFICO N° 14 C.....	pag.42
TABLA Y GRAFICO N° 15.....	pag.43
TABLA Y GRAFICO N° 16.....	pag.44
TABLA Y GRAFICO N° 17.....	pag.45

## INTRODUCCION

Este trabajo tiene como finalidad indagar en la realidad por la que deben pasar aquellos pacientes a la espera de un trasplante renal, lo cual les cambia en forma rotunda su calidad de vida, y la de sus familias.

Durante nuestra carrera aprendimos que el rol del enfermero universitario implica, además de la adquisición de técnicas y desarrollo de medios que mejoren nuestro propio accionar, el investigar sobre las percepciones y las respuestas a los tratamientos de nuestros asistidos, a fin de lograr la atención de enfermería basada en la evidencia y en la realidad.

Cuando nos acercamos a la comunidad es esencial recordar que cada ser humano tiene su propia visión de su vida y debe ser libre de realizarla; que en muchos aspectos es capaz de juzgarla mejor que nosotros, ya que ha vivido y sentido lo que nosotros sólo hemos visto. Nuestra labor es más bien guiarlo para que considere su situación y la juzgue adecuadamente, en vez de hacer por él juicios y consideraciones.

Una convicción básica de todos los enfermeros es aceptar que todas las personas tienen la capacidad y el potencial de mejorar su salud física y bienestar psicosocial, de acuerdo con sus deseos, voluntad de cambio y adaptabilidad a las terapéuticas prescritas.

La práctica de enfermería ayuda a los individuos y a las familias a ajustar sus necesidades y aspiraciones de salud, a resolver los problemas que atañe a la salud en el ambiente social, emocional y físico que los rodea, y a facilitar la adquisición de habilidades para alcanzar niveles superiores de bienestar.

El asesoramiento sanitario de la familia y los servicios primarios de cuidado de la salud apropiados a la familia y a la comunidad, ayudan a los individuos

y a los grupos a seleccionar y valorar las actividades relacionadas con la salud y a participar en ellas.

La base de todo proceso en favor de la salud de la comunidad radica en la acción combinada de las diversas profesiones para que el paciente pueda utilizar al máximo los servicios de salud y alcanzar una salud óptima.

Como un activista social y defensor del consumidor, la disciplina de la Enfermería influye sobre la legislación y los procesos legislativos para promover una salud positiva individual y colectiva.

Cada enfermero que trabaja para salud de la comunidad desarrolla su propia filosofía personal, temperada por sus antecedentes familiares, preparación, experiencia y personalidad. Su filosofía crecerá y se profundizará a medida que adquiera experiencia en el trabajo con los demás: pacientes, familias, comunidades y colaboradores, y a medida que aumente su preparación y comprensión a través de continuo estudio, lecturas y reflexiones.

Se ha dicho que la enfermería al servicio de la comunidad tiene mucho que aprender, que enseñar y que hacer.

Sabemos que en el proceso salud-enfermedad en el tema de enfermedades crónicas, en la cual el paciente depende del prestador de servicios pero la mayor parte del tiempo continua al cuidado de sus familiares, es esencial el comprender este espacio que se crea y que los expertos llaman el espacio socio-sanitario.

Hemos considerado importante investigar sobre este tema y elegimos esta institución en primer lugar porque constituye el principal Centro de Seguimiento en la atención de los casos agudos de insuficiencia renal, en segundo lugar porque fue el Centro pionero en Mendoza en el tratamiento de esta patología, y en el cual en abril de 1976 se realizó el primer trasplante renal de donante vivo de



nuestra provincia, y por último por ser el centro al que tienen acceso un alto porcentaje de pacientes sin cobertura de la seguridad social.

## **PACIENTES A LA ESPERA DE TRASPLANTE RENAL.**

### **PROBLEMA:**

¿En que grado las expectativas sobre evolución de la enfermedad y auto cuidados postrasplante de pacientes renales son satisfechos por los integrantes del equipo de salud en el servicio de Hemodiálisis del Hospital Central de Mendoza, en el año 2005?

### **OBJETIVO GENERAL:**

1. Conocer las expectativas de pacientes a la espera de trasplante renal, sobre evolución de la enfermedad y autocuidados post-trasplante.
2. Determinar en que grado las expectativas de los pacientes renales son satisfechas por el equipo de salud.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar las expectativas de los pacientes respecto a la evolución de la enfermedad.
2. Conocer la información que posee el paciente, respecto al auto cuidado post-trasplante.
3. Determinar el grado de respuesta del equipo de salud, referente a los interrogantes del paciente y su familia.

## FUNDAMENTACION

Fundamentamos este proyecto de investigación desde una perspectiva bio-psico-social-ecológica de la persona humana, confrontada con una realidad adversa a esta visión, ya que detectamos que el contexto de la problemática planteada es común a todos los pacientes y familiares, además, el equipo de salud le resta trascendencia y esto hace que se carezcan de planes adecuados para arribarla.

Además consideramos que si el paciente y sus familiares tuviesen acceso a los conocimientos necesarios con respecto a su patología y la forma mas adecuada para el autocuidado, estarían en condiciones más óptimas para sobrellevar el tratamiento y esperar el trasplante, teniendo en cuenta que:

- a) El tratamiento de hemodiálisis está ampliamente representado como imposición restrictiva de la libertad, tormento, golpe contundente, prueba de minusvalía.
- b) El trasplante está visto preponderantemente como una vivencia de sufrimiento psicológico cuya duración en el tiempo es indefinida.
- c) La expectativa del trasplante que incluyen el temor a lo ajeno, la duda en la decisión o la imposibilidad de elaborarla, indica, que la mayor dificultad de estos pacientes, para quienes la concreción del trasplante es eventual, esta en abordar el desafío psicológico de incorporar un órgano ajeno.
- d) El trasplante de órganos es una técnica en desarrollo en nuestro país, por lo que las enfermeras han debido diseñar, organizar, implementar e incorporar el cuidado de este grupo de pacientes en las unidades ya existentes, a través del proceso de atención de enfermería (diagnóstico, planificación de la atención, ejecución y evaluación)

En este contexto, emerge como figura el coordinador de procuramiento y trasplante, profesional que organiza el camino desde la detección de un potencial donante, la extracción de los órganos y tejidos y su distribución, el implante de los injertos y el seguimiento de los pacientes trasplantados. Debe ser un profesional con formación especializada, experiencia hospitalaria, dedicación exclusiva y con capacidad reconocida para establecer relaciones humanas.

Los roles de enfermería en coordinación de procuración y trasplante se dividen en asistencial, gestión de enfermería, investigación y docencia.

El rol asistencial en procuramiento de órganos se fundamenta en la obtención de órganos y tejidos:

- Detección de potenciales donantes.
- Colaboración en la mantención hemodinámica del donante multiorgánico, con el fin de obtener órganos y tejidos viables para trasplantes.
- Conocer la ley vigente que norma los procedimientos mediante los cuales se realiza evaluación clínica del potencial donante y se certifica el estado de muerte cerebral.
- Participación en la solicitud de donación con el grupo familiar del donante.
- Coordinar autorización judicial para la extracción de órganos en casos médico-legales
- Organización de recursos humanos y materiales del albellón de procuramiento multiorgánico.
- Preparación de los órganos en preservación para su distribución



## MARCO TEORICO

El aspecto psicológico del paciente y de sus familiares, juega un papel de primordial importancia en el tratamiento de hemodiálisis y en la espera del trasplante renal. Teniendo en cuenta que el paciente es un ser bio-psico-ecológico pensamos que el tratamiento y o trasplante (la parte biológica) no es "la cura milagrosa". Todo esta relacionado en un contexto global en el que transcurre la historia del paciente rodeado por sus familiares, donde la comunicación, educación y contención son fundamentales por parte del equipo de salud, para hacer efectivo el cuidado y tratamiento del estado de salud.

La adaptación emocional del paciente renal a la diálisis se realiza de manera gradual, con el objetivo de lograr cierto equilibrio una vez que se hayan elaborado las limitaciones y dificultades propias de la enfermedad y el continuo tratamiento. En este proceso de asimilación y acomodación queda comprometida la personalidad del enfermo quien debe reformular todos sus roles sobre la base de las dificultades físicas, psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad, que generan un cambio en su estilo de vida y en el de su familia.

En este proceso de adaptación, cada paciente utiliza determinados mecanismos psicológicos que le permiten de un modo particular tratar su tendencia a la regresión, a la dependencia, a la pasividad, a sus conductas agresivas, a su depresión, los posibles conflictos en los vínculos que establece, etc.

Hay una tendencia al estrechamiento de sus intereses y a replegarse sobre sí mismo, con dificultades para esbozar un proyecto de vida que incluya los aspectos más saludables de su personalidad. Por todo esto, resulta de fundamental importancia para el enfermo, recibir un adecuado apoyo de su grupo familiar y del equipo asistencial de la unidad renal.

La enfermedad renal y el tratamiento de diálisis determinan en el paciente una conflictiva relación emocional compleja y de difícil resolución. Esto

lleva a reconocer la utilidad de la experiencia psicoterapeuta en la unidad de hemodiálisis dentro del encuadre asistencial interdisciplinario.

Dentro de las variadas técnicas de atención psicológica, el recurso en general, y el de grupo de reflexión en particular, sería la actuación más adecuada en estas instituciones porque brinda la posibilidad de atención múltiple y simultánea siendo así una medida de contención, discusión, reflexión, encuentro, ayuda mutua y aprendizaje, favoreciendo los mecanismos de maduración y crecimiento en estos pacientes.

Las vivencias del tratamiento de hemodiálisis se manifiestan como no placenteras, la expectativa de trasplante se vincula a la posibilidad de ponerle fin al tratamiento de diálisis.

Este es vivido mayoritariamente como traumático, en la medida que ha tenido implicancias altamente significativas en la imposibilidad de seguir el curso de vida anterior y en el despliegue de ilusiones y deseos no realizados pero existentes consciente o inconscientemente como expectativas.

En todos los casos se han producido cambios en las rutinas cotidianas personales y del ámbito familiar, en el laboral y en las posibilidades de sostener y ejercer los roles sociales previos (tanto en la vida actual como en la proyección al futuro). En general estos cambios ubican al paciente en una posición desventajosa frente al ideal de sí.

Dicha posición marca una distancia, parámetro de medición de la autoestima.

También existen cambios en la imagen del cuerpo y en la conciencia de su existencia. El temor a su funcionamiento defectuoso se une al hecho de la dependencia externa permanente a la máquina, a los controles y a las personas que tienen a cargo el tratamiento (y por ende su supervivencia). Estos constituyen



aspectos penosos que con angustia o con defensas psicológicas más o menos exitosas configura un campo de sentido signado en mayor o menor medida por la minusvalía, la incertidumbre, la lucha o el desánimo, señales de duelos, hechos en elaboración, detenidos o por hacer.

### ESQUEMA DE VIVENCIAS

	Vivencias de la vitalidad(en relación con el fondo vital)	Vivencias del yo individual(superestructura personal)	Vivencias transitivas(en relación con el mundo)
Vivencias Pulsionales (instintos y tendencias)	Impulso a la actividad Tendencia al goce Libido Impulso vivencia	Instinto de conservación Egoísmo Deseo de poder Necesidad de estimación Afán de venganza Deseo de autoestimación	Hacia el prójimo (convivencia, etc.) Ser para otro (ayudar) Tendencia a crear, saber, amar, y tendencias normativas y trascendentes
Vivencias emocionales (emociones)	Dolor, placer, aburrimiento, saciedad, alegría, pena embeleso, pánico.	Vivencias de conservación individual (susto, ira, temor, confianza) Vivencias de egoísmo(contenido, envidia, triunfo)	Emociones ligadas hacia el prójimo (simpatía, antipatía, burla, estima, etc.) Emociones del ser-para-otro (odio, amor erótico, etc.) Alegría de crear, saber, etc.
Estados vivenciales Permanentes (sentimientos)	Sentimientos vitales (animo, alegre, humor, triste, angustia, éxtasis)	Sentimientos del Yo(sentimientos del propio poder y valer, contento, descontento)	Sentimiento cósmico (optimismo, pesimismo, seriedad, sentimiento nihilista del mundo)

Emociones y sentimientos son ante todos modos de relación; debido a que los contenidos del horizonte objetivo perceptible reciben directamente de nuestra intimidad valores vitales, de significado o de sentido, se produce una particular relación, entre el mundo exterior y nuestro propio ser.

Vale decir que los sentimientos y los movimientos del sentimiento (emociones), no solo descubren el significado y el valor de contenidos concretos del mundo, sino que en ellos también nuestro propio ser experimenta su realización como satisfacción o fracaso. Toda vivencia tiene un sector interno y otro externo.

El sector interno se refiere a que las vivencias del fondo endotímico nos son dadas como procedentes de adentro de una intimidad, como contenidos de un núcleo subjetivo. En cambio el sector externo de la vivencia tiene relación con el mundo o dimensión horizontal; la concientización del mundo y el comportamiento activo transcurren en la periferia de un horizonte que circunda el centro íntimo de la vivencia y representan el sector externo de la misma.

Con respecto a las teorías, de las entrevistas realizadas a los distintos profesionales, deducimos que todos actúan aplicando sus propias teorías, tal vez elaboradas lejos de teorías tradicionales y más sustentadas en el sentido común, además, las mismas no se encuentran escritas, ni siquiera con el fin de unificar criterios.

Como no se han encontrado en bibliografía, teorías que estudien esta problemática, hemos intentado organizar datos y hechos significativos con el objeto de situar y analizar el problema planteado.

Sí hemos encontrado abundante bibliografía complementaria relacionada con los aspectos biológicos y algunos aspectos psicológicos sobre la personalidad del paciente, escaso con respecto al enfoque vivencial de este problema, por lo tanto, nos vemos obligados a buscar metodologías más relacionadas a las experiencias de la persona como son la investigación biográfica y autobiográfica.

También obtuvimos información de Internet con respecto a los trasplantes que nos ofreció lo siguiente:



## Historia y desarrollo de la procuración, trasplante y marco legal

1928			1er trasplante de cornea
1948			1er Trasplante de hueso
1951		1er. Banco Nacional de corneas y vasos	
1957	Ley 17.041	1er. Banco de Tejidos	1er Trasplante de riñón
1977	Ley 21.541	CUCAI: Organismo Nacional de procuración	
1980			1er. Programa de trasplante cardiaco
1987	Ley 23.464	Modificación del criterio de muerte encefálica	
1988			1er. Trasplante hepático
1990	Ley 23.885	INCUCAI: Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante	
1992			1er. Trasplante de pulmón
1993	Ley 24.193	Modelo descentralizado de procuración	1er. Trasplante de páncreas
1999			1er. Trasplante de intestino

La principal característica que tiene el desarrollo de la actividad de trasplante en Argentina es la precocidad con que se inicia esta práctica médica.

En 1928 se realizó el 1er. Trasplante de Córnea, luego en forma prácticamente simultánea con el resto del mundo se lleva a cabo el 1er. Trasplante renal en el ámbito de la UBA- Instituto de Investigaciones Medicas.

A partir de la década del 80 se produce la verdadera expansión de los programas de trasplantes de órganos sólidos (corazón -hígado) y más tarde pulmón y páncreas. Esto claramente influido por la aparición de nuevas drogas

inmunosupresoras que permitieron superar al principal obstáculo en el éxito del trasplante como lo es el rechazo.

Un hecho importante para resaltar es que a lo largo de todo el desarrollo del trasplante, nuestro país se preocupó en tener un marco legal normatizador y regulador de la actividad; la primer Ley de Trasplante sancionada en 1977 situación que la valió a la Argentina un lugar especial dentro de Latino América.<sup>1</sup>

## **TRASPLANTES**

### **Trasplante renal**

Aunque resulte difícil, ante un trasplante renal, sustraerse al pequeño milagro que representa devolver la salud a un enfermo gracias al órgano donado en un supremo acto de generosidad por otra persona desgraciadamente fallecida, lo cierto es que en el mundo se han superado ya los 100.000 trasplantes renales.

Se trata por tanto de una terapéutica cada día mas extendida y que lo va a ser mucho más en los próximos años.

El trasplante renal es un tratamiento muy generalizado para enfermos con insuficiencia renal terminal. Desde la Navidad de 1952, cuando un grupo francés realiza con éxito el primer trasplante renal en humanos, hasta nuestros días, los resultados han mejorado hasta índices que hace solo unos años eran un sueño. Los episodios de rechazo agudo son menos frecuentes y severos, las complicaciones van disminuyendo y no es impensable que, en un futuro no lejano, se puedan conseguir estados de inmunotolerancia en los que no haya rechazo.

---

<sup>1</sup> INCUCAL, "Procuración Renal en la República Argentina", BUENOS AIRES. 1991,1992,1993.

Históricamente el trasplante de donante vivo supuso algo muy importante para el desarrollo del trasplante renal, su indicación se basaba en resultados significativamente mejores que los obtenidos con los de cadáver; pero hoy, con ciclosporina, los resultados del trasplante de cadáver han mejorado de forma tan espectacular, que el trasplante de donante vivo solo se justifica por la ausencia de donaciones.

### **Concepto de insuficiencia renal**

Decimos que un órgano es insuficiente cuando no es capaz de realizar correctamente la función que tiene asignada. El riñón desempeña tres funciones que son necesarias para el mantenimiento de la vida.

La primera de ellas es la eliminación de los productos finales del metabolismo. Dicho de otra manera, de las toxinas o detritus resultantes del trabajo del cuerpo humano.

La segunda función del riñón es mantener constante la composición del líquido que rodea nuestras células, líquido extracelular, tanto en la cantidad de agua como en la de las sales minerales que van disueltas, y que deben mantenerse dentro de determinados límites.

De esta manera se puede obtener el equilibrio necesario entre el interior y el exterior de las células para su correcto funcionamiento. La importancia del agua en nuestro organismo deriva de su notable presencia en la composición del cuerpo humano: un 70% de nuestro cuerpo es agua, la mitad de ella está en el interior de las células.

La tercera función del riñón es actuar como un órgano endocrino formador de hormonas. Las hormonas son sustancias que, producidas por un órgano del cuerpo, son transportadas por la sangre para llegar a otro órgano donde ejercen su función.



El riñón es el lugar de producción de hormonas como la eritropoyetina, la vitamina D y la renina. La eritropoyetina va a llevar a la médula de los huesos el mensaje para la formación de glóbulos rojos. La vitamina D es necesaria para la absorción del calcio a nivel del tubo digestivo y la mineralizaron de nuestro esqueleto. La renina interviene en la regulación de la tensión arterial.

### **Riñón Institucional**

El riñón institucional significa que la institución que procura órganos en el caso particular de órganos pares como el riñón, se reserva el derecho de implantar uno de los órganos a uno de los pacientes en la lista de espera de la institución.

Las normativas no diferencian entre instituciones públicas o privadas, es decir que se da el mismo derecho a cualquier institución.

Los argumentos a favor de esta distribución son varios y se fundan principalmente en el hecho de que hay instituciones que desean o necesitan trasplantar a sus pacientes por diferentes razones: humanitarias, éticas, científicas, económicas, etc. y por lo tanto se interesan en procuración; los argumentos en contra pretenden soslayar el problema económico y padecen especialmente razones de derechos constitucionales y resultados científicos pero es fundamental del problema que proviene del sector público, y el sector privado, que debería proveer de órganos a sus pacientes privados, se interesa escasamente por la procuración.

El objeto de esta presentación es analizar cada uno de los argumentos a favor y en contra de este tipo de distribución.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> INCAIMEN: "Trasplante renal". Mendoza. Año 2000.



### **CUIDADOS DE ENFERMERIA<sup>3</sup>**

Los profesionales de enfermería intervienen en el post-trasplantado brindándole información para el cuidado de la cirugía y el adecuado tratamiento.

Una vez que la cirugía ha terminado el paciente es llevado a la Sala de Cuidados especiales (por 24-48 horas) si no ocurren eventos inesperados, donde se evalúan el funcionamiento del nuevo riñón y se inician los medicamentos inmunosupresores para evitar el rechazo. Si todo ocurre como se ha planeado, usualmente el paciente es dado del alta del Hospital en 4-6 semanas después de la cirugía y retornará a sus actividades habituales en 6 semanas más.

#### **Sobre los cuidados que debe tener en cuenta luego del Trasplante, el paciente:**

El paciente debe ser muy estricto tanto en la asistencia a los controles como en tomar la medicación que le ha sido indicada al salir del hospital.

Debe estar atento con los medicamentos inmunosupresores que son los esteroides y la ciclosporina, ya que en caso de que ocurra un rechazo, la severidad de este puede dañar permanentemente el riñón trasplantado.

Adicional a esto algunos pacientes tienen que tomar otros medicamentos para prevenir que se desarrollen infecciones bacterianas, virales o por hongos.

#### **Consejos Prácticos:**

- No suspenda los medicamentos inmunosupresores como la Ciclosporina y los Esteroides que le ha formulado su médico de Trasplantes, ya que si lo hace puede precipitar un rechazo del riñón Trasplantado.

---

<sup>3</sup> HOSPITAL REINA SOFIA: "Manual de enfermería". Madrid, España. 2002.

- En caso de fiebre o algún síntoma anormal, consulte de inmediato, ya que las infecciones en los pacientes trasplantados se presentan en forma de enmascarada y pueden no ser evidentes.
- Los pacientes trasplantados deben mantener un control óptimo de su diabetes como de la Hipertensión Arterial para asegurar que la duración del trasplante no se vea reducida.

### **Complicaciones:**

#### *Posibles problemas:*

1. Infección: causa principal de muerte después de un trasplante.
2. Insuficiencia del injerto renal y rechazo. Excepto cuando el donador es un gemelo, las defensas inmunitarias del receptor tienden a rechazar (y destruir) una sustancia extraña, por ejemplo, un injerto renal.
3. Posibilidad de recurrencia de la enfermedad original en el injerto (Ej.: glomérulo nefritis rápidamente progresiva.)
4. Muerte por complicaciones.

#### *Intervenciones de Enfermería en el postoperatorio:*

##### **A. Vigilancia de la amenaza de rechazo.**

1. Vigilar los signos de rechazo: agrandamientos progresivos, dolor e hipersensibilidad del injerto, hipertensión arterial, disminución del volumen de orina, aumento de la cretina en suero, aumento de peso, aprehensión y fiebre.
2. El rechazo agudo es frecuente y por lo general reversible; a menudo se presenta en las primeras semanas o meses después del trasplante.
3. Si el rechazo es inevitable o se necesita una inmunosupresión excesiva, se extirpa el riñón trasplantado.
4. El paciente se coloca nuevamente en diálisis de sostén, requerirá comprensión y apoyo emocional.
5. Ayudarse con diversos sistemas de prueba usados para vigilar el estado inmunitario del receptor del injerto, la vigilancia del daño tisular puede predecir un episodio del rechazo.
6. Dar las combinaciones prescritas de inmunosupresores, se dan azatioprina, corticosteroides, ciclosporina e irradiación total del sistema linfático.
7. Tener cuidado con las complicaciones de los inmunosupresores, infección o control incompleto del rechazo.

##### **B. Prevención de infecciones**

1. Vigilar y proteger al paciente contra infecciones, los receptores de riñones son sensibles a cicatrización defectuosa e infecciones por el tratamiento



inmunosupresor, que elimina la respuesta inmunitaria y a complicaciones de insuficiencia renal.

2. La infección puede ocultarse o confundirse con los síntomas de rechazo, ya que el deterioro de la función renal y la fiebre ocurren ambos problemas.
3. Los inmunosupresores toman al receptor del trasplante más vulnerable a infecciones, permitiendo las infecciones oportunistas (por hongos, virus y bacterias).
4. Aislar al enfermo para protección según se requiera; los miembros del equipo para la salud y los familiares deben utilizar mascarillas hasta que se disminuyan las dosis de inmunosupresores.
5. Cuidados asépticos de las heridas y sitios de punción (línea CVP, IV, sitios de drenaje, etc.)
6. La cicatrización de la herida puede retardarse por los efectos de la enfermedad renal y los inmunosupresores.
7. Cambiar los apósitos rápidamente si hay drenaje; este es un medio de cultivo excelente para bacterias.
8. Hacer pruebas bacteriológicas en la orina y todas las heridas que existan; las puntas de las sondas y drenajes se cultivan al quitarse.}
9. Antes de extraer la sonda, desinfectar la piel alrededor del sitio de entrada (o del drenaje)
10. Usando técnica aséptica, cortar la punta de la sonda o del drenaje y colocarlos en un recipiente estéril para cultivo en el laboratorio.
11. Vigilar el acceso vascular a la hemodiálisis para asegurar supermeabilidad y buscar pruebas de infección.
12. Dar enjuagues bucales de micostatin, para evitar la candidiasis de las mucosas (hay colonias de hongos secundarias a la administración de esteroides y antibióticos).
13. Higiene regular de la piel.

### **C. Conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos.**

Después de un trasplante renal suele ocurrir lo siguiente:

1. Algunos riñones de donadores funcionan inmediatamente después del injerto.
  - a) Pueden producir grandes cantidades de orina diluida, debido en parte a disfunción tubular o sobrehidratación, que se encuentra en algunos pacientes con diálisis.
  - b) Los riñones de cadáveres pueden sufrir necrosis tubular (por el periodo de isquemia después de la muerte del donador) y no funcionar hasta dos a tres semanas después. Esto es frecuente en el postoperatorio inmediato. Restringir la ingestión de líquidos, por lo general a unos 600 ml/24 horas, mas la cantidad de líquidos que se pierda por el drenaje, etc.
  - c) El riñón puede producir cantidades de orina que varían desde los grandes volúmenes hasta la anuria total.



2. Vigilar la presión venosa central, el ECG y la temperatura de la piel con frecuencia para prevenir depleción oculta del volumen de sangre y desequilibrio de electrolitos.
  - a) Observar la CPV y anotarla cada hora o con mayor frecuencia según sea necesario.
  - b) Evitar el uso de la extremidad de acceso a la diálisis para inyecciones intravenosas, vigilancia intraarterial o restricciones.
3. Vigilar la diuresis por la sonda permanente que se ha conectado a un sistema de drenaje cerrado.
  - a) Medir la orina cada 30 minutos a una hora.
  - b) Irrigar la sonda solo cuando se indique.
  - c) Palpar la vejiga para descubrir si hay distensión.
  - d) Indicar al paciente que orine con frecuencia una vez que se quita la sonda para evitar tensiones en el cierre vesical.
4. Vigilar los electrolitos séricos y urinarios para determinar el equilibrio clínico del enfermo.
  - a) Anticipar el ajuste de la restitución de líquidos.
  - b) Dar líquidos IV según el volumen de orina y los valores de los electrolitos séricos, se miden la química serica y de la orina a intervalos específicos.
  - c) Notificar de inmediato al medico si hay arritmias u otros síntomas cardiacos.
5. Prepararse para hemodiálisis en el postoperatorio en tanto funcione bien el riñón trasplantado.

#### **D. Prevención de complicaciones**

1. Insuficiencia renal aguda, por isquemia, trombosis de la arteria renal, rechazo hiperagudo.
2. Complicaciones gastrointestinales.
  - a) Úlcera y hemorragia gastrointestinales, perforación, septicemia.
    - (a) Los esteroides ocultan los síntomas de úlcera.
    - (b) La mortalidad de hemorragia GL es alta.
    - (c) Dar antiácidos con frecuencia en la forma indicada hasta que se disminuyan las dosis de esteroides, para proteger contra la úlcera gastrointestinal.
  - b) Presencia de colonias de hongos en el aparato digestivo, secundaria a la administración de esteroides y antibióticos.
  - c) Impactación fecal: la motilidad del colon puede disminuir por efecto de los esteroides.
3. Otras complicaciones, algunas pueden ser causa de muerte.

Infección , diabetes , hemorragia GL , trombosis , osteoporosis , psicosis , trastornos del metabolismo del calcio , facies cushingoide , glaucoma , y acné , por administración prolongada de esteroides.

Depresión de la médula ósea, por el tratamiento inmunosupresor.  
Complicaciones vasculares, hemorragia y trombosis.  
Uréter injertado, estenosis, fístula (también de la vejiga).  
Hepatitis viral; insuficiencia hepática.  
Hipertensión, por estenosis o por enfermedad vascular renal.  
Complicaciones cardiovasculares: infarto del miocardio, accidente vascular cerebral.  
Complicaciones óseas: necrosis aséptica debida a hipertiroidismo secundario.  
Suicidio.  
Cáncer: quienes reciben tratamiento inmunosupresor a largo plazo desarrollan cáncer con más frecuencia que la población general.

## **EDUCACION PARA LA SALUD**

El periodo de hospitalización en un trasplante renal puede ser prolongado.  
El paciente recibe instrucciones individualizadas sobre lo siguiente:

Dieta.

Medicamentos (fármacos inmunosupresores, antiácidos, vitaminas, hierro).

Líquidos.

Peso diario.

Medición diaria de la orina.

Atención cuidadosa de la ingestión y la eliminación.

Examen de heces para buscar sangre oculta dos veces por semana.

Prevención de infecciones.

Reanudación de actividades, ejercicio.

Indicar al paciente que informe de inmediato al médico si ocurre algo de lo siguiente:

Disminución de la diuresis.

Aumento de peso (el edema registrable significa exceso de líquido).

Malestar.

Fiebre.

Tumefacción e hipersensibilidad del injerto.

Cambios en la presión arterial.

Dificultad respiratoria.

Ansiedad, depresión, cambios en los modelos de alimentación, ingestión de líquidos u otros hábitos.

Advertir al paciente que evite deportes de contacto enérgicos después de la cirugía.

El enfermo debe saber que después del trasplante necesita cuidados de vigilancia toda la vida.

Animar al sujeto a participar activamente en un grupo de autoayuda renal.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> LILIAN BRUNNER "Manual de la Enfermera", pag.595. Tomo 2. Editorial Panamericana. Buenos Aires-México, 1996.



## **Equipo de salud en el trasplantado**

### **Area Asistencia Social**

Tiene a su cargo el otorgamiento de subsidios, solo para personas que carezcan de recursos o cobertura médica asistencial y necesiten ser trasplantados o estudios para un posterior trasplante.

Solo es absorbido por el INCAIMEN todo paciente hospitalizado carenciado, sin ningún tipo de pensión social que lo apoye.

Se halla a cargo de los trabajadores sociales del INCAIMEN que colaboran con el paciente en el trámite de jubilaciones y pensiones por incapacidad y/otras coberturas.

Se encargan de conseguir subsidios para pasajes, alojamientos, alimentos, etc.

### **Area Psicológica**

Las actividades que se realizan en el área Psicológica son diversas y están destinadas a estudiar y comprender la situación de los pacientes que van a ser sometidos a trasplante o que ya fueron trasplantados.

Por todos estos motivos se realiza apoyo psicológico para:

Movilizar los recursos emocionales para adaptarse al trasplante.

Intentar reducir las fantasías que se gestan en torno a todo trasplante.

Lograr que el paciente pueda hacer mejor uso de sus defensas psíquicas para enfrentar más adecuadamente el trasplante y los tratamientos.

Contención del paciente y grupo familiar antes y después del trasplante.

Psicoterapia grupal con pacientes que se encuentran en lista de espera.

Se efectúa sicodiagnostico para conocer más profundamente la personalidad del paciente.

Sicoterapia a la familia para poder elaborar la pérdida de un miembro de la familia, luego de ser trasplantado o que falleció en lista de espera.



## LEY 24.193

### TERMINOLOGIA

Es preciso, antes de entrar en el estudio de nuestra Ley de Trasplantes, aclarar la terminología utilizada en ella, como así también las que emplean los autores y la jurisprudencia. En diferentes artículos de la Ley 24.193 se utilizan los vocablos:

**Ablación:** ( art. 1; 2; 13; 14; 15; 16; 17; 19; 21; 22; 24; 25; 27; 44 incs.a), k), o) y u); 56; 60; y 62). Femenino; del latín ablatio. Según el Diccionario de la Real Academia Española. La acción y efecto de cortar, separar, quitar y también la separación o extirpación de cualquier parte del cuerpo.

**Ablacionar:** (art. 18). Este término no figura en el Diccionario citado, los doctrinarios creen que ha sido mal empleada esta terminología y además agregan que debería cambiarse. Por consiguiente, ellos estiman que lo correcto es hablar de ablación, cada vez que sé este expresando la acción y el efecto de extraer una o más partes de un cuerpo.

**Implante:** Implantar, es plantar, encajar, injertar, o bien colocar en el cuerpo algún aparato o sustituto de órgano que ayude a su funcionamiento.

**Implantados:**(Art. 18 y 19)

**Implantación:** (Art. 1; 2; 15; 19 y 44 inc.a) Es la acción y efecto de implantar y fisiológicamente, es la fijación o inserción o injerto de un tejido u órgano en otro.

**Trasplante:** (arts.3; 13; 14; 15; 18; 42; 44 inc.a); 46inc.2) y 51). Es la acción y efecto de trasplantar o trasplantarse. Trasplantar ( de tras, por traes, de una parte de otra y plantar) es en el uso corriente “ trasladar plantas del sitio en que están arraigadas y plantarlas en otro “ , y en el medico , es , “ insertar en un cuerpo humano o de un animal un órgano sano parte de el , precedentes de un individuo de la misma o distinta especie , para sustituir a un órgano enfermo parte de el . Trasplante en otros idiomas: greffe (francés); trasplant, transplantation (ingles); trapiantamiento (italiano); trasplante (portugués).

Trasplante también significa: “al injerto de tejidos tomados del mismo cuerpo o de otro “. A los fines de la ley de Trasplantes de órganos y material anatómico humano, el trasplante es la ablación de órganos y material anatómico para la implantación de los mismos de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos. Art. 1º, párrafo1º, Ley 24.193.

Trasplante es además un Procedimiento por el o cual se implanta un órgano o tejido procedente de un donante a un receptor.

Existen dos grandes grupos : los trasplantes de órganos ( riñón , hígado , pulmones , páncreas , cornea , corazón , hueso, tubo digestivo , etc.) y los de tejidos (medula ósea , células endocrinas).

Mientras que los primeros precisan de intervenciones quirúrgicas complejas,

procediéndose a los empalmes vasculares y de conductos excretores entre otras estructuras, en los de tejidos el procedimiento es simple, inyectándose las células suspendidas (en el de medula ósea, se inyectan en el torrente sanguíneo dejando que estas implantes en sus lugares de destino.

Material anatómico: a pesar de que no se encuentra en los diccionarios, es un conjunto de sustancias que forman el cuerpo humano. Material anatómico sería en sentido amplio el hígado, aunque en el lenguaje médico se lo denomina "órgano"

---

<sup>5</sup> Legislación Nacional: Párrafos Ley 24.193.-

## **DISEÑO METODOLOGICO**

Tipo de Estudio: cuantitativo –transversal – descriptivo

Área de estudio: Servicio de Hemodiálisis , 2º piso, Hospital Central, Mendoza.

Población: Todos los pacientes en tratamiento de hemodiálisis con insuficiencia renal crónica a la espera de un trasplante renal.

Muestra: se ejecutara un muestro intencional, no aleatorio. Se seleccionan el total de los pacientes (29)

Unidad de análisis: Pacientes en tratamiento de hemodiálisis con insuficiencia renal crónica a la espera de trasplante.

Técnica de recolección de datos: será la entrevista personal a cada uno de los pacientes y su familia.

Instrumento: encuesta estructurada sobre las variables de estudio.

Fuentes de datos; dados por los pacientes involucrados como objeto de estudio.

## **RECOLECCION , TABULACION Y ANALISIS DE DATOS**

Recolección de datos: comenzó a realizarse el primer día hasta el 31 del mes de mayo del año 2005.

Toda la información recolectada será ordenada en una matriz de datos.

Se tabularan y presentaran los datos en tablas de doble entrada invariadas y divariadas y se representaran en gráficos de torta y barras.

Análisis de datos: será invariados y divariados de manera de interpretar las variables de estudio en la realidad para formar o no un hipótesis de trabajo y brindar respuestas a la pregunta que da origen al presente estudio de investigación.





	<p>c)- ¿Lo visitan con frecuencia?  d)- ¿Están resentidos o molestos por su situación de salud?  e)- ¿Se considera abandonado por su familia?</p>
<p>¿El personal de Enfermería le brinda la información necesaria con respecto a su futuro, luego del transplante?</p>	
<p>¿De qué otro integrante del equipo de salud, recibe información sobre su futuro transplante?.</p>	
<p>Referente a la información que recibe del equipo de salud ¿se encuentran temas referidos al autocuidado luego del transplante?</p>	<p>Siempre  A veces  Nunca</p>
<p>¿En qué consiste esa información?</p>	<p>Medico  Nutricionista  Asistente Social  Nadie</p>
	<p>Siempre  A veces  Nunca</p>
<p>¿Cuánto tiempo cree ud. que pasará para que sea transplantado?.</p>	<p>a)- EFECTOS DE LA MEDICACION  SI NO  b)- CUIDADO SOBRE INFECCIONES  SI NO  c)- CUIDADO DE LA HIGIENE PERSONAL.  SI NO  d)- CONTROLES A REALIZAR.  SI NO  e)- DIETA Y ALIMENTACION  SI NO  f)- SIGNOS DE ALARMA  SI NO</p>
<p>Esta situación le provoca:</p>	
<p>¿Desde lo económico considera que tendrá dificultades para cumplir con el tratamiento de post-transplantado?.</p>	<p>1 año  2 años</p>

	<p>3 años  más de 4 años  Nunca</p> <p>Mucha Poca Nada</p> <p>Ansiedad/Angustia  Temor  Esperanza</p> <p>Muchas Ninguna Pocas</p>
--	---



## **ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

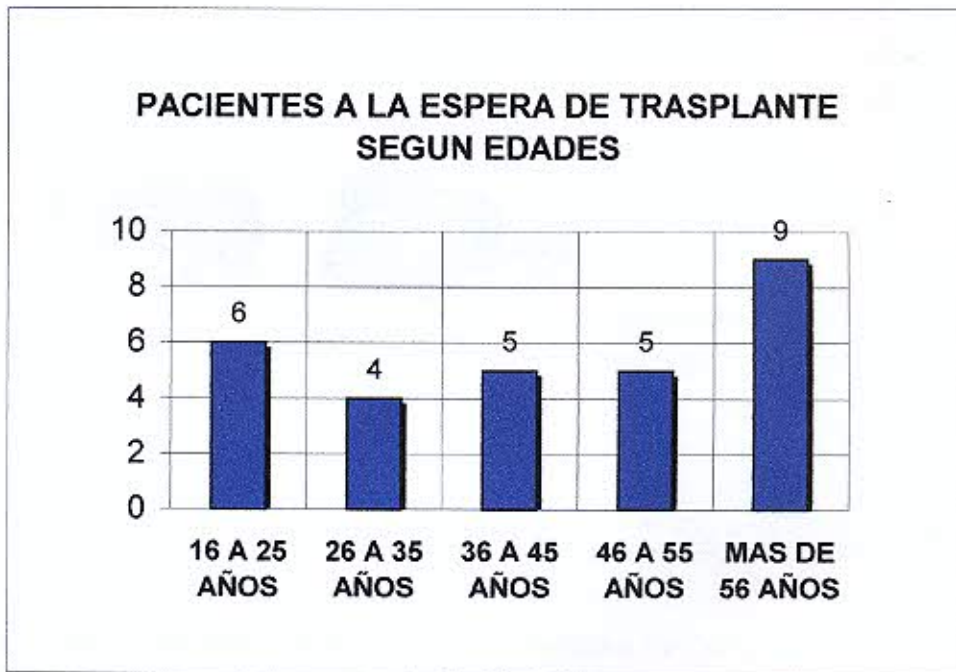
**TITULO:**

Pacientes a la espera de trasplante según edad.

EDAD EN AÑOS	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
16 A 25 AÑOS	6	21%
26 A 35 AÑOS	4	14%
36 A 45 AÑOS	5	17%
46 A 55 AÑOS	5	17%
MAS DE 56 AÑOS	9	40%
TOTALES	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRÁFICO N° 1**



COMENTARIO: de acuerdo a los datos extraídos podemos observar que existe un alto porcentaje de pacientes que superan los 56 años y la franja que le sigue es la de los pacientes de 16 a 25 años que es la de adolescentes jóvenes.

**TABLA N° 2**

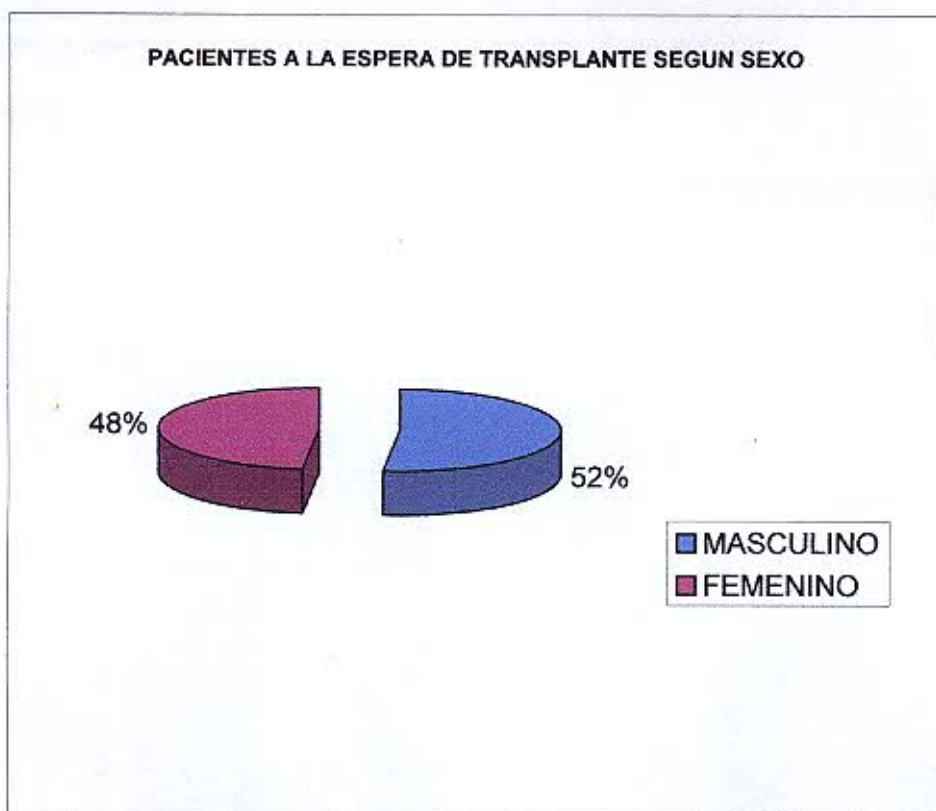
**TITULO:**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN SEXO**

SEXO	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec relativa
MASCULINO	15	52%
FEMENINO	14	48%
TOTAL	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 2**



COMENTARIO: estos datos nos indican que hay porcentajes muy similares y que las enfermedades renales afectarían a ambos sexos por igual.



**TABLA Nº 3**

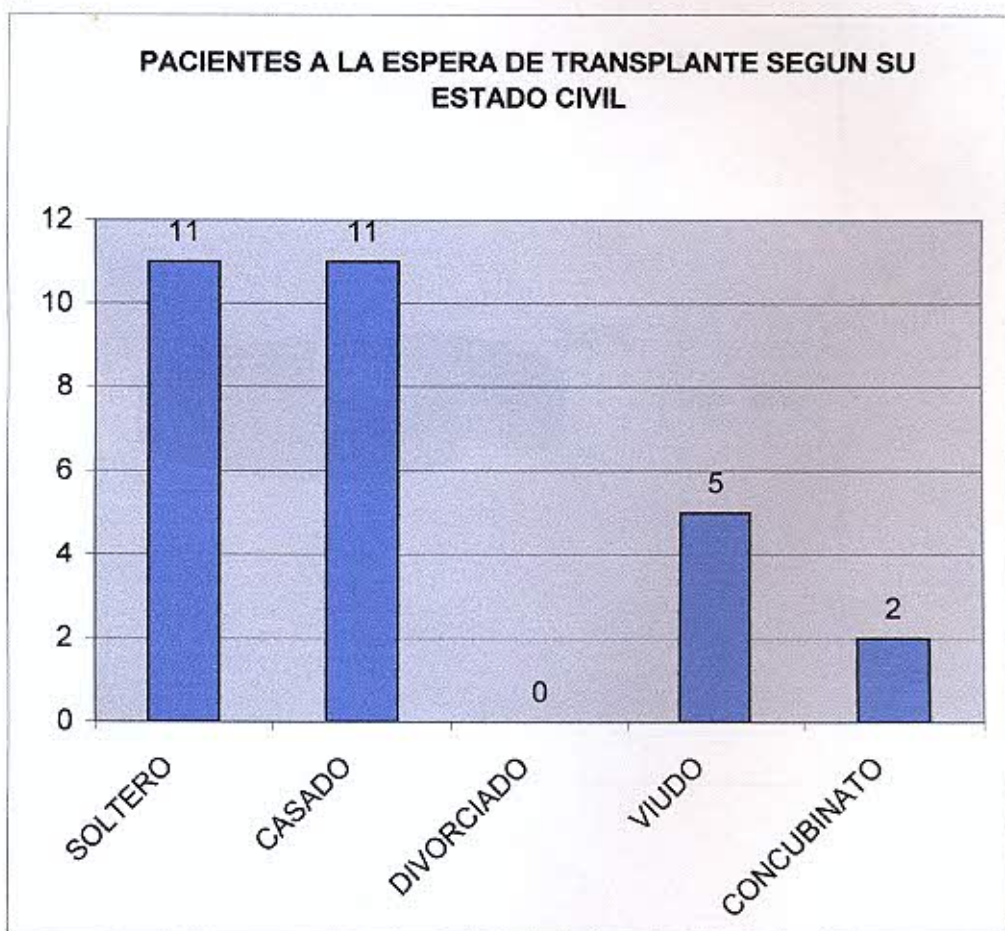
**TITULO:**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	Numero de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
SOLTERO	11	38%
CASADO	11	38%
DIVORCIADO	0	0%
VIUDO	5	17%
CONCUBINATO	2	7%
TOTAL	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO Nº 3**



COMENTARIO: El estado civil de los pacientes es en igual porcentaje de solteros y casados casados en un porcentaje menor los viudos y los que estan en concubinato.

**TABLA Nº 4**

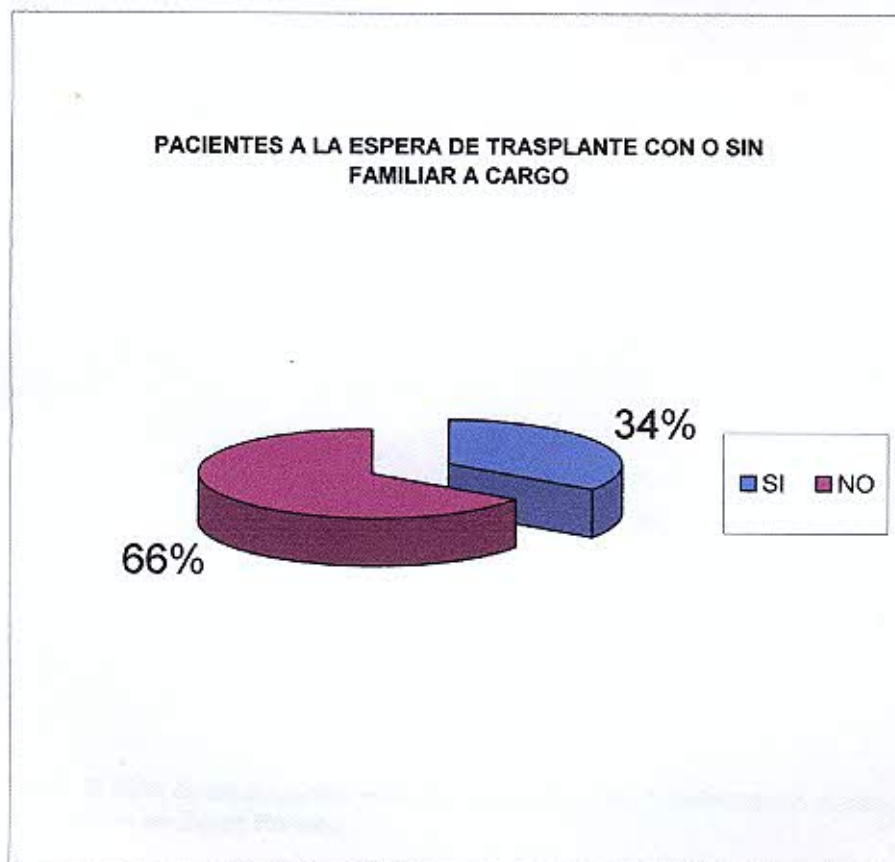
**TITULO:**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE CON O SIN FAMILIAR A CARGO.**

FAMILIAR A CARGO	Número de pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
SI	10	34%
NO	19	66%
TOTALES	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio de hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO Nº 4**



COMENTARIOS: Los gráficos y sus valores nos muestran un mayor porcentaje de pacientes que no tienen un familiar a cargo, ya sea por vivir solos o por depender ellos de algún familiar. El 66 % depende de algún familiar y el 34% restante no.

**TABLA Nº 5**

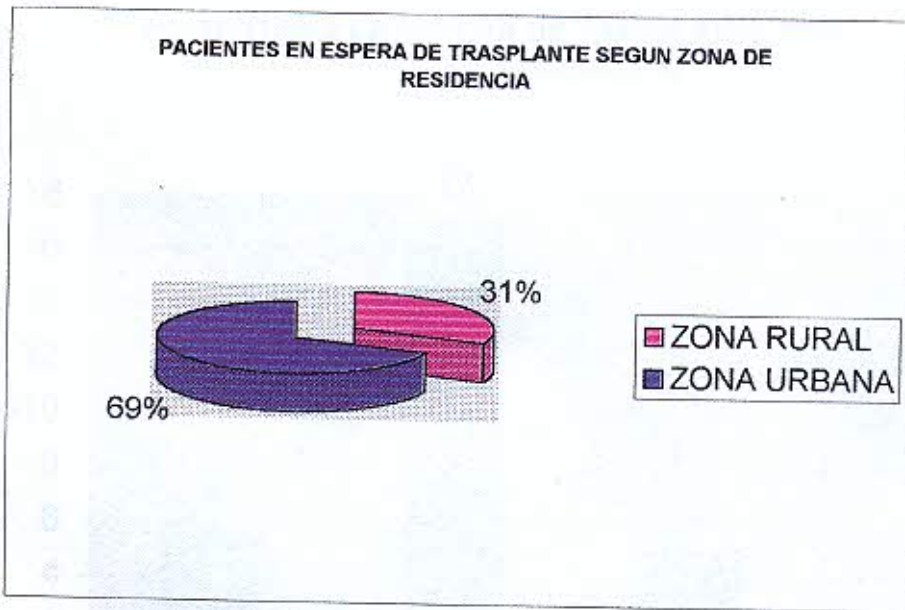
**TITULO:**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRASPLANTE SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA**

ZONA DE RESIDENCIA	Número de pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
ZONA RURAL	9	31%
ZONA URBANA	20	69%
TOTALES	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO Nº 5**



COMENTARIOS: El 69% de los pacientes viven en Zonas Urbanas, mientras tanto, el otro 31 % de los restantes residen en Zonas Rurales.



**TABLA N° 6**

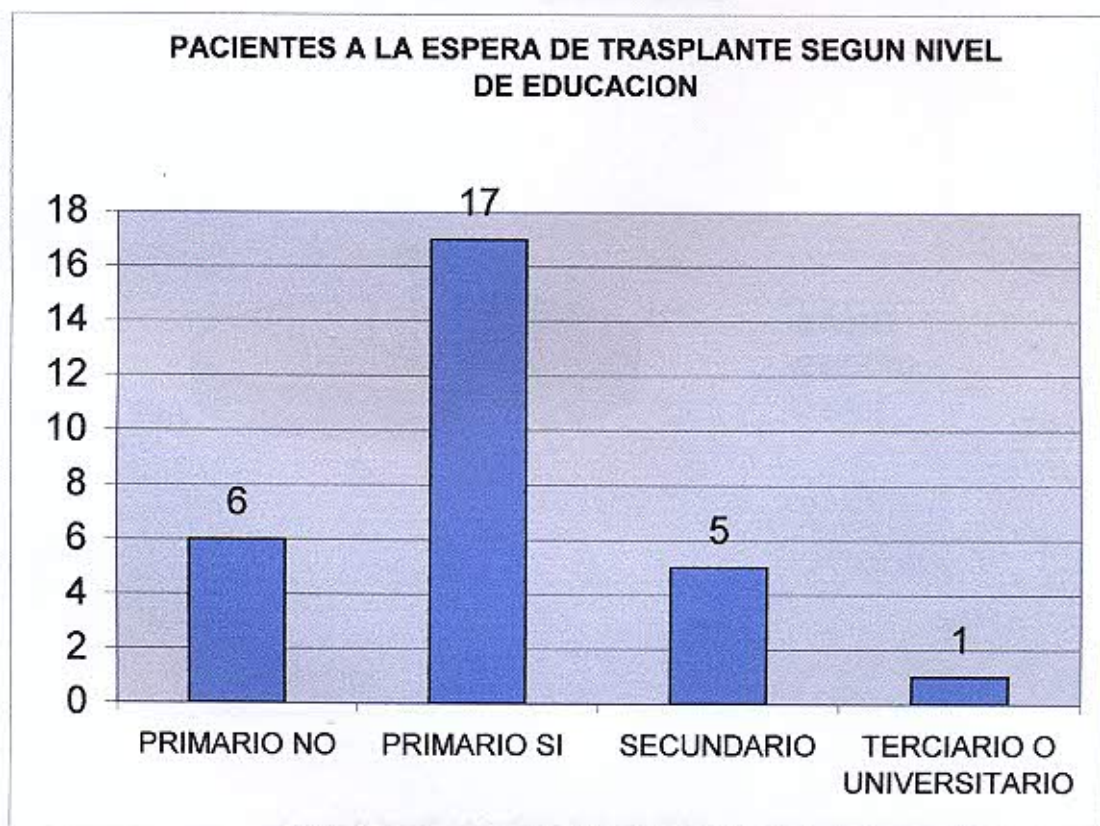
**TITULO:**

**TITULO: PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN NIVEL DE EDUCACION**

NIVEL DE EDUCACION	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
PRIMARIO NO	6	21%
PRIMARIO SI	17	59%
SECUNDARIO	5	17%
TERCIARIO O UNIVE	1	3%
TOTALES	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos sde encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 6**



COMENTARIOS: El nivel de educacion de estos pacientes, nos indica que el 59% tiene estudios primarios completos el 21% no tiene ni primario, el 17 % tiene secundario y el 3% nivel terciario.

**TABLA N° 7**

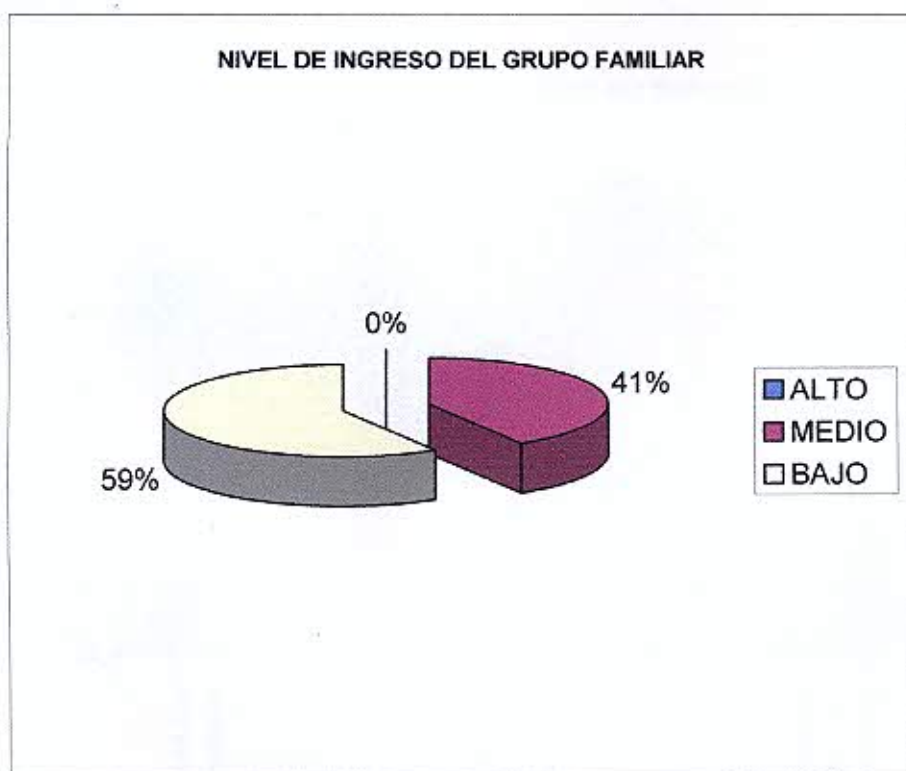
**TITULO:**

**PACIENTE A LA ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL SEGÚN EL NIVEL DE INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR.**

NIVEL DE INGRESO DEL	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
ALTO	0	0
MEDIO	12	41%
BAJO	17	59%
TOTALES	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 7**



COMENTARIO: el nivel de ingreso familiar indica que el 59% de los pacientes tienen un bajo ingreso el 41% tiene un ingreso familiar medio y ninguno de los paciente manifiesta ingreso familiar alto.



**TABLA N° 8**

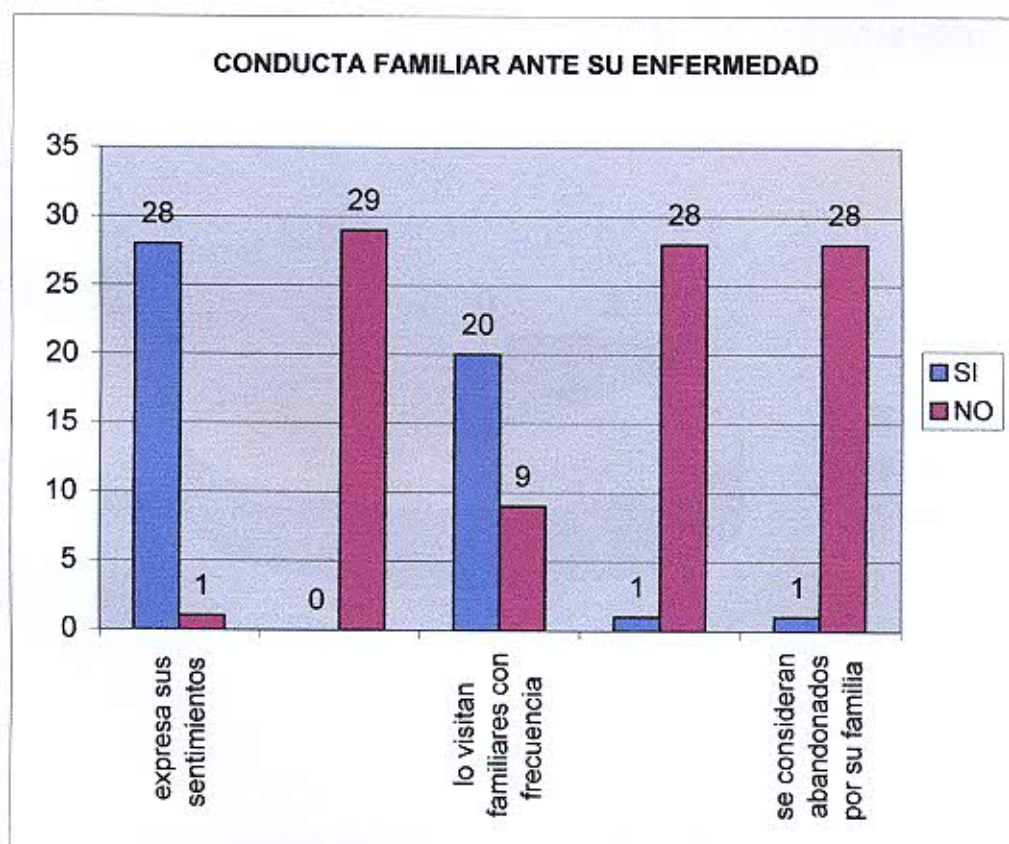
**TITULO:**

**PACIENTE A LA ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL SEGÚN SUS CREENCIAS SOBRE CONDUCTA FAMILIAR ANTE SU ENFERMEDAD**

Conducta familiar ante su enfermedad	Frecuencia Absoluta			Frecuencia Relativa		
	SI	NO	Totales	SI	NO	totales
expresa sus sentimientos	28	1	29	97%	3%	100%
niegan la situación en que se encuentran	0	29	29	0%	100%	100%
lo visitan familiares con frecuencia	20	9	29	69%	31%	100%
están recientidos o molestos por su situación de	1	28	29	3%	97%	100%
se consideran abandonados por su familia	1	28	29	3%	97%	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos sde encuestas realizadas en el servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 8**



Comentario: el 97% de los familiares de los pacintes, expresan sus sentimientos con respecto al estado de salud, ninguno de ellos niegan la situación en la que se encuentran al 69% lo visitan familiares.



**TABLA N° 9**

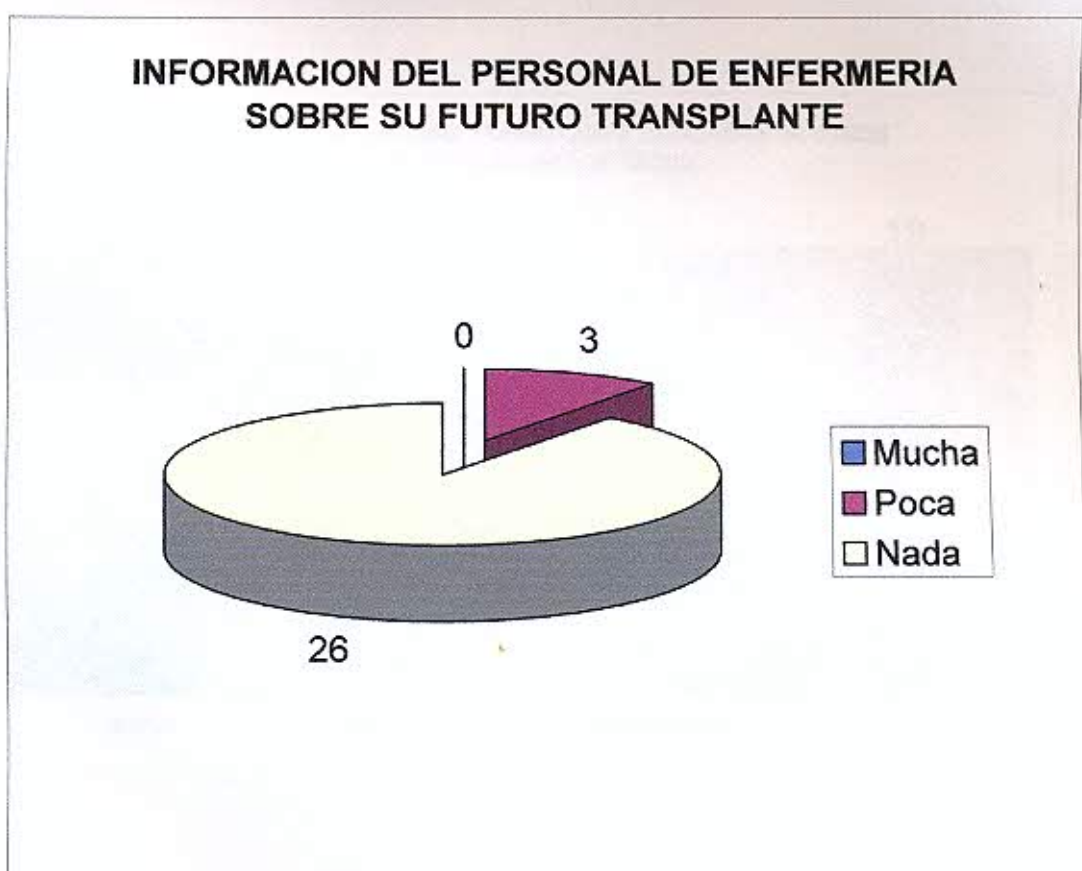
**TITULO:**

**PACIENTE A LA ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL SEGÚN INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE SU FUTURO TRANSPLANTE**

Informacion del personal de enfermeria sobre su futuro	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
Mucha	0	0%
Poca	3	10%
Nada	26	90%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos sde encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 9**



COMENTARIO: de acuerdo a los datos arrojados por las encuestas, observamos que el 90% de los pacientes no reciben informacion por parte del personal de enfermeria, y el 10% restante manifiesta sí recibirla.

**TABLA N° 10**

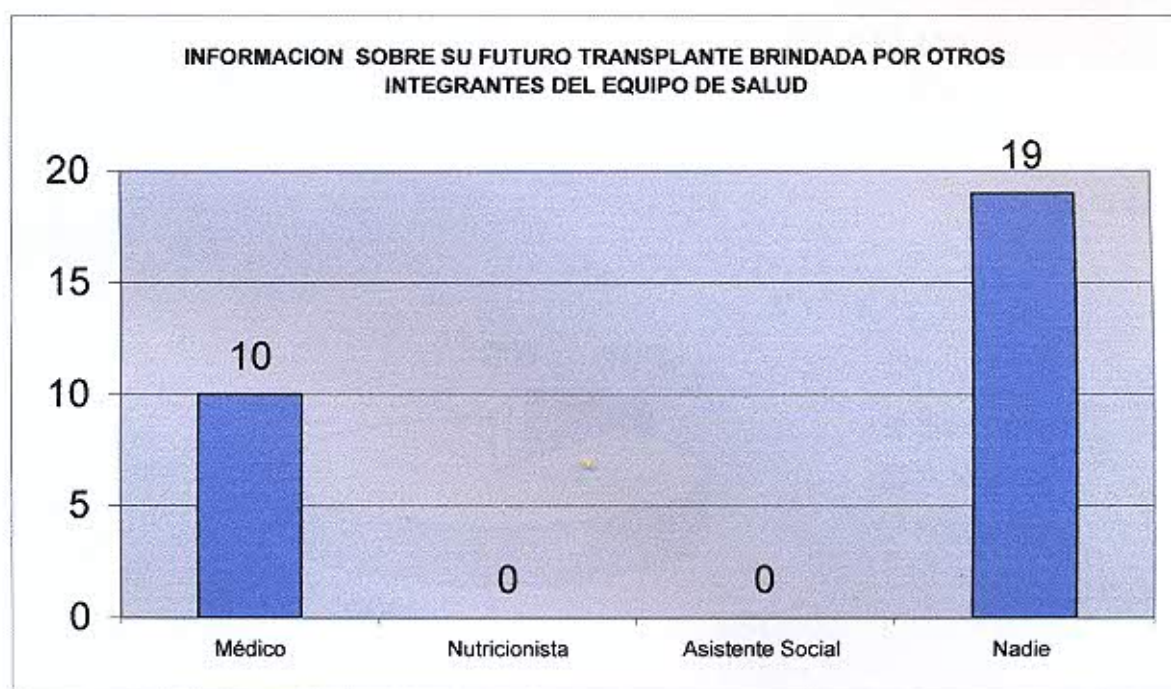
**TITULO:**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRASPLANTE SEGÚN INFORMACION BRINDADA POR OTROS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD**

Otros integrantes del equipo de salud que brindan	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
Médico	10	34%
Nutricionista	0	0%
Asistente Social	0	0%
Nadie	19	66%
Totales	29	100%

**FUENTE:** Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 10**



**COMENTARIO:** Los pacientes manifiestan en las encuestas que al 66% nadie les brinda ningún tipo de información sobre su futuro trasplante y que el 34% recibe información por parte del médico.

**TABLA N° 11**

**TITULO:**

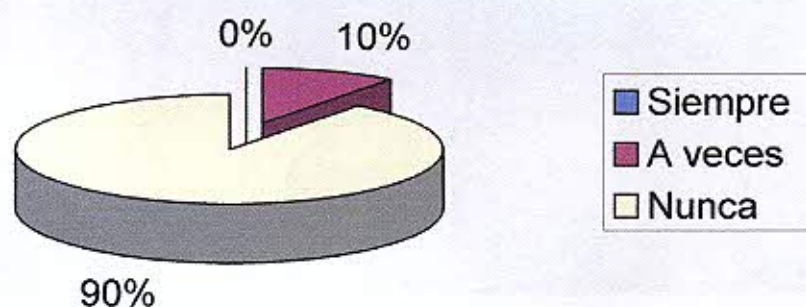
**PACIENTE A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN INFORMACION RECIBIDA DEL EQUIPO DE SALUD, CON RESPECTO AL AUTOCUIDADO POST-TRANSPLANTE.**

Información del equipo de salud referente al	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
Siempre	0	0%
A veces	3	10%
Nunca	26	90%
Totales	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 11**

**INFORMACION DEL EQUIPO DE SALUD REFERENTE AL AUTOCUIDADO POST-TRANSPLANTE**



COMENTARIO: el 90% de los pacientes no reciben información sobre el autocuidado post-transplante y solo el 10% a veces ha recibido alguna información



**TABLA N° 12**

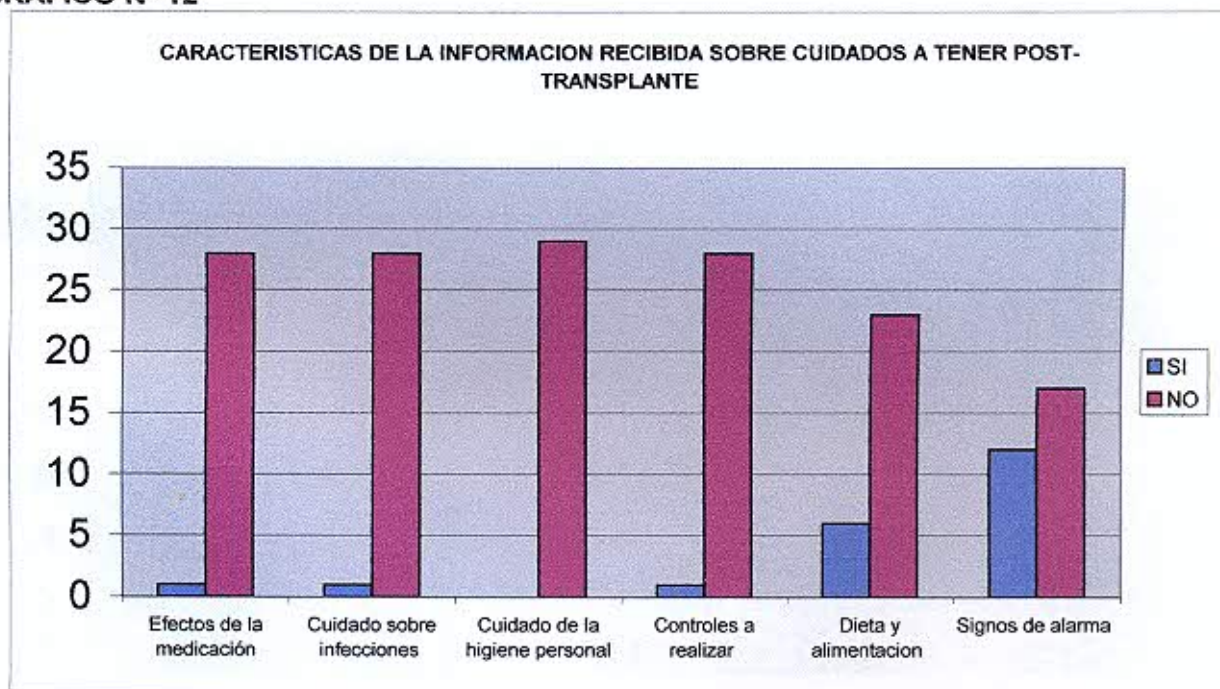
**TITULO:**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACION RECIBIDA SOBRE CUIDADOS A TENER EN CUENTA POST-TRANSPLANTE.**

Características de la información	Número de Pacientes					totales
	Frec. Absoluta			Frec. Relativa		
	SI	NO	totales	SI	NO	
Efectos de la medicación	1	28	29	3%	97%	100%
Cuidado sobre infecciones	1	28	29	3%	97%	100%
Cuidado de la higiene personal	0	29	29	0	100%	100%
Controles a realizar	1	28	29	3%	97%	100%
Dieta y alimentacion	6	23	29	21%	79%	100%
Signos de alarma	12	17	29	41%	59%	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos sde encuestas realizadas en el Servicio de hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 12**



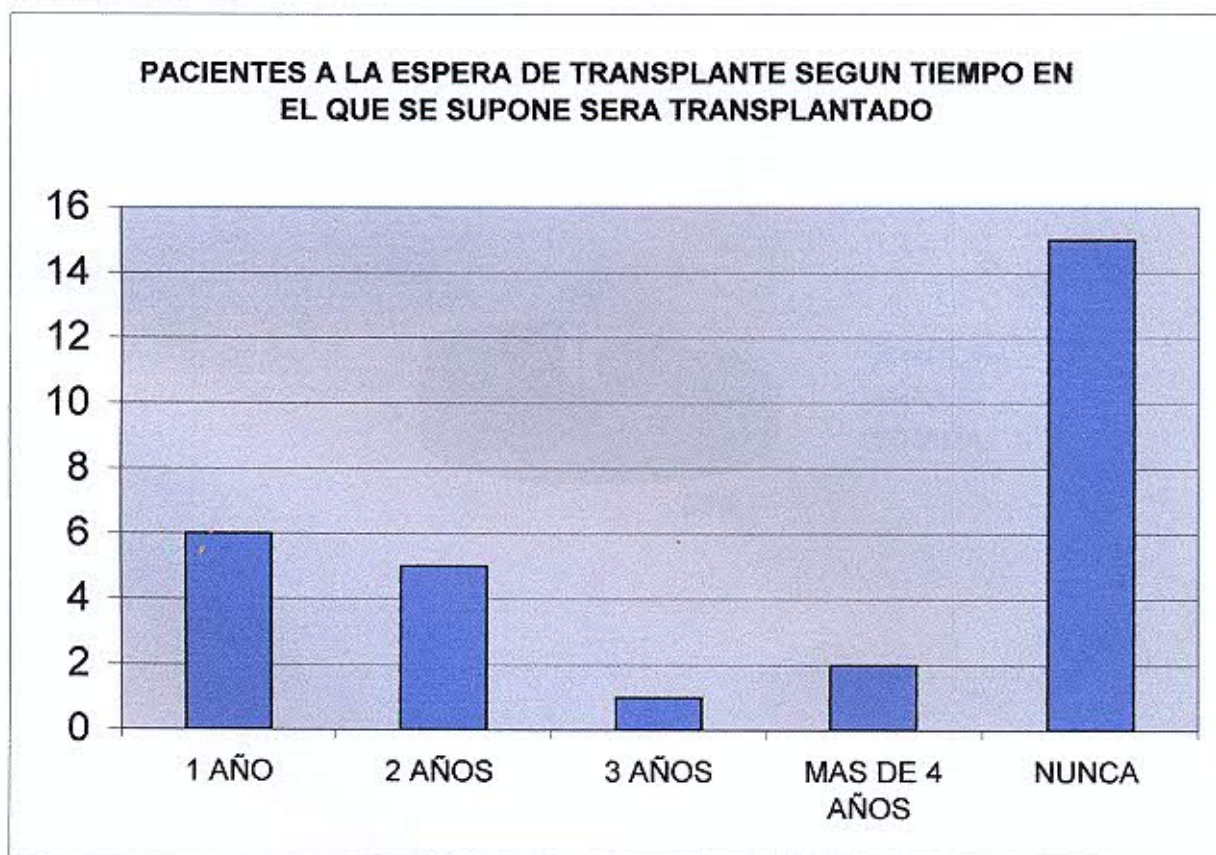
Comentario: el 97% de los pacientes, no han recibido ningún tipo de información sobre los efectos de la medicación post-transplante, solo el 3% Sí, el 100% no ha recibido información sobre los cuidados de higiene personal. El 97% desconoce los controles que debe realizarse Con respecto a la dieta y alimentación un 79% no ha recibido ningun tipo de información y el 21% Sí, pero no tan completa o entendible y aplicable pr este tipo de pacientes. Sobre los signos de alarma que han de tener luego del transplante el 59% no ha recibido capacitación y el 41 % a tenido una escasa charla informal.

**TABLA N° 13****TITULO:**

PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN TIEMPO EN EL QUE SUPONE SERÁ TRANSPLANTADO.

TIEMPO DE ESPERA SUPUESTO	Numero de pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
1 AÑO	6	21%
2 AÑOS	5	17%
3 AÑOS	1	3%
MAS DE 4 AÑOS	2	7%
NUNCA	15	52%
TOTALES	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos de encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 13**

COMENTARIOS: El 50% de los pacientes suponen que nunca seran transplantados, el 38 % que lo seran entre 1 y 2 años



**TABLA N° 14 A**

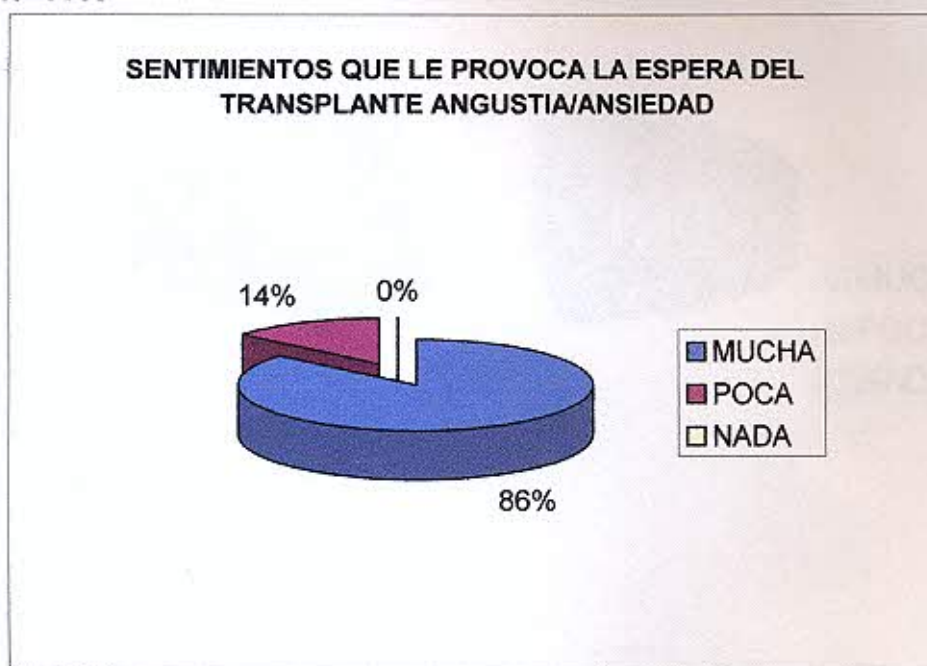
**TITULO:**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN LOS SENTIMIENTOS QUE LE PROVOCAN ESTA SITUACION**

SENTIMIENTO QUE LE PROVOCA ESTA SITUACION: ANGUSTIA /ANSIEDAD	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
MUCHA	25	86%
POCA	4	14%
NADA	0	0%
TOTALES	29	100%

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos sde encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO N° 14 A**



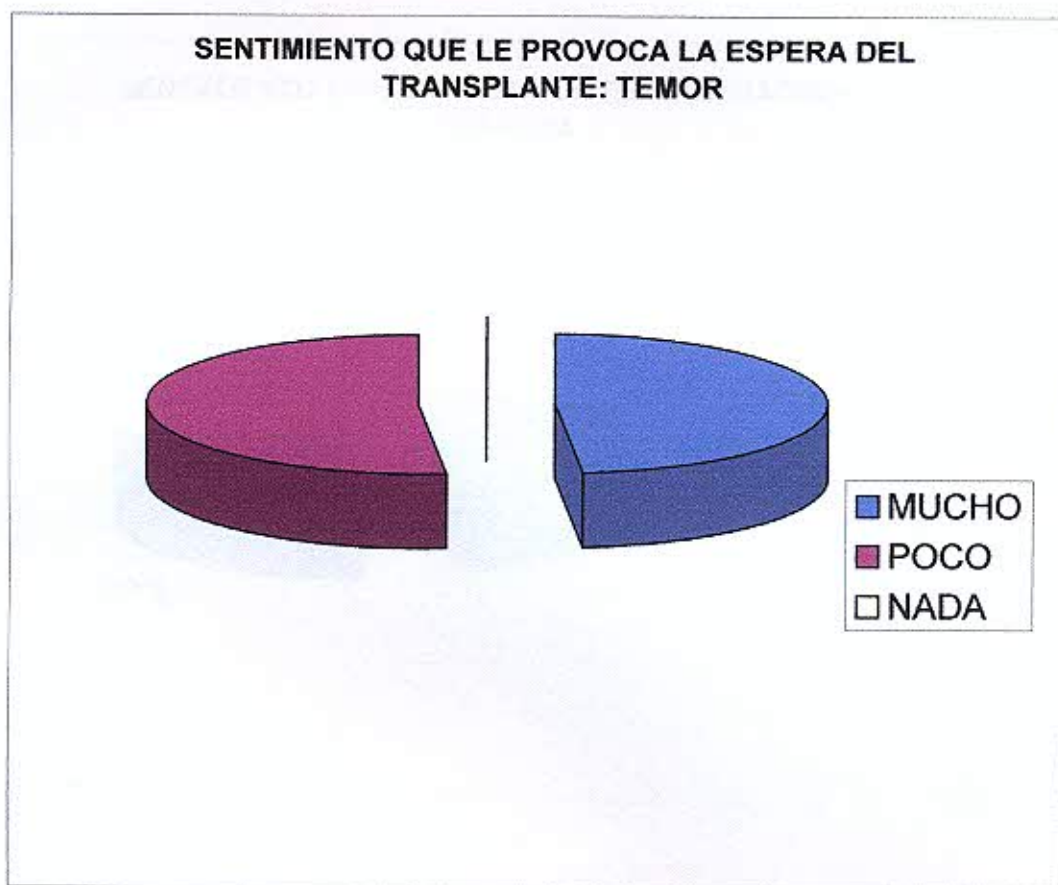
COMENTARIO: Para el 86% de los encuestados esta situación le provoca mucha ansiedad y angustia, y aql 14% restante le provoca poca Ansiedad y Angustia. Este sentimiento se encuentra de algún modo presente en el total de los pacientes ecuestados



TABLA N° 14 B

SENTIMIENTO QUE LE PROVOCA ESTA SITUACION:	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
MUCHO	14	48%
POCO	15	52%
NADA	0	0%
TOTALES	29	100%

GRAFICO N° 14 B

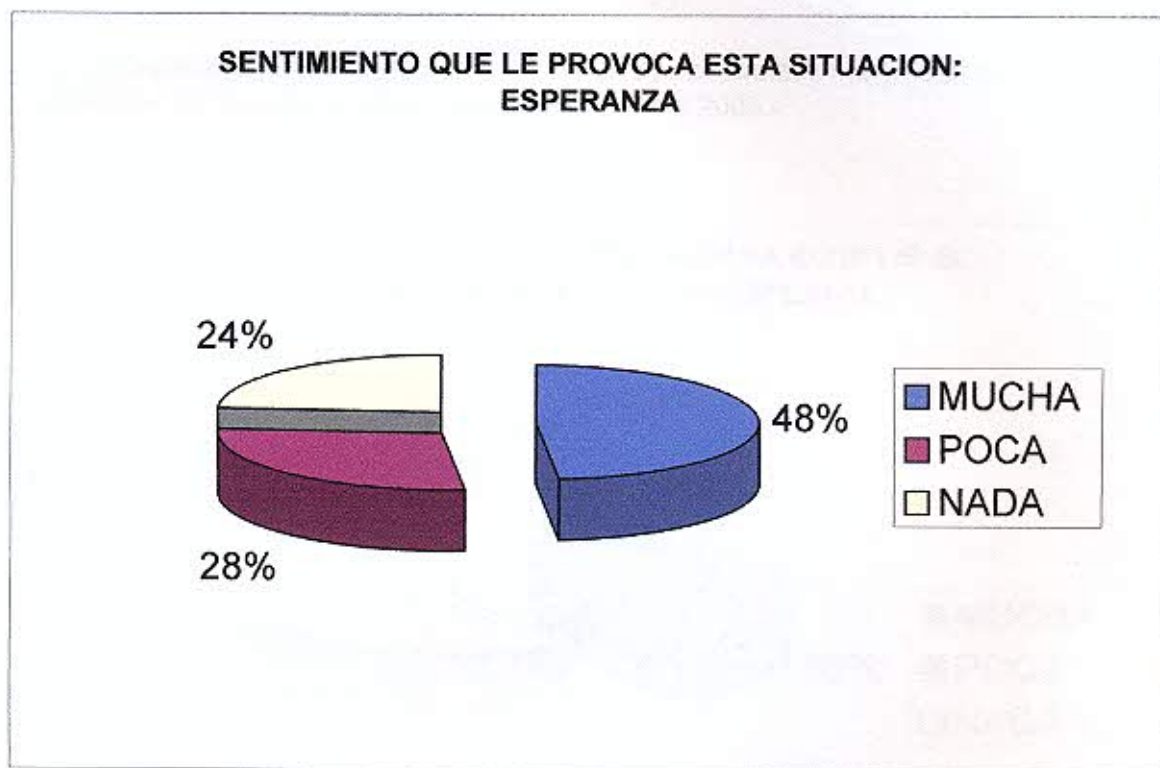


COMENTARIO: Al 48 % de los encuestados esta situacion le provoca mucho temor, y al resto poco temor pero esta presente

TABLA 14 C

SENTIMIENTO QUE LE PROVOCA ESTA SITUACION:	N° de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
MUCHA	14	48%
POCA	8	28%
NADA	7	24%
TOTALES	29	100%

GRAFICO N° 14 C



COMENTARIO: EL 48% tiene mucha esperanza y el resto poca o nada en partes casi iguales.

**TABLA Nº 15**

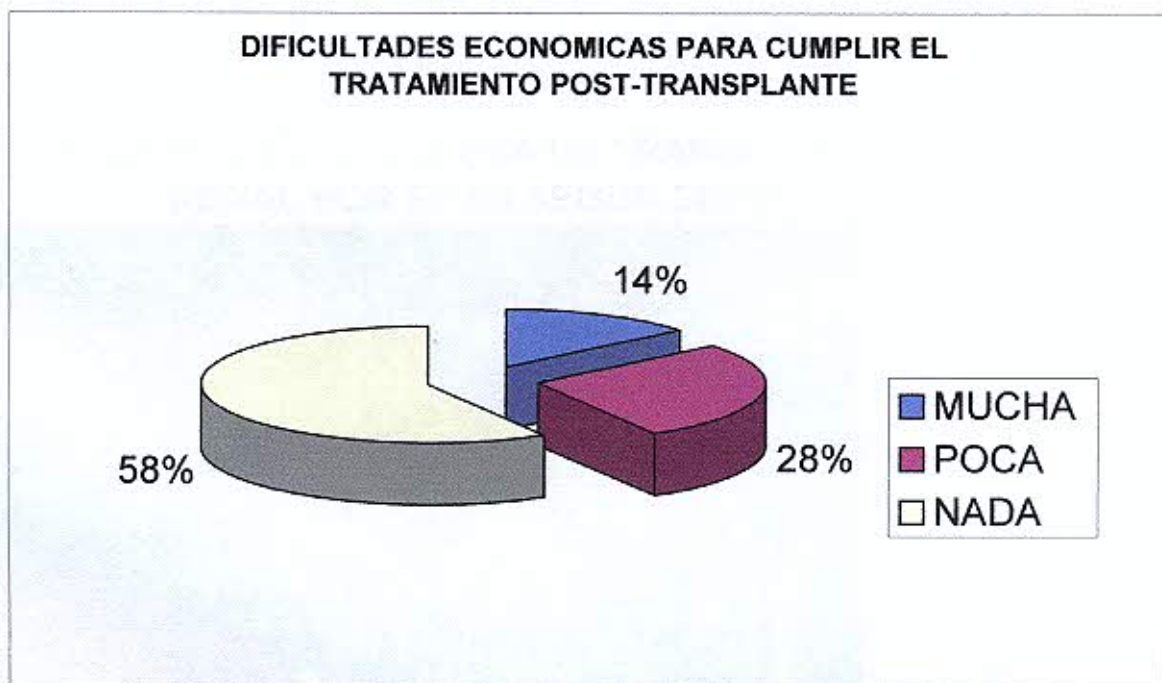
**TITULO**

**PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE SEGÚN LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS PARA CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO POST-TRANSPLANTE**

DIFICULTADES ECONÓMICAS	Nº de Pacientes	
	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
MUCHA	4	14%
POCA	8	28%
NADA	17	58%
<b>TOTALES</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Elaboración propia sobre datos extraídos sde encuestas realizadas en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central, Mendoza Mayo del 2005.-

**GRAFICO Nº 15**



COMENTARIO: EL 58% supone que no tendrán ningún tipo de dificultades económicas para llevar a cabo el tratamiento post-transplante el 28% pocas y el 14% piensa que tendrán muchas dificultades.



## TABLA DE DOBLE ENTRADA BI-VARIADA

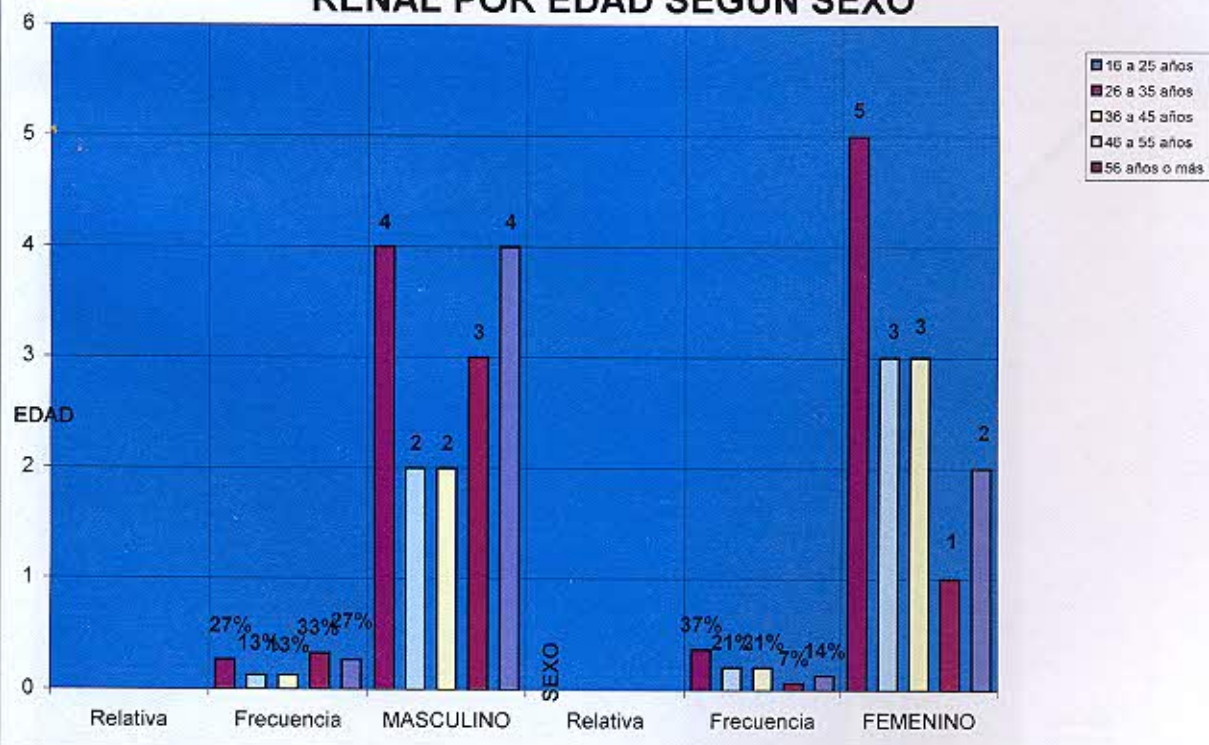
PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL POR EDAD SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CENTRAL MENDOZA MAYO DEL 2005.-

**Tabla N° 16**

EDAD SEXO	16 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 años más	TOTALES
FEMENINO	2	1	3	3	5	14
Frecuencia Relativa	14%	7%	21%	21%	37%	100%
MASCULINO	4	3	2	2	4	15
Frecuencia Relativa	27%	33%	13%	13%	27%	100%
TOTALES	6	4	5	5	9	29

FUENTE: Elaboración propia con datos extraídos de las encuestas realizadas en el Hospital Central de Mendoza, en Mayo del 2005.-

### PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL POR EDAD SEGUN SEXO



COMENTARIO: de acuerdo a los datos arrojados por la tabla de doble entrada-Bivariada, de cruzar datos de las variables EDAD-SEXO, observamos que en el grupo etario comprendido de 56 años o más, tanto en los Masculinos como en los Femeninos existe la mayor concentración de pacientes a la espera de transplante renal y en tratamiento de Hemodiálisis. Otro dato de importancia es que el grupo intervalo comprendido entre los 16 y 25 años de SEXO MASCULINO, también existe un porcentaje alto de pacientes en las mismas condiciones que los otros grupos mayoritarios.

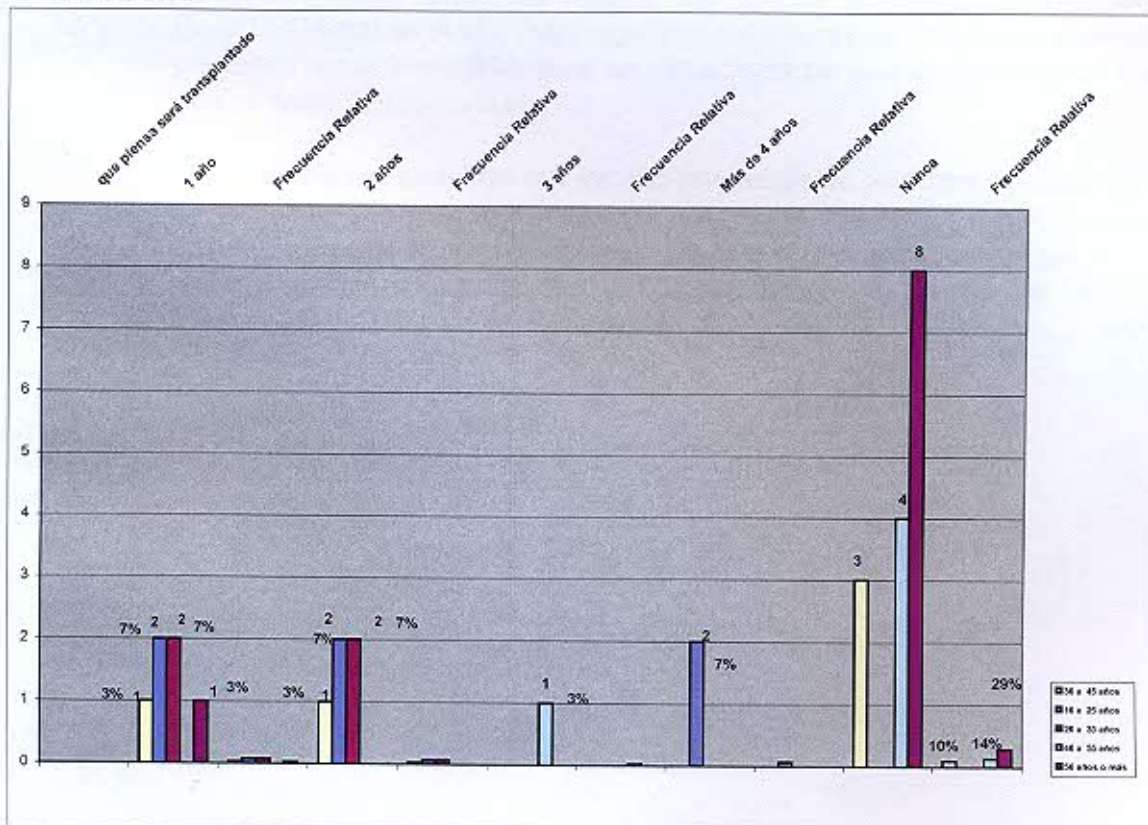
Tabla N° 17

PACIENTES A LA ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL POR EDAD Y TIEMPO EN QUE PIENSAN SERAN TRANSPLANTADOS DOS EN EL HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, MAYO 2005.-

EDAD	16 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 55 años	56 años o más	TOTALES
<b>Tiempo en el que piensa será transplantado</b>						
1 año	2	2	1		1	6
Frecuencia Relativa	7%	7%	3%		3%	20%
2 años	2	2	1			5
Frecuencia Relativa	7%	7%	3%			17%
3 años				1		1
Frecuencia Relativa				3%		3%
Más de 4 años	2					2
Frecuencia Relativa	7%					7%
Nunca			3	4	8	15
Frecuencia Relativa			10%	14%	29%	53%
TOTALES	6	4	5	5	9	29

FUENTE: Elaboración propia con datos extraídos de las encuestas realizadas en el Hospital ital Central Mendoza, Mayo del 2005.-

GRAFICO N° 17



Comentario: de acuerdo a los datos obtenidos al cruzar las variables EDAD-Tiempo en el que cree que será transplantado se observa que los tres últimos intervalos de los grupos de edades (36 a 45 años, 46 a 55 años y 56 años o más) nos muestran que en distintos grupos se concentran la mayor cantidad de pacientes que piensan que NUNCA llegarán a ser transplantados por distintas causas. la distribución del resto de los porcentajes de pacientes que piensan ser transplantados en un determinado tiempo que va desde 1 año a 4 años, se da en similares proporciones (del 3% al 7%).



## CONCLUSIÓN

- Se podido constatar a partir del análisis que un elevado número de pacientes no tendrá posibilidades de acceso a un trasplante renal debido a su edad, esto es tener 56 años o más.
- Surge de esta muestra que el porcentaje de pacientes Hemodializados es similar entre masculinos y femeninos.
- El 38% de los pacientes está casado, otro 38% son solteros y el resto tiene distintas condiciones.
- El 59% de los pacientes tiene el primario completo, el 21% no tiene cursado el primario, el resto tiene secundario y terciario, en ínfimo porcentaje.

Al analizar datos surgen del estudio realizado en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Central en el año 2005 , que las expectativas de trasplantes disminuyen o se presentan como imposibles para un alto porcentaje de pacientes debido a su edad , esto es tener 56 años o más.

De esta forma se concluye que un alto porcentaje de pacientes no tiene expectativas de trasplante o piensa que nunca, el resto de los pacientes tienen expectativas de distintos tiempos para el trasplante. De esta información surge que los objetivos planteados de esta investigación se han satisfecho, cual es conocer las expectativas sobre la evolución de la enfermedad.



## RECOMENDACIONES

- Todos los pacientes que ingresan al Servicio de Hemodiálisis deben recibir información sobre distintos aspectos de su enfermedad y postrasplante, como puede ser el efecto de la medicación, prevención de infecciones, cuidado de higiene personal, controles a realizar, dieta y alimentación y sobre signos de alarma.
- A través del Ministerio de Salud y Organizaciones de la Comunidad realizar campañas de prevención de estas enfermedades renales que derivan en insuficiencia.
- Especializar a los equipos de salud a los fines de que puedan transmitir en forma eficaz información sobre distintos aspectos de la enfermedad.
- Crear un Dpto. de educación e información al paciente Hemodializado y a la espera de un trasplante renal.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1- INCUCAI . PROCURACION RENAL EN LA REPUBLICA ARGENTINA. ESTADISTICAS 1991-1992-1993
2. INCAIMEN . TRASPLANTE RENAL EN LA PROVINCIA DE MENDOZA AÑO 2003.
3. HOSPITAL REINA SOFIA. MANUAL DE ENFERMERIA , ESPAÑA. AÑO 2000
4. LILIAN BRUNNER. PAG. 595. TOMO 2 . EDITORIAL PANAMERICANA. MEXICO-BUENOS AIRES.
5. LEGISLACION NACIONAL. PARRAFOS LEY 24193.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

EXC. MR. DIRECTOR  
DE EDUCACIÓN

**ANEXOS**

	SI	NO
1. Se ha cumplido con el tiempo establecido para la entrega de los documentos.		
2. Los documentos presentados son los originales.		
3. Los documentos presentados son legibles.		
4. Los documentos presentados son completos.		



**ENCUESTA**  
**ENCUESTA AL PACIENTE A LA ESPERA DE TRANSPLANTE RENAL**

UNIDAD DE ANALISIS N° \_\_\_\_\_

**EDAD** a)- 16 a 25 años  
b)- 26 a 35 años  
c)- 36 a 45 años  
d)- 46 a 55 años  
e)- 56 o más años

**SEXO** a)- Masculino  
b)- Femenino

**ESTADO CIVIL** a)- soltero  
b)- casado  
c)- divorciado  
d)- viudo  
e)- concubinato

**¿Tiene familiar a cargo?** SI NO

**DOMICILIO** a)- Zona Rural  
b)- Zona Urbana

**NIVEL DE EDUCACION** a)- Primario Sí  
No  
b)- Secundario Sí  
No  
c)- Terciario o  
Universitario Sí  
No

**NIVEL DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR** a)- Alto  
b)- Medio  
c)- Bajo

**¿Como le parece a Ud. que asume su enfermedad su familia?**

Conductas	SI	NO
a)- ¿expresan sus sentimientos?		
b)- ¿Niegan la situación en la que se encuentran?		
c)- ¿Lo visitan con frecuencia?		
d)- ¿Están resentidos o molestos por su situación de salud?		
e)- ¿Se considera abandonado por su familia?		

**¿El personal de Enfermería le brinda la información necesaria con respecto a su futuro, luego del transplante?**

Siempre

A veces

Nunca

¿De qué otro integrante del equipo de salud, recibe información sobre su futuro trasplante?

Medico                      Nutricionista                      Asistente Social                      Nadie

Referente a la información que recibe del equipo de salud ¿se encuentran temas referidos al autocuidado luego del trasplante?

Siempre                      A veces                      Nunca

¿En qué consiste esa información?

a)- EFECTOS DE LA MEDICACION	SI	NO
b)- CUIDADO SOBRE INFECCIONES	SI	NO
c)- CUIDADO DE LA HIGIENE PERSONAL	SI	NO
d)- CONTROLES A REALIZAR.	SI	NO
e)- DIETA Y ALIMENTACION	SI	NO
f)- SIGNOS DE ALARMA	SI	NO

¿Cuánto tiempo cree ud. que pasará para que sea trasplantado?.

1 año                      2 años                      3 años                      más de 4 años                      Nunca

Esta situación le provoca:                      Mucha                      Poca                      Nada

Ansiedad/Angustia  
Temor  
Esperanza

¿Desde lo económico considera que tendrá dificultades para cumplir con el tratamiento de post-trasplantado?.

Muchas                      Pocas                      Ninguna



UNIDAD DE ANALISIS	EDAD					SEXO		ESTADO CIVIL					FAMILIAR A CARGO		DOMICILIO		NIVEL DE EDUCACION						
	a	b	c	d	e	FEMENINO	MASCULINO	a	b	c	d	e	SI	NO	Zona Rural	Zona Urbana	a		b		c		
	6	4	5	5	9	a-	b-	15	10	11	1	5	2	10	19	9	20	17	6	5	0	1	0
1			1			1				1								1					
2	1						1				1												
3				1							1												
4	1					1				1													
5					1		1				1												
6					1					1													
7			1			1					1												
8			1			1					1												
9	1					1				1													
10					1		1				1												
11		1										1											
12	1						1			1						1							
13				1							1												
14					1						1												
15		1					1				1												
16				1							1												
17					1						1												
18	1						1				1												
19				1						1													
20		1								1													
21					1						1												
22			1								1												
23		1								1													
24				1							1												
25	1									1													
26					1						1												
27				1							1												
28					1						1												
29					1						1												
<b>TOTALES</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	

a- 16 a 25 años  
b- 26 a 35 años  
c- 36 a 45 años  
d- 46 a 55 años  
e- 56 años o más.

a- Masculino  
b- Femenino.

a- Soltero  
b- Casado  
c- Divorciado  
d- Viudo  
e- Concubinato.

a- Primario.  
b- Secundario  
c- Terciario o Universitario  
c- Terciario o Universitario









