

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL  
RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Enfermería Nefrológica

**Tutor: Marlene López**

**Montes Camejo, Vicenta Emilia**

**Caracas, 15 de enero de 2013**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **Vicenta Emilia Montes, Cédula de identidad N° 4.720.280**, bajo el título "**PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA-EE** dejan constancia de lo siguiente:

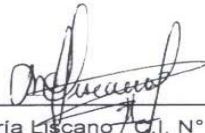
1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **Quince (15) de enero de 2013** de a las **10:00 AM.**, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en Escuela de Enfermería, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.


2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por **la autora**, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los **quince (15)** días del mes de **Enero** del año **2013**, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado **Marlene López**

  
Lda. Leila Revello, / C.I. N° 3.805.490  
Escuela de Enfermería

  
Dra. María Escano / C.I. N° 11.541.511  
H.U.C. "Dr. Antonio María Pineda"

  
Dra. Marlene López / C.I. N° 4.385.386  
H.U.C. "Dr. Antonio María Pineda"  
Tutora



EE15/01/2013

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

VICERRECTORADO ACADÉMICO

SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA  
(SICHT)

FECHA: 15 - 01 - 2013

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, Vicenta Emilia Montes, autora del trabajo, **PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS.**

Presentado para optar: Al título Especialista en Enfermería Nefrológica.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	Si autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de 1 año
<input type="checkbox"/>	no autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo

Firma autora:

C.I. N°: 4.720.280

email: [vicemiliamoncame@hotmail.com](mailto:vicemiliamoncame@hotmail.com)

En Caracas, a los 15 días del mes de marzo de 2012

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

REFERENCIAS

ANEXOS



---

Tutor  
Dra. Marlene López



---

Directora Postgrado  
Leila Revello



---

Coordinadora  
Libia Álvarez



---

Dra. Gertrudiz García  
Asesora Estadística

## **ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>MÉTODOS</b>	1
<b>RESULTADOS</b>	25
<b>DISCUSIÓN</b>	27
<b>REFERENCIAS</b>	36
<b>ANEXOS</b>	

## PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

**Autora:** Vicenta Emilia Montes Camejo C.I. N° 4.720.280  
[vicemiliamoncame@hotmail.com](mailto:vicemiliamoncame@hotmail.com) Lcda. en Enfermería  
Hospital Antonio María Pineda.  
**Tutora:** Dra. Marleny López C.I. N° 4.385.386. Telf.:  
[0414/3525861marlop@yahoo.es](mailto:0414/3525861marlop@yahoo.es)  
Hospital Antonio María Pineda

### RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo proponer un protocolo de cuidados de enfermería al receptor de un trasplante renal en la unidad de hemodiálisis hospital “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto – edo. Lara, el tipo de estudio estuvo enmarcado en el proyecto factible, con características de estudio descriptivo con un diseño de campo no experimental, la población estuvo definida por dos estratos: primer estrato constituido por 20 pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis que asisten a la consulta de trasplante, el segundo estrato poblacional lo conformaron 16 enfermeras que laboran en la unidad de hemodiálisis y la consulta e trasplante, no se seleccionó muestreo se estudió el 100% de la población, como técnica de recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta con el auxilio de dos cuestionarios que respondieron los pacientes y enfermeras, el mismo estuvo estructurado con criterios SI-NO. Los resultados obtenidos revelan que los pacientes desconocen los cuidados post-trasplante, los mismo son vitales para la conservación del riñón trasplantado y evitar disfunción precoz,; el personal de enfermería no da la información necesaria al paciente en los cuidados pre – post-trasplante; y desconocen el contenido del protocolo de cuidados para el paciente receptor de un trasplante, por ello se hace necesario el diseño de un protocolo.

**Palabras claves:** Pacientes, trasplante, receptor. Protocolo de enfermería

## KNOWLEDGE OF NURSING CARE PROTOCOL TO KIDNEY transplant recipient

**Autora:** Vicenta Emilia Montes Camejo C.I. N° 4.720.280  
[vicemiliamoncame@hotmail.com](mailto:vicemiliamoncame@hotmail.com) Lcda. en Enfermería  
Hospital Antonio María Pineda.  
**Tutora:** Dra. Marlene López C.I. N° 4.385.386. Telf.:  
[0414/3525861marlop@yahoo.es](mailto:0414/3525861marlop@yahoo.es)  
Hospital Antonio María Pineda

### ABSTRACT

This research aims to propose a protocol of nursing care of renal transplant recipients in the hospital hemodialysis unit "Dr. Antonio Maria Pineda" Barquisimeto - Edo. Lara, the type of study was framed in the project feasible, with features descriptive study with a non-experimental field design, the population was defined by two layers: first layer consisted of 20 patients receiving hemodialysis attending the consultation transplant, the second stratum population was made up 16 nurses working in the hemodialysis unit and consultation and transplantation, no sampling was studied was selected 100% of the population, such as data collection technique used the survey technique with the help of two questionnaires responding patients and nurses, the same criteria was structured with YES-NO. The results show that patients are unaware of post-transplant care, the same are vital to the preservation of renal graft dysfunction and prevent early, the nurse does not give the necessary information to patient care in the pre - post-transplant; and know the contents of the protocol for patient care transplant recipient, so it is necessary to design a protocol.

Keywords: Patient, transplant recipient

## INTRODUCCIÓN

Los riñones son órganos que cumplen gran diversidad de funciones relacionadas con la salud de todo el organismo, una de ellas es producir y eliminar orina a través de una compleja red de filtración y del sistema de reabsorción, que está constituido por nefronas, éstos a su vez por glomérulos y túbulos que extraen del plasma la urea, sales, así como otras sustancias solubles, devolviendo la sangre ya purificada al organismo, extraen de la sangre el agua que forma la orina y devuelve el agua filtrada a la sangre, ayudando de este modo a mantener el equilibrio hídrico del organismo.

Casi todos los tipos de lesión renal son el resultante de una multitud de procesos patológicos que conducen al desajuste e insuficiencia de la función excretora; diversas enfermedades pueden hacer que los riñones dejen de funcionar súbita y completamente, entre ellas se tienen como causa de la insuficiencia renal crónica: “la hipertensión arterial, diabetes, glomerulonefritis, así como enfermedades hereditarias, entre otras” <sup>(1)</sup>. En casos extremos, se sustituye la función de purificación que cumplen los riñones, por una técnica llamada, hemodiálisis, la cual consiste en eliminar las impurezas o productos de la sangre a través de una máquina que posee un riñón artificial que se encarga de difundir y ultrafiltrar la sangre antes de retornarla al individuo <sup>(2)</sup>

Ahora bien, el trasplante de órganos es la alternativa de elección cuando existe deterioro de la función vital de éstos. Al respecto, un trasplante de riñón es un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para reemplazar el riñón enfermo de una persona por un riñón de otra persona sana”. El riñón puede provenir de un donante fallecido o de uno vivo.<sup>(3)</sup> La mayoría de los riñones que se trasplantan proceden de donantes de órganos fallecidos, los donantes son adultos cuya condición física se considera crítica y que no vivirán debido a la enfermedad que los afecta.

En correspondencia con lo planteado, para que un trasplante renal tenga un final feliz se requiere de la preparación adecuada del paciente por

parte del equipo de enfermería de nefrológica de los conocimientos que el propio paciente posee y del apoyo familiar, donde la paciencia, esperanza y la motivación cobran particular importancia. De acuerdo a estas premisas las enfermeras (os) antes descritas(os), en su labor diaria, deben poseer conocimientos sobre estos temas que aún siendo de interés en la salud renal, no han sido abordados con la eficiencia por enfermería en vista que es muy reciente la participación de la misma en los procesos específicos del cuidado del paciente nefrótico, es en el año 2000 con la creación de la Sociedad Científica Venezolana de Enfermeras (os), venezolanos que surge la motivación por indagar el saber y hacer científico en los congresos, Jornadas; luego con la aprobación de la especialidad de Enfermería Nefrológica por la Universidad Central de Venezuela que abre las puertas al conocimiento teórico-práctico.

### **Planteamiento del problema**

La enfermedad renal crónica es considerada como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de los líquidos, electrolitos y el metabolismo, lo cual termina en uremia, que no es más que la retención de la urea y otros desechos nitrogenados en la sangre.

Si bien la sobre vida de los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal hemodiálisis, diálisis peritoneal ha mejorado sustancialmente en los últimos años en virtud de un más acabado conocimiento de la problemática del enfermo renal crónico estadio V y paralelamente una tecnológica que se ha ido superando constantemente, aún así, la calidad de vida de estos, dista de ser óptima.

En este sentido, la enfermedad renal es un problema de salud que está siendo estudiado por muchos investigadores la consideran entre otros, como una epidemia que la sufre la población entre el 10 y 20% en cualquier etapa evolutiva, <sup>(4)</sup> bien sea en proceso de diálisis o el transplante renal. De

acuerdo a estudios realizados por parte de la investigadora, se pudo conocer que en Venezuela el estado garantiza la detección temprana y tratamiento eficaz de esta enfermedad.<sup>(5)</sup> Así mismo, se determinó que su padecimiento se debe a enfermedades sistemáticas que afectan al riñón como diabetes, la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, el alcoholismo y el tabaquismo y no por problemas propios de este órgano.

A pesar de que el riñón artificial reemplaza en alguna medida ciertas funciones como la regulación de los líquidos corporales, presión arterial, la excreción de las sustancias tóxicas mejoran de la uremia, es incapaz de sustituir las funciones endocrinas del riñón. El trasplante renal como terapéutica alternativa, elimina la mayoría de limitaciones impartida por las complicaciones de la enfermedad renal crónica; sin embargo acarrea como desventaja los efectos colaterales ocasionados por el tratamiento inmune supresor.<sup>(6)</sup>

Una revisión, aunque breve de la historia trasplante renal permite apreciar en toda su dimensión, el esfuerzo científico llevado a cabo para comprender el fenómeno responsable de la pérdida de la mayoría.

Los profesionales de enfermería como parte integrante del equipo multidisciplinario que participa en la preparación al receptor de un trasplante renal, igual están presentes en el proceso de donación, extracción – trasplante, y es necesaria su actuación en todos los eslabones de dicho proceso.

Los cuidados de enfermería que requieren los receptores, desde la preparación pre-trasplante prequirúrgico pasan por la cirugía del trasplante propiamente dicha hasta los cuidados postoperatorios y su posterior seguimiento evolutivo hacen posible unos cuidados de enfermería de calidad.<sup>(7)</sup>

En el hospital “Dr. Antonio María Pineda” en el Estado Lara, Barquisimeto año 2009, se crea la consulta de enfermería pre-trasplante renal enfocada en acciones de procura de donantes de órganos, lo cual incorpora a los del

hospital de Acarigua – Edo. Portuguesa y Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas, pero hace falta fortalecer dicha consulta con un protocolo de cuidados que permitan al receptor de un trasplante obtener la información específica e idónea de una manera sencilla todo lo que debe conocer previo a la entrada en lista de espera como son el significado de lista de espera, la finalidad del tipaje H.L.A., la intervención quirúrgica, posibles complicaciones derivada de la misma, riesgos potenciales y beneficios derivados del trasplante, hospitalización, medicación inmunosupresora, seguimiento del trasplante y rehabilitación física, según la información obtenida de la Organización Nacional de Trasplante de Órganos, el Hospital Dr. Antonio María Pineda, es una institución de salud autorizada para atender a los pacientes con enfermedad renal estadio V que reciben tratamiento sustitutivo diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Los pacientes que asisten a las diferentes unidades de diálisis extrahospitalarias deben viajar a otros estados del país ya que son referidos par asistir a la consulta pretrasplante, inclusive ser trasplantados, estos pacientes se beneficiarán de la implementación del protocolo propuesto, también servirá de motivación a otros pacientes y familias que acuden al hospital en busca de información acerca del trasplante, también los pacientes se beneficiarían con la implementación del protocolo de cuidado de enfermería al receptor del trasplante renal, por la disminución de costos económicos por los múltiples viajes que éstos tienen que realizar en búsqueda de la información básica de exámenes pretraspalnte para ingresar a la lista de espera y también agilizar los trámites administrativos.

Es de hacer notar, que ambas modalidades diálisis – hemodiálisis no son competitivas, sino como alternativas y que idealmente la primera opción debería ser el trasplante.

Por lo antes expuesto, surge la interrogante: ¿Cuál es el conocimiento del protocolo de cuidado de enfermería al receptor de un trasplante renal a los pacientes en hemodiálisis, ]Hospital Antonio María Pineda año 2011?

## **Justificación de la investigación**

El trasplante de órganos representa uno de los logros más relevante e importante de la medicina actual. El poder de recuperar con éxito la función de un órgano lesionado en forma irreversible, mediante la colocación de otro órgano procedente de otro individuo representa un reto difícil de imaginar; la historia moderna del trasplante de órganos tiene sus orígenes en el siglo VX año 1900 se realiza el primer trasplante renal con éxito. <sup>(8)</sup>

Tanto el paciente como sus familiares tienen derecho a recibir la información sanitaria necesaria para poder tomar las decisiones más acertadas respecto de su salud, el profesional de enfermería ocupa una posición idónea para promover los hábitos saludables a través de la aplicación de los conocimientos científicos adquiridos durante su formación académica, los cuales facilitan la superación de cualquier tipo de situación de salud.

Tal es el caso de la enfermería nefrológica en donde el personal de enfermería realiza una importante labor, promoviendo cuidados integrales a aquellos pacientes con patologías renales, en sus diferentes etapas uremia, diálisis y trasplante renal, aportando conocimiento y brindando protección activa a los derechos de los pacientes y familiares; ayudándolos en aquellas situaciones causadas por la enfermedad renal, manteniendo un entorno donde el mismo se sienta cómodo y seguro, los cual facilite el afrontamiento a esta difícil situación.

Dentro de las modalidades terapéuticas de terapia de reemplazo renal, el trasplante renal es el que mejores niveles de rehabilitación y de calidad de vida provee. En todas las esferas personal, familiar, laboral, social, desde el punto de vista de la relación de costo-efectividad al trasplante renal es más costoso que la diálisis en el primer año, pero de allí en adelante la relación favorece al trasplante renal, en todas partes del mundo se busca trasplantar a medida en que haya órganos disponibles.

En efecto el presente estudio se justifica por su valor teórico ya que contribuye a profundizar en los conceptos y teorías relacionadas con los

cuidados de enfermería al receptor de un trasplante renal en una unidad de hemodiálisis. Para la institución, específicamente Hospital Dr. Antonio María Pineda, se verá beneficiado ya que los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, diálisis peritoneal, recibirán la información sobre el trasplante renal de una forma exhaustiva, correcta y sencilla de los estudios de laboratorio y exámenes, ventajas y desventajas del trasplante renal.

Esta investigación está referida a la disminución de costos para el usuario ya que no tendrá que trasladarse a la ciudad de Caracas o Acarigua en búsqueda de los requisitos para ingresar a la lista de trasplante, solo cuando lo llamen para el trasplante.

En el área de enfermería, la investigación podrá servir de ayuda técnica y científica para documentarse en cuanto a los cuidados de enfermería en las diferentes etapas del trasplante renal; además, este protocolo de cuidado estará al alcance del personal de enfermería de las unidades públicas y privadas para unificar los cuidados y motivar a otros pacientes; solicitar la información del trasplante renal.

Asimismo, la enfermera(o) se beneficiará porque le servirá de motivación para ampliar los conocimientos en relación al protocolo de cuidados de enfermería en el trasplante para luego impartirlo al equipo multidisciplinario, también se incorpora un nuevo cuerpo de conocimiento a su saber.

### **Antecedentes**

Los primeros trasplantes de riñón exitosos fueron hechos en Boston y París en 1954. El trasplante fue hecho entre los gemelos idénticos, para eliminar cualquier problema de una reacción inmune, la popularización del trasplante renal fue lenta; por ejemplo, el primer trasplante de riñón en el Reino Unido no ocurrió hasta 1960 cuando Michael Woodruff realizó uno en Edimburgo entre gemelos idénticos, el trasplante de donante difunto se introdujo en 1964, cuando comenzó el uso rutinario de medicamentos para prevenir y tratar el rechazo agudo, el riñón era el órgano más fácil a trasplantar, pues la

prueba de compatibilidad de tejidos era simple, el órgano era relativamente fácil de extirpar e implantar, los donantes vivos podían ser usados sin dificultad, y en caso de fallo, la diálisis renal estaba disponible desde los años 1940. La prueba de compatibilidad de tejidos es esencial para el éxito, las primeras tentativas en los años 1950 en personas que padecían la enfermedad de Bright habían sido muy poco exitosas. El trasplante fue hecho por el Dr. Joseph Edward Murray, quien recibió el premio Nobel de medicina en 1990. El donante está vivo todavía en fecha de 2005, el receptor murió ocho años después del trasplante. En Venezuela se inicia en el año 1966 en el Hospital Central de Maracaibo <sup>(9)</sup>

En relación a la propuesta de protocolo de cuidado se presenta el estudio titulado: Propuesta de un Protocolo de Cuidados para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en el plan de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC), su objetivo fue optimizar la acción del cuidado de los pacientes que se encuentran sometidos a este sistema terapéutico. Para este estudio se desarrolló un diseño de campo, tipo descriptivo, prospectivo, la población estuvo constituida por treinta (30) pacientes en DPAC, casi en su totalidad como muestra, aplicándose un cuestionario de 27 ítemes en una escala de formato tipo Lickert con tres (3) alternativas de respuestas, los resultados permitieron concluir que las premisa el cuidado mejora las condiciones y la calidad de vida de los pacientes a través de las orientaciones, registros, unificación de los cuidados proporcionados por los protocolos. <sup>(10)</sup>

Igualmente en Segovia-España realizó una investigación cuyo objetivo fue comprobar la importancia de realizar el examen físico periódico, para valorar la evolución del trasplante renal, material-método se realizó un estudio retrospectivo durante el período comprendido entre el 1º de enero de 2003 y el 28 de enero de 2004, basado en la búsqueda de información sobre posibles factores de riesgo de rechazo del injerto renal. Se utilizaron las historias clínicas, la hoja de registro del personal de enfermería y el protocolo

de valoración de enfermería realizado en ese centro. Resultados como test diagnóstico la valoración clínica de enfermería es un método efectivo y eficiente para la detección precoz de complicaciones en cuanto a la especialidad son similares a las publicadas por Roberto Alcázar y colaboradores. <sup>(11)</sup>

En otra investigación titulada Actitud del profesional de Enfermería hacia la promoción de la donación de órganos en el Ambulatorio docente y asistencial tipo IV del Hospital Universitario de Caracas, durante el segundo trimestre del año 2008, cuyo objetivo fue el determinar la actitud referente a tres componentes el cognitivo, afectivo y conductual en la promoción de la donación de órganos. Para cumplir con los objetivos planteados, los autores utilizaron la investigación experimental, de campo y de tipo descriptivas donde identificaron a través de un cuestionario de 33 preguntas con cuatro alternativas de respuestas, las actitudes del profesional de enfermería en la promoción de la donación de órganos.

Los resultados identificaron que el profesional de enfermería posee actitud estadísticamente significativa positiva en los componentes cognitivos, afectivos y conductuales hacia la promoción de la donación de órganos, así como destacaron elementos negativos tales como: desinformación sobre la normativa legal, las campañas de procura y la estadística de donación.

Igualmente, los resultados arrojaron que existen temores y sentimientos de tristeza hacia la promoción de la donación de órganos y que estos profesionales presentaron poca disposición para trabajar en actividades y jornadas para la captación de donantes de órganos; lo que le llevó a recomendar el reforzamiento de información sobre la donación de órganos como base fundamental para la promoción y divulgación para la captación de donantes. <sup>(12)</sup>

Un estudio titulado Desarrollo de un programa de orientación sobre donación de riñón dirigido a familiares de usuarios en el servicio de nefrología del

hospital José María Vargas de Caracas en el segundo trimestre del año 2007.

La investigación se basó en un estudio experimental con un diseño cuasi-experimental, la población fue de 50 familiares, con una muestra del 50% a través de un muestreo probabilístico, los objetivos propuestos fueron la elaboración de un programa de orientación sobre donación de riñón, aplicación del mismo y la constatación de la información después de la aplicación del programa mediante un post test. Los resultados arrojaron que el 60% no poseía adecuada orientación sobre donación de riñón, el 72% desconocen los requisitos para ser donante de riñón, el 80% desconoce el beneficio de la donación de riñón, el 80% desconoce que existen grupos de apoyo que ofrece atención para trasplante y base legal. <sup>(13)</sup>

Otra investigación de reciente data la realizaron sobre Implantación del Protocolo de enfermería pre-trasplante renal, cuyo objetivo fue rediseñar una gráfica en la cual pueda quedar reflejado todo el procedimiento pre-trasplante renal (TR) y la actuación de enfermería del área de nefrología. Mediante consenso acordado operativo y mejora conceptual de los puntos ya establecidos en el anterior protocolo de operativo básico. Se confecciona una encuesta y se facilita la misma a 20 enfermeras, personal de enfermería de la unidad de nefrología, con el fin de conocer los puntos de vista, los rasgos positivos y negativos del protocolo en uso, así como posibles sugerencias de mejora. El resultado obtenido de las mismas consiste en un nuevo protocolo que abarque todos los puntos de vista del personal implicado en el cuidado directo del paciente, creando un quórum metodológico plasmado en un protocolo que integra toda la información en las diferentes etapas del trasplante y que facilite el seguimiento de las mismas para lograr la continuidad del proceso asistencia, administrativo, educativo y de investigación. <sup>(14)</sup>

En síntesis, los antecedentes corroboran la necesidad de realizar esta investigación encaminar, fortalecer la consulta de trasplante y recabar la

información sobre la viabilidad de un protocolo de cuidados de enfermería al receptor de un trasplante renal en el hospital “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto – Edo. Lara.

### **Marco Teórico**

La insuficiencia renal crónica (IRC), se define por una situación clínica derivada de la pérdida de la función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario como adquirido, las causas etiológicas varían de un país a otro, se distinguen tres grupos etiológicos principales:

- Malformaciones congénitas, es la causa más frecuente e incluye un grupo hereditario de pacientes, desde las grandes uropatías y las obstrucciones bajas hasta el grupo de las displasias renales, incluyendo también la neuropatía de reflujo.

El segundo grupo por orden de frecuencia, corresponde a las glomerulonefritis, entre ellas, tanto en América del Norte como en los países de Europa Occidental más del 50% corresponde al Síndrome Nefrótico Corticorresistente.

El tercer grupo está formado por la nefropatía hereditaria. En el caso de los adultos la Poliquistosis tipo adulto es la más frecuente. En los niños las causas se suelen distribuir entre las nefronoptosis, el síndrome de Alport y la Cistinosis, aunque existan otras uropatías uremigenas hereditarias en la infancia. <sup>(15)</sup>

La insuficiencia renal crónica, se divide en una serie de estadios que toman como referencia la pérdida de reserva funcional del riñón, importa mucho esta división porque es determinante en la actuación terapéutica que se vaya a realizar en el paciente, se clasifican en:

El estadio I está representado por la pérdida de un riñón, bien por agenesia en aquellos casos de donación para trasplante renal o por alguna otra causa. Aunque la pérdida funcional es del 50%, el filtrado glomerular se sitúa entre

80-100 ml/min/1,73m, en este caso no se puede hablar de insuficiencia renal y este estadio no tiene repercusión clínica ni requiere tratamiento.

El estadio II la pérdida de reserva funcional cae hasta un 25-30, el filtrado glomerular es igual o inferior a 50% ml/min/1,73m, y sólo suele haber repercusión bioquímica son apenas clínica, aunque en el caso de los niños puede observarse una pérdida de crecimiento.

El estadio III representa una caída de reserva funcional hasta un 12-15%, con valores de filtrado glomerular cercanos a 10 ml/min/1,73m, este estadio representa un grado de IRC avanzada con gran repercusión ,tanto bioquímica como hormonal y clínica.

Por último, cuando la reserva funcional cae hasta un 5-10%, el filtrado glomerular se sitúa por debajo de 10 ml/min/1,73m, es lo que se considera el estadio IV u no es posible mantener al enfermo con un tratamiento conservador, teniendo que recurrir a las técnicas de depuración estrarrenal y/o trasplante. El tratamiento conservador se dirige fundamentalmente a los estadios II y III. <sup>(16)</sup>

Terapia de Diálisis. la palabra diálisis que procede del griego y significa “rotura de unión”, es definida como: el fenómeno químico consistente de la difusión pasiva de solutos a través de una membrana que separa dos soluciones de distinta concentración. El mismo autor continúa señalando que esta disfunción dependerá del gradiente de concentración entre ambas soluciones y de las características de la membrana, básicamente de su superficie eficaz, y de su coeficiente de permeabilidad.

A su vez, según publicaciones, considero a la diálisis como: “el proceso de movimientos de líquidos y partículas diversas desde un compartimiento líquido a otro a través de una membrana semipermeable”. El autor destaca que dicho procedimiento, permite ejercer en el organismo del enfermo la misma función que ejerce el riñón, es por ello, que se le denomina terapia de reemplazo.

Siguiendo el mismo orden, se considera a la diálisis “un procedimiento mecánico de eliminación de productos de desechos del metabolismo proteico, con el equilibrio electrolito y del estado ácido-base”.<sup>(17)</sup>

De acuerdo a las referencias consultadas la diálisis representa un acto de compromiso de la función renal, es decir, el equipo de aparatos de diálisis actúa desde una perspectiva de función renal riñón artificial, lo cual requiere para su orden de ejecución la existencia de criterios clínicos. Existen tres (3) tipos fundamentales de diálisis que son: hemodiálisis, hemofiltración continua y la diálisis peritoneal, su iniciación puede estar sujeta a programas de hemodiálisis periódica, también puede ser tratamiento de elección en el fracaso renal agudo, es decir, la diálisis puede ser utilizada en la fase aguda de la insuficiencia renal o puede ser implementada para preservar la vida de las personas con diagnóstico de IRC, y su uso indicado puede ser para la hemodiálisis hemofiltración y la diálisis peritoneal.

La hemodiálisis emplea el proceso de difusión a través de una membrana semi permeable cuya acción es con el propósito del retiro de sustancia indeseable de la sangre, dicha acción permite de manera simultánea el aporte de componentes deseables.<sup>(18)</sup>

Por considerar la terapia de hemodiálisis el acto de realización de la hemodiálisis conlleva a la utilización de una membrana o filtro semi permeable un sistema de líneas una arterial que es encargada de extraer la sangre del usuario y hacerla pasar por el riñón artificial y, una venosa responsable de hacerla retornar al paciente una vez purificada; su uso requiere un acceso vascular y se realiza mediante osmosis. Cabe destacar, que el acto de realización debe ser por un equipo de salud médico-enfermera(o) con experticia de los procedimientos de hemodiálisis.

La hemodiálisis, requiere de un acceso vascular y debe ser ejecutado por un equipo médico-enfermera(o) con suficiente competencia, en esta especialidad para el proceso de hemodiálisis el acceso vascular tiene una gran

importancia ya sea de tipo temporal o permanente (catéter-fístulo) ya que de su permeabilidad dependerá su efectividad en el tratamiento. <sup>(25)</sup>

Hemofiltración continua es un método terapéutico para la insuficiencia renal aguda o crónica. Dicho proceso es de tipo basado en el uso del gradiente de presión arteriovenosa del propio paciente o cliente y su acción para impulsar la filtración.

Los tipos de diálisis son determinados según las condiciones clínicas del paciente:

- Diálisis peritoneal intermitente
- Diálisis peritoneal clínica automatizada
- Diálisis peritoneal ambulatoria

Diálisis Peritoneal tipo intermitente. Se fundamenta en un procedimiento dialítico que puede cumplirse en función de los valores de urea, creatinina, electrolito, es decir, esta diálisis suele repetirse en función de las necesidades reales del paciente, ella puede ser cumplida cuando el tratamiento renal agudo o crónico fracasa. Según el MSDS este acto puede ser efectuado a nivel institucional o ambulatorio (domicilio del paciente). <sup>(26)</sup>

Trasplante de riñón es la colocación de un riñón proveniente de un donante vivo relacionado, o de un donante cadavérico, con el objeto de suplir la función de los riñones enfermos y terminales. Este procedimiento requiere una evaluación estricta (protocolo de estudio para trasplante) del receptor que es el paciente, a fin de descubrir condiciones importantes o peligrosas después del trasplante.

De igual forma, la donación de un riñón por parte de un familiar implica la evaluación rigurosa del oferente para descartar cualquier condición clínica que impida la posibilidad de hacer el trasplante. Cuando el riñón proviene de un donante cadavérico, además de la ya mencionada evaluación; el paciente debe ingresar en una lista de espera para ser llamado cuando se origine un donante cadavérico compatible. El riñón del donador es típicamente colocado en una posición inferior a la de la localización anatómica normal.

El trasplante de riñón o trasplante renal, es el trasplante de un riñón en un paciente con enfermedad renal estadio V. Dependiendo de la fuente del órgano receptor, el trasplante de riñón es típicamente “clasificado como de donante fallecido anteriormente conocido como cadavérico, o como trasplante de donante vivo. Los trasplantes renales de donantes vivos se caracterizan más a fondo como trasplante emparentado no emparentado-vivo, dependiendo de si hay o no una relación biológica entre el donante y el receptor”.<sup>(19)</sup>

La indicación para el trasplante de riñón es la enfermedad renal en etapa orina (ESRD), sin importar la causa primaria. Las enfermedades comunes que conducen a la ESRD incluyen la hipertensión, infecciones, diabetes mellitus y glomerulonefritis; las causas genéticas incluyen enfermedad poliquística renal, la mayoría de los receptores de trasplante renal está en hemodiálisis en el momento del trasplante, sin embargo, individuos con insuficiencia renal crónica que tienen disponible a un donante vivo eligen a menudo ser sometidos al trasplante antes de que la diálisis sea necesaria.

Las contraindicaciones del trasplante, hay pocos datos de trasplante en personas de más de 80 años, y muchos centros no transplantarán dichos pacientes, recientemente el cáncer, el abuso de sustancias activas o la falta en adherirse a los regímenes médicos prescritos pueden hacer a alguien inelegible para un trasplante. Fuentes de riñones. Alrededor de la mitad de los trasplantes del riñón son de donantes vivos; la otra mitad son de donantes fallecidos, puesto que los medicamentos para prevenir el rechazo son tan efectivos, los donantes no necesitan ser genéticamente similares al receptor.

Donantes vivos, los donantes vivos potenciales son cuidadosamente evaluados en sus cimientos médicos y psicológicos; esto asegura que el donante está en buena forma para la cirugía y no tiene ninguna enfermedad del riñón, mientras que se confirma que el donante es puramente altruista. Tradicionalmente, el procedimiento APRA el donante ha sido a través de una

incisión pero la donación viva cada vez más ha procedido por cirugía laparoscópica. Esto reduce el dolor y acelera vuelta al trabajo para el donante con efecto mínimo sobre el resultado del riñón; en forma total los receptores de riñones de donantes vivos van extremadamente bien en comparación con los donantes fallecidos.

Donantes fallecidos. Los donantes difuntos pueden ser divididos en dos grupos:

- Donantes en muerte cerebral (BD)
- Donantes en corazón parado (NHB)

Aunque los donantes de muerte cerebral o con corazón latiendo son considerados que están muertos, el corazón del donante continúa bombeando y manteniendo la circulación, esto permite que los cirujanos comiencen a operar mientras los órganos todavía están siendo perfundidos. Durante la operación, la aorta será canulada, y después la sangre de los pacientes será sustituida por una solución helada de almacenamiento, como UW (Viaspan), HTK o Perfadex (más de una solución puede ser usada simultáneamente dependiendo de cuáles son los órganos a trasplantar). Debido a la temperatura de la solución, una vez que se vierten grandes cantidades de solución de cloruro de sodio frío sobre los órganos (para un rápido enfriamiento de éstos) el corazón deja de bombear.

Los donantes a los que no les late el corazón son pacientes que no entran dentro del criterio de muerte cerebral, pero no tienen ninguna oportunidad de recuperación. Normalmente, algunos minutos después de que la muerte se haya producido, rápidamente el paciente es llevado al quirófano, donde los órganos son extraídos, después de lo cual la solución de almacenamiento es irrigada a través de los órganos directamente. Dado que la sangre ya no está circulando, la coagulación debe prevenirse con grandes cantidades de agentes anticoagulantes, como la heparina. <sup>(20)</sup>

El donante y el receptor tienen que ser de grupo sanguíneo ABO compatible e idealmente deben compartir tantos HLA y antígenos de menor importancia

como sea posible, esto disminuye el riesgo de rechazo, la necesidad de diálisis, y de un futuro trasplante. El riesgo de rechazo después del trasplante puede ser reducido si el donante y el receptor comparten tanto antígenos HLA como sea posible, si el receptor no estuviera ya sensibilizado a antígenos HLA de donantes potenciales, y si los niveles de inmunosupresores son mantenidos en el rango apropiado; en los Estados Unidos, hasta un 17% de todos los trasplantes riñón de donantes fallecido tienen HLA que concuerdan.

La evaluación inmunológica pre-trasplante renal comprende los siguientes exámenes: a) determinación del grupo sanguíneo ABO, b) crossmatch, c) evaluación de la reactividad contra el panel y, d) tipificación HLA del receptor y de sus posibles donantes.

La mayoría de los casos los riñones existentes, que apenas están en funcionamiento, no son extirpados, el nuevo riñón normalmente es colocado en un lugar diferente del riñón original (a menudo en la fosa ilíaca), y como resultado a menudo es necesario usar una fuente diferente de sangre:

La arteria renal, previamente ramificada de la aorta abdominal en el donante, a menudo es conectada con la arteria ilíaca externa en el receptor. La vena renal, que previamente drenaba a la vena cava inferior en el donante, a menudo es conectada con la vena ilíaca externa en el receptor. <sup>(21)</sup>

Trasplante de riñón y páncreas, ocasionalmente, el riñón es trasplantado junto con el páncreas. Esto es un hecho en pacientes con diabetes mellitus tipo I, en la cual la diabetes se debe a la destrucción de las células beta del páncreas y en la que ha causado la insuficiencia renal nefropatía diabética, casi siempre, se trasplantan órganos de donantes difuntos en estos casos. Solamente se han hecho algunos trasplantes (parciales) de donantes vivos. Para los individuos con diabetes e insuficiencia renal, las ventajas de trasplante temprano de un donante vivo son aproximadamente iguales a los riesgos de la diálisis continua hasta que un riñón y un páncreas combinados estén disponibles de un donante difunto.

La cirugía del trasplante dura cerca de 3 horas, el riñón del donante será colocado en el bajo abdomen, los vasos sanguíneos del riñón del donante serán conectados con las arterias y venas en el cuerpo receptor. Una vez hecho esto, la sangre se vuelve a fluir a través del riñón, minimizándose el tiempo de isquemia. En la mayoría de los casos, el riñón pronto comenzará a producir la orina, puesto que la orina es estéril, ésta no tiene ningún efecto en la operación; el último paso es conectar el uréter del riñón del donante con la vejiga del receptor.

El riñón nuevo normalmente comienza a funcionar inmediatamente después de la cirugía, pero dependiendo de la calidad del órgano éste puede tardar algunos días (riñón vago), la estancia habitual del receptor en el hospital está entre 4 a 7 días. Si se presentan complicaciones, se pueden administrar medicinas adicionales para ayudar al riñón a producir orina.

Las medicinas son usadas para suprimir el sistema inmune y evitar el rechazo del riñón del donante. Estas medicinas deben ser tomadas de por vida por el paciente, Hoy, el tratamiento más común de medicamentos es: tacrolimus, micofenolato, y prednisona, algunos pacientes pueden tomar ciclosporina, rapamicina o azathioprine, en lugar de los primeros. <sup>(22)</sup>

Cuidados de enfermería en el donante de órganos en muerte cerebral, el donante de órganos recibirá los cuidados básicos de enfermería como si fuese un paciente crítico. Movilizaciones, aspiraciones bronquiales, cuidados de vías y posibles focos de infección, prevención de úlceras corneales e hipotermia, la muerte cerebral conlleva alteraciones significativas de la fisiopatología que el equipo asistencial debe intentar suplir, para asegurar la correcta perfusión y oxigenación de los órganos.

Todos los miembros del equipo deben ser conscientes que desde el momento del diagnóstico clínico de la muerte cerebral, se haya cuidando no ya a un paciente, sino los órganos que van a permitir dar vida o mejorar la calidad de vida de los pacientes receptores del trasplante. Se debe realizar 2 EEG de treinta minutos de duración, con un intervalo entre ambos de 6

horas, demostrativos de la inexistencia de actividad eléctrica cerebral, además de la consiguiente exploración neurológica que constante la abolición de todos los reflejos troncoencefálicos, añadiendo el tiempo necesario para conseguir la testificación de los familiares del fallecido, la autorización del juez de guardia si el caso así lo requiere y la preparación de los distintos equipos quirúrgicos, nos encontramos que el período de mantenimiento hemodinámico no suele ser inferior a 8 horas.

Dicho mantenimiento hemodinámica es una labor ardua y poco satisfactoria para los miembros de las unidades de cuidados intensivos de donde procede el donante y se hace más duro si no tienen oportunidad de ver posteriormente a los receptores de los trasplantes que es la parte más positiva y agradecida de todo el proceso donación-trasplante. <sup>(24)</sup>

La muerte cerebral comporta:

La pérdida de respiración espontánea

Shock neurogénico por alteraciones en la regulación vasomotora

La pérdida del control de la temperatura corporal

Alteraciones en las secreciones hormonales con trastornos hidroelectrolíticos. <sup>(32)</sup>

El mantenimiento por lo tanto va encaminado a suplir o por lo menos paliar las alteraciones que comporta la muerte cerebral. Las directrices para el manejo del donante se van a dividir en dos: las necesarias para mantener las funciones básicas adecuadamente (temperatura, situación hemodinámica, respiratoria y regulación metabólica) y las necesarias para proteger los órganos trasplantables cuidados cardiacos, pulmonares, hepáticos, renales y pancreáticos específicos.

El objetivo de un buen mantenimiento hemodinámica va dirigido a conseguir:

Tensión arterial sistólica > a 100 mmHg.

PVC entre 10-12 cm H.O.

PCP entre 8 y 14 mmHg

Frecuencia cardiaca igual o inferior a 100 latidos/minuto

Diuresis superior a 1cc/Kg/minuto e inferior a 3cc/Kg/minuto

Temperatura superior a 35°C.

Hematocrito igual o superior a 30%

Gasometría arterial

PH 7.35 7.45

PAO igual o superior a 100 mmHg

PACO 35-45 mmHg <sup>(25)</sup>

Protocolos de cuidados. Documento que describe los principios, consignas y técnicas que las enfermeras deben seguir para dispensar algunos cuidados, un protocolo se elabora según una técnica definida después de una investigación para determinar el mejor modo de proceder. Existen dos tipos de protocolos cerrados en las que se debe respetar todas las etapas, sin añadir ni omitir nada; abiertos que proporcionan principios básicos que hay que aplicar según la situación.

Para llevar a cabo un trasplante de órganos se debe seguir una serie de fases que la Organización Nacional de Trasplante de Venezuela (ONTV) ha actuado en las dos grandes ramas que conforman el proceso que hace posible la realización de los trasplantes; por un lado, se ha logrado aumentar la oferta de órganos gracias al sistema de procura de órganos y tejidos (SPOT). <sup>(26)</sup>

Cuidados de enfermería cuando el receptor llega a la unidad de trasplante renal, el receptor y sus familiares llegan al servicio de trasplante renal, por lo general, muy nerviosos.

Acogida: se presentará, al paciente y a sus familiares, el equipo de Enfermería que lo va a cuidar, tanto en la preparación como en el postrasplante.

Asesoramiento y enseñanza: para la intervención se necesita preparación psicológica, tanto para el paciente como la familia. Necesitan oportunidades de exponer sus preocupaciones y temores sobre la operación.

La valoración que hace la enfermera(o) de la disposición psicológica del paciente le permite obtener los datos concernientes a las preocupaciones y temores. La oportunidad de charlar con una persona receptora e informada, permite al paciente reconocer las causas de su ansiedad y poner en marcha las formas de hacerles frente.

Para la enfermera(o) es provechoso sentarse sin prisas y dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y aclarar lo que le preocupa, esto ayuda a reducir la ansiedad. Si la persona sabe que la ansiedad es una reacción normal ante la perspectiva de la operación, puede eliminar la idea autoimpuesta: no debería estar nervioso.

La pérdida de control es uno de los miedos asociados a la operación. Si a los pacientes se les permite participar en las decisiones respecto a su atención, de ser esto posible, tendrán la sensación de que controlan la situación y pueden mitigar la ansiedad.

Enseñar es una importante función de la enfermera(o) en la etapa preoperatoria y ayuda a disminuir la ansiedad cuando el paciente sabe a que atenerse. Además, si se busca que las personas se cuiden por sí mismas y sean independientes, necesitan saber pronto qué actividades le ayudarán a recuperar un grado óptimo de la intervención. <sup>(27)</sup>

Una vez seleccionados y avisados los posibles receptores de trasplante renal y a su llegada al centro trasplantador se procederá de inmediato a extraer muestras de sangre (10cc) para su envío al laboratorio de inmunología, donde se realizarán las pruebas cruzadas entre donante y receptor. La preparación prequirúrgica es similar al del resto de los pacientes de cirugía, añadiendo lógicamente varias peculiaridades.

ECG, Rx de tórax, hematología y bioquímica y pruebas cruzadas para banco de sangre.

Sesión previa de diálisis, si no ha sido dializado dentro de las 24 h. previas

Baño y rasurado del paciente

Preparación de la zona quirúrgica

Medicación preoperatorio inmunosupresora según sea pautado

Vendaje protector sobre la fístula arteriovenosa. <sup>(25)</sup>

En relación a la selección y validación del donante, los criterios de selección de donantes cadavérico no son todos absolutos, algunos son relativos y debe ser evaluados y discutidos sobre bases individuales, si bien siempre dentro de un amplio con un texto referencia al perseguido en la medida que se amplían los criterios de aceptación y se expande el número de donantes potenciales, se incrementan los denominados donantes marginales o donantes límite que precisan de una valoración clínica individualizada en función de sí mismos y de los posibles receptores. <sup>(29)</sup>

### **Bases legales**

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado Promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. <sup>(30)</sup>

De tal manera, que la salud es una necesidad esencial en la vida de los seres humanos, y es responsabilidad del Estado ofrecer servicios de calidad, y debe crear estrategias que vayan en función de promover la salud y prevenir enfermedades.

El trasplante o la disposición de órganos, tejidos, derivados materiales anatómicos provenientes de seres humanos, con fines terapéuticos, de investigación y de docencia, se rigen por las disposiciones de esta Ley. También la sangre y sus componentes, los ovarios, óvulos y espermatozoides, pero en estos casos deberá siempre solicitarse la aceptación del donante y receptor.

Esto implica que en Venezuela está aceptada por el donante y receptor, por lo que se considera necesario, crear cultura de la donación de órganos en el país para poder realizar los trasplantes oportunamente.

Artículo 2º. Para los efectos de esta Ley se entiende por:

- 1) Trasplante: la situación con fines terapéuticos de órganos, tejidos, derivados o materiales anatómicos por otros, provenientes de un ser humano donante vivo o muerto.
- 2) Disposición: el alto conjunto de actos relativos a la obtención, preservación, prevención, utilización, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres, incluyendo los de embriones fetos.
- 3) Donantes: el ser humano a quien, durante su vida o después de su muerte, bien sea por su propia voluntad o la de sus parientes, se le extrae órganos, tejidos derivados o materiales anatómicos con el fin de utilizarlos para trasplante de otros seres humanos, o con objetivos terapéuticos.
- 4) Receptor: el ser humano, en cuyo cuerpo podrán implantarse órganos, tejidos, derivados o cualquier otro material anatómico mediante procedimientos terapéuticos.
- 5) Órganos: entidad morfológica compuesta por la agrupación de diferentes que concurren al desempeño de la misma función.
- 6) Tejido: entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza y con una misma función.
- 7) Derivados: los productos obtenidos de tejidos, que tendrán aplicación terapéutica, diagnóstica o de investigación.
- 8) Cadáver: los restos integrados de un ser humano en el que se ha producido la muerte.
- 9) Ser humano: todo individuo de la especie humana.
- 10) Muerte: hay muerte clínica cuando se produce la ausencia de todos los signos vitales o, lo que es lo mismo, la ausencia total de vida.

Para los efectos de esta Ley, la muerte cerebral podrá ser establecida en alguna de la siguiente forma:

1) La presencia del conjunto de los siguientes signos clínicos. a) falta de respuesta muscular y ausencia de reflejos a estímulos externos, b) sensación de respiración espontánea comprobada, previa oxigenación por 10 minutos, c) pupilas fijas, midriasis y ausencia del reflejo corneal.

2) La sensación de la actividad eléctrica del cerebro, podrá ser determinada por absoluta sensación de la actividad del cerebro, comprobada eléctricamente. <sup>(31)</sup>

### **Objetivo General**

Proponer un Protocolo de Cuidados de Enfermería al receptor de un trasplante renal en la Unidad de Diálisis Hospital “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto – Edo. Lara. Año 2012.

### **Objetivos específicos**

Determinar los cuidados de enfermería en las etapas: preparación del receptor de trasplante, pre-trasplante y trasplante.

Determinar la factibilidad del Protocolo de Enfermería al receptor de un trasplante renal en todas sus etapas a través de la opinión del personal de enfermería y el paciente.

Diseñar el Protocolo de Enfermería al receptor de un trasplante renal en la Unidad de Diálisis.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Es proyecto factible con característica de estudio descriptivo, con un diseño de campo no experimental. El proyecto factible comprende las siguientes etapas: diagnóstico, factibilidad y diseño de la propuesta.

El diagnóstico tiene por finalidad detectar situaciones donde se pongan en manifiesto la necesidad de realizarlo.

La factibilidad indica la posibilidad de desarrollar un proyecto tomando en consideración la necesidad detectada, beneficio, recursos humanos, técnicas y los beneficiarios.

Diseñar el protocolo de cuidado de enfermería la receptor de un trasplante.

### **Población y Muestra**

Esta investigación, se realiza en el Hospital “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto – Edo. Lara, octubre junio 2009; Unidad de Nefrología utilizando dos estratos de población. Un primer estrato constituido por 20 pacientes que asisten a la unidad de nefrología realizarse tratamiento de hemodiálisis y asisten a la consulta de trasplante renal; el segundo estrato poblacional lo conforman 16 enfermeras que laboran en la unidad de hemodiálisis y la consulta de trasplante. No se hará selección de muestra se trabajará con el 100% e la población.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Pacientes que asisten a la consulta de trasplante (charla, información)

Personal de enfermería que labore en el área

### **Criterios de exclusión**

Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Personal de enfermería que para la fecha de aplicación esté de reposo médico, vacaciones.

### **Procedimiento**

Como técnica de recolección, se utilizarán dos (2) encuestas: una dirigida a los pacientes y otra al personal de enfermería. Dichas encuestas están estructuradas por preguntas cerradas dicotómicas con alternativas SI-NO.

Se solicitó autorización al Director del área clínica de nefrología para aplicar los instrumentos de la investigación.

Se elaboró el consentimiento informado para los pacientes, se solicitó autorización por escrito.

Se aplicó el cuestionario a los pacientes el mismo estará conformado por 16 ítems para ser llenado por los mismos, según su criterio. Turno: 7 am. a 1 pm. / 1 pm. a 7 pm. antes del tratamiento de hemodiálisis o cuando asistan a la consulta.

Se pasó comunicación a la Jefe de Enfermería solicitando autorización para aplicar el cuestionario.

Se aplicó un cuestionario al personal de enfermería conformado por 22 ítems de respuestas dicotómicas SI-NO.

Se entregó a cada enfermera durante su jornada 7 a 1 pm. / 1 a 7 pm.

### **Tratamiento estadístico**

Los datos que se obtengan del instrumento aplicado será organizado y tabulado en frecuencias y porcentajes, para luego proceder a su graficación en diagramas de barras que permitirán tener una mejor visión de las diversas alternativas de respuestas seleccionadas por los sujetos de la muestra y análisis; es decir, se aplicó la estadística descriptiva. Los datos obtenidos se vaciaron en hojas de cálculo del Software SPSS®, donde se realizó el análisis estadístico mediante frecuencias absolutas, porcentajes así como gráficos descriptivos de cada una de las variables estudiadas.

## RESULTADOS

Para analizar los datos obtenidos de los instrumentos aplicados, los mismos se agruparon en dos partes; una donde se organizaron los datos obtenidos del cuestionario aplicado a los pacientes la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara, y otra donde se muestran los datos obtenidos del cuestionario aplicado a los profesionales de enfermería

### Resultados obtenidos del cuestionario aplicado a los pacientes

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuestionario aplicado a los pacientes con en referencia a la propuesta de un protocolo de cuidado de enfermería al receptor de un trasplante renal en la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara; los resultados obtenidos se resumen de la siguiente manera:

- a) Datos socio-demográficos

**Cuadro 1. Distribución de frecuencia y porcentual del sexo de los paciente encuestados en el Hospital “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto – Edo. Lara.**

<b>Sexo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Femenino	14	47 %
Masculino	16	53%
Total	30	100%

**Gráfico1. Distribución de frecuencia de las edades de los pacientes encuestados**

**Cuadro 2. Distribución de frecuencia y porcentual de la zona de procedencia de los pacientes en el Hospital “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto – Edo. Lara.**

<b>Procedencia</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Urbana	18	60%
Rural	12	40%
Total	30	100%

**Gráfico2. Distribución de porcentaje del grado de instrucción de los pacientes**

Como se aprecia en los resultados de los datos socio-demográficos de los pacientes la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara mostrados anteriormente, el 53% de son de sexo masculino, mientras que el 47% restante son de sexo femenino; las edades oscilan entre 25 y 67 años siendo la edad promedio entre 36 y 45 años. Igualmente, el 60% provienen de zonas urbanas del estado Lara, en tanto que el 40% proviene de zonas rurales. Asimismo, el 60% posee estudios de primaria, el 34% alcanzo el nivel secundario; un 3% es técnico superior universitario y el otro 3% restante alcanzo la licenciatura.

b) Datos del cuestionario

**Cuadro 3. Distribución de frecuencia y porcentajes del cuestionario aplicado a pacientes la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara. Aspecto conocimientos antes del trasplante.**

ITEMS	SI		NO		TOTALES	
	F	%	f	%	f	%
1.- Estar en lista de espera	30	100%	0	0%	30	100%
2.- Saber tipo de Sangre	30		0	0%	30	
3.- saber necesidad de trasplantar el riñón	30	100%	0	0%	30	100%
4.-Saber quien puede donar	30	100%	0	0%	30	100%
5.- Información sobre donación de riñón de trasplante cadaverico	30	100%	0	0%	30	100%
6.- Pruebas cruzadas	5	17%	25	83%	30	100%
7.- Buen estado físico	25	83%	5	17%	30	100%
8.-Conocimiento de los exámenes para entrar en lista de espera	24	80%	6	20%	30	100%
9.- Firma de autorización	24	80%	6	20%	30	100%

Como muestran los resultados obtenidos, los pacientes de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara en relación a la propuesta de un protocolo de cuidado de enfermería al receptor de un trasplante renal conoce los aspectos a seguir antes de trasplantarse.

**Cuadro 4. Distribución de frecuencia y porcentajes del cuestionario aplicado a pacientes la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara.. Aspecto conocimientos después del trasplante.**

ITEMS	SI		NO		TOTALES	
	F	%	f	%	f	%
10.- Autocuidado después del trasplante	2	7%	28	93%	30	100%
11.- Orientaciones después del trasplante	2	7%	28	93%	30	100%
12.- Conocimiento sobre reacción al medicamento inmunosupresor	2	7%	28	93%	30	100%
13.- Complicaciones	4	13%	26	87%	30	100%
14.- Ejercicios respiratorios	2	7%	28	93%	30	100%
15.- Alguien que presente gripe	6	20%	24	80%	30	100%

Como muestran los resultados obtenidos, los pacientes de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara en relación a la propuesta de un protocolo de cuidado de enfermería al receptor de un trasplante renal no conoce los aspectos a seguir después de trasplantarse puede ser un factor de riesgo que conlleva a una disfunción precoz del riñón trasplantado, lo que permite evidenciar la falta de información sobre el autocuidado y la importancia del mismo.

## **Resultados obtenidos del cuestionario aplicado a profesionales de enfermería**

El instrumento se aplicó a 15 profesionales de enfermería el mismo versa sobre los propuesta de un protocolo de cuidado de enfermería al receptor de un trasplante renal de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara. Los resultados obtenidos se muestran en los siguientes cuadros:

### a) Datos socio-demográficos

**Cuadro 5. Distribución de frecuencia y porcentual del sexo de los profesionales de enfermería de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara**

<b>Sexo</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Femenino	11	73%
Masculino	4	27%
Total	15	100%

**Cuadro 6. Distribución de frecuencia y porcentual de la procedencia de los profesionales de enfermería de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara**

<b>Procedencia</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Lara	13	87%
Maracay	1	6,5%
Yaracuy	1	6,5%
Total	15	100%

**Gráfico 4. Distribución de porcentaje del grado de instrucción de los profesionales de enfermería de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara**

Como se aprecia en los resultados de los datos socio-demográficos de los pacientes mostrados anteriormente, el 73% de son de sexo femenino, mientras que el 27% restante son de sexo masculino; las edades oscilan entre 25 y 67 años siendo la edad promedio entre 36 y 45 años. Igualmente, el 87% provienen del estado Lara, en tanto que el 13% restante proviene del Estado Yaracuy y del Estado Aragua. Asimismo, el 60% posee estudios de licenciatura, un 20% es técnico superior; otro 20% es especialista; no existen profesionales con grado de doctorado.

a) Datos del cuestionario

**Cuadro 7. Distribución de frecuencia y porcentajes sobre los cuidados de enfermería a pacientes receptores de trasplante de riñón en el Hospital “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto – Edo. Lara.**

ITEMS	SI		NO		TOTALES	
	F	%	f	%	f	%
1.-Conocimiento del contenido de la historia de enfermería al receptor de un trasplante renal	0	0%	15	100%	15	100%
2.-Conocimiento sobre los grupos sanguíneos de los pacientes tratamiento hemodialítico	0	0%	15	100%	15	100%
3.-Información a los pacientes que reciben tratamiento hemodialítico sobre pruebas cruzadas	0	0%	15	100%	15	100%
4.-Conocimiento sobre el estudio de cross-mach	0	0%	15	100%	15	100%
5.-Orientación a los	15	100%	0	0%	15	100%

pacientes sobre el peso seco						
6.-Conocimiento sobre las infecciones que son criterios de exclusión de un trasplante	0	0%	15	100%	15	100%
7.-Conocimiento del trasplante sobre la calidad de vida del paciente	15	100%	0	0	15	100%
8.-Conocimiento sobre las pruebas cualitativas que se le hacer al receptor de un trasplante	0	0%	15	100%	15	100%
9.-Coocimiento sobre la orientación que recibe un paciente previo a la entrada en lista de espera	0	0%	15	100%	15	100%
10.- Conocimiento sobre los estudios radiológicos que realizan a un paciente receptor de un trasplante	2	7%	13	93%	15	100%
11.- Conocimiento sobre el objetivo de los estudios radiológicos que realizan a un paciente receptor de trasplante	0	0%	15	100%	15	100%
12.- Conocimiento de por qué un paciente receptor de trasplante tenga actualizados los marcadores virales	0	0%	15	100%	15	100%
13.- Conocimiento de por qué se debe solicitar autorización por escrito del consentimiento informado de un paciente receptor de trasplante	0	0%	15	100%	15	100%
14.- Revisión de un consentimiento informado de un paciente receptor de trasplante Planes de atención	0	0%	15	100%	15	100%
15.- Conocimiento sobre la importancia de la enfermera	0	0%	15	100%	15	100%

para la educación del paciente en todas las etapas del trasplante						
16.- Cree que el paciente a ser trasplantado debe recibir información del Autocuidado en hemodiálisis en forma y verbal y escrita	0	0%	15	100%	15	100%
17.- Conocimiento sobre el contenido de un protocolo de prevención de enfermedad respiratoria en el trasplante	0	0%	15	100%	15	100%
18.- Ha dado información sobre importancia del cumplimiento del tratamiento inmunosupresor, dosis, hora, efectos colaterales	0	0%	15	100%	15	100%
19.- Conocimiento sobre importancia de educar al paciente en las diferentes etapas del trasplante	0	0%	15	100%	15	100%
20.- Conocimiento sobre importancia de educar al paciente sobre las complicaciones del trasplante	0	0%	15	100%	15	100%
21.- Conocimiento de la existencia de un protocolo de cuidado de enfermería para paciente trasplantado	0	0%	15	100%	15	100%
22.- Factibilidad de aplicar el protocolo	15	100%	0	0%	15	100%

Como se aprecia en estos resultados los profesionales de enfermería de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara desconocen los aspectos más importantes que debe contener un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes receptores de trasplante. Igualmente se

evidencia la falta de conocimiento sobre trasplante renal y su solución, factores de riesgo, lo que hace necesario el diseño de un protocolo de cuidados.

## **Discusión**

Como se pudo evidenciar en los resultados, los pacientes hemodialítico de la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, Edo. Lara conocen los aspectos a considerar antes de un trasplante de riñón; pero desconocen totalmente los aspectos fundamentales que se deben considerar después de un trasplante renal.

De igual manera los profesionales de enfermería, desconocen totalmente los aspectos fundamentales sobre cuidados de enfermería antes y después de un trasplante renal por lo que queda clara la necesidad de diseñar un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes receptores de trasplante renal de la

Que permita una atención para reforzar la información, orientación y educación del paciente en cuanto a capacidad de autocuidado, el conocimiento de aspectos relevantes antes y después del trasplante, como también cumplir con el tratamiento higiénico, clínico, farmacológico y en prevención de complicaciones.

## **Conclusiones**

En la actualidad los servicios de salud han cambiado la concepción de la atención a los pacientes basada en aspectos meramente asistenciales y curativos, a la incorporación de una nueva prestación de Servicio bajo el modelo de atención en promoción y prevención de la salud, donde la educación está incorporada a la atención en salud y el paciente debe participar de manera responsable en su autocuidado.

Como se puede observar los profesionales de enfermería desconocen los contenidos del protocolo de cuidados en todas sus etapas del trasplante. Los cuidados de enfermería estarán encaminadas a favorecer la supervivencias del injerto y prevenir el rechazo evitando y detectando precozmente las posibles complicaciones.

Por ende, se deben propiciar planes de acción para abordar las necesidades, intereses y problemas identificados; fomentar hábitos y estilos de vida

saludables, optimizando la calidad de vida del paciente; disminuir la comorbilidad; coordinar la asistencia y proporcionar continuidad a los tratamientos instaurados y establecer un vínculo enfermero-paciente-familia basado en el conocimiento y confianza mutua que facilite los procesos educativos. Por lo que se determinará la factibilidad en la opinión del personal de enfermería y el paciente.

Tratándose de la enfermedad renal crónica una limitación existentes para afrontar la vida cotidiana al tratarse de una situación irreversible debido debemos ayudar al paciente y a su entorno a conocer al máximo la situación a la que se enfrentan tratando de tener en cuenta sus problemas personales como situación económica, aislamiento social, falta de conocimientos, falsas creencias, etc.

Por tanto, se le deben suministrar la mayor información, orientación y educación posible al paciente. En el caso que me ocupa, a través de los resultados obtenidos en este estudio es factible la propuesta de un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes receptores de trasplante renal para la unidad de hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto, por lo que conlleva al diseño del protocolo antes mencionado.

### **Recomendaciones**

Como se aprecia en los resultados obtenidos en este estudio, el protocolo propuesto posibilita un enfoque integral del usuario y su familia que permite educar al profesional de enfermería, al paciente receptor y a los demás pacientes con enfermedad renal crónica sobre los cuidados de enfermería antes y después de recibir un trasplante renal. En otras palabras, permite realizar acciones concretas e independientes en el área de enfermería, siendo una de ellas la educación, entendiendo a ésta como un proceso de enseñanza-aprendizaje, donde el saber no es solo del profesional de la salud, sino al paciente, a su familia y a toda la población en general en promoción y prevención.

Se recomienda, entonces diseñar e implementar el presente protocolo para favorecer las diferentes etapas de promoción, prevención, cuidados y tratamiento de pacientes receptores de trasplante renal

## REFERENCIAS

1. Casamiquela, J.A. Fortuny, c. Ventura, I. Cuidados de enfermería en la Insuficiencia Renal. Madrid Ed. G Enar S.A. Coordinación Editorial Galelery/Healthcom, 1993.
2. Gauntlett Beare P, Myers, J.L. Enfermería médico-quirúrgica. 3ª ed. Madrid. Ed. Harcourt-Brace 1996 p..168-850 1746-1758.
3. Andreu, L. Force, E. La enfermería y el trasplante de órganos. Madrid Médica Panamericana 2004.
4. Kopple, J. Tratamiento nutricional de la Insuficiencia Renal Crónica. En Insuficiencia Reinal Crónica. Eds Llach F, Valderrabano, f. Madrid Ed Normal SA 1990 p.447-481.
5. Ruiz, J. Estudios inmunológicos del donante y receptor de trasplante. Madrid España 2002: 715.
6. Dossier renal. Organización Nacional de Trasplante. Disponible en [http://www.ontes/Estadistica?accion=1&id\\_nodo=19&id\\_estadistica=22&p\\_erfile](http://www.ontes/Estadistica?accion=1&id_nodo=19&id_estadistica=22&p_erfile) (Consultado wl 10/07/2005)
7. Sociedad Española de enfermería nefrológica (2005) ISSN 1130-1375 Volumen 9 (2) Documento en línea <http://scielo.iscili> consultado el 26 de abril de 2008.
8. Beriango, J. Indicaciones del trasplante renal. Preparación preoperatoria. En Andreu, L. Force, F. La enfermería y el trasplante de órganos Madrid Ed Médica Panamericana 2004.
9. Gaceta Oficial 4.497 Extraordinaria 03 de diciembre Caracas 1992.
10. Bastidas, M. Propuesta de un protocolo de cuidados de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Madrid España 2000:300.
11. Valera, SJ La evolución de trasplante renal. Segovia – España 2003-2004.
12. Berrios, G. y Campos, L. Actitud del profesional de enfermería hacia la donación, promoción de órganos. Caracas 2008.
13. Cabezas, D. Grenda, L. y Jardín, F. Programa de orientación sobre la donación de riñón dirigido a familias de usuarios. Caracas 2007.

14. Navarro, L. Implementación del protocolo de enfermería pretrasplante renal. Madrid España 2007.
15. Ventura, V. sustitución de la función renal. Barcelona-España 2003:p.57-61.
16. Avendaño, L. Nefrología Clínica. Madrid-España 1998: p.139-145
17. Trivido, A. Tratado e nefrología. México 2003: p. 1232-1250.
18. Khanna, R. y Oreopocelos, D. Peritoneal Diálisis Renal Discase 2003: p.12-17
19. Cárdena, J. Donación y trasplante renal. Aspectos clínicos. Madrid España 2003: p.1826-1828.
20. Andrés, A. Rodicio, JL Donantes y receptores de trasplante renal. En Llach, F. Valderrabano, F. Insuficiencia Renal Crónica, diálisis y trasplante. Madrid Norma 1997; volumen 2.
21. Ricart, MJ Trasplante renopancreático En Andreu, L. Force, E. La enfermería y el trasplante de órganos. Madrid Ed Médica Panamericana, 2004.
22. Avendaño, L. Nefrología Clínica Madrid-España 2003:p.360.
23. Rochera, A. Atención de enfermería en el trasplante renal. En Andreu, L. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal 2ª ed Barcelona Masson, 2001: p.330-338.
24. Grupo de trabajo ONT-SEN Anexo II Documento de consenso ONT-SRN sobre trasplante, riñón-páncreas. Revista Nefrología 1995: 15 Supl 3.
25. Sociedad Médica de Nefrología Unidad de Cuidados. Donante receptor de trasplante. Madrid España 2005.
26. Organización Nacional de Trasplante de Venezuela (ONTV) 2004.
27. Anduja, J. cuidados de enfermería en el postoperatorio del trasplante renal. En Andreu, L. Force, E. La enfermería y el trasplante de órganos. Madrid Ed Médica Panamericana 2004.
28. García, P- Cuidados integrales de enfermería Bogotá-Colombia 2003: p.16-20.
29. Aviles, C. Manual de capacitación de pacientes trasplantados. Medellín-Colombia 2000.

30. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Gaceta Oficial N° 5453. 2000 Caracas.
31. Bases legales en el trasplante de órganos, tejidos. Caracas-Venezuela (1992 capítulo 4 Artículo 2).
32. Avendaño, L. Nefrología Clínica Madrid-España 2003: p.360.
33. Phaneu, M. PHD. La planificación de los cuidados de enfermería. 1995:p.253-254.

## ANEXOS

## PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

### Instrucciones:

1. Deben llenar de forma clara y completa lo que a continuación se le remite, coloque una sola opción en los ítems que contengan varias opciones.
2. Marque con una equis (X) la opción que usted considere según su opinión es la correcta: SI – NO.
3. Esta encuesta es de carácter individual, los resultados obtenidos se utilizarán con fines académicos e investigativos.
4. Esta encuesta está dirigida a pacientes con tratamiento hemodiálisis, consulta de trasplante.

### Parte I:

#### Datos demográficos

1. Edad: 25-35 años \_\_\_\_\_  
36-45 años \_\_\_\_\_  
46-55 años \_\_\_\_\_  
56-65 años \_\_\_\_\_
2. Sexo: Femenino \_\_\_\_\_  
Masculino \_\_\_\_\_
3. Procedencia: Urbano \_\_\_\_\_  
Rural \_\_\_\_\_
4. Grado de instrucción: Primaria \_\_\_\_\_  
Secundaria \_\_\_\_\_  
T.S.U. \_\_\_\_\_  
Universitaria \_\_\_\_\_

1. ¿Usted está en lista de espera para trasplante del riñón?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es la importancia del tipo de sangre?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. ¿Usted sabe por qué necesita trasplante de riñón?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. ¿Usted sabe quién puede donarle el riñón para trasplante?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
5. ¿Usted sabe qué necesita para recibir un riñón de donante cadavérico?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. ¿Le han informado para qué se hacen las pruebas cruzadas?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
7. ¿Usted sabe por qué debe mantenerse en buen estado físico, si opta por un trasplante de riñón?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
8. ¿Se ha realizado los exámenes para entrar en lista de trasplante?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
9. ¿Usted sabe por qué debe firmar la autorización de ingreso a la lista de trasplante?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
10. ¿Ha recibido información del autocuidado después del trasplante?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. La orientación acerca de los medicamentos por trasplante, le quedó bien claro?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. ¿Sabe qué hacer si se le presenta una reacción al medicamento inmunosupresor?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13. Después del tratamiento se el puede presentar algunas complicaciones ¿Sabe cuáles son?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14. ¿Ha practicado el ejercicio respiratorio para cuando lo trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15. ¿Le han orientado qué hacer si después del trasplante renal , si en su entorno alguien presenta gripe?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

### Instrucciones:

1. Deben llenar de forma clara y completa lo que a continuación se le remite, coloque una sola opción en los ítems que contengan varias opciones.
2. Marque con una equis (X) la opción que usted considere según su opinión es la correcta: SI – NO.
3. Esta encuesta es de carácter individual, los resultados obtenidos se utilizarán con fines académicos e investigativos.
4. Esta encuesta está dirigida a pacientes con tratamiento hemodiálisis, consulta de trasplante.

### Parte I:

#### Datos demográficos

1. Edad: 25-35   
36-45   
46-55   
56-65
2. Sexo: Femenino  Masculino
3. Nivel académico: Técnico Superior Universitario   
Licenciada (o)   
Especialista   
Doctorado
4. Religión: \_\_\_\_\_
5. Procedencia: \_\_\_\_\_

1. Conoce usted los datos que contiene la historia de enfermería al receptor de un trasplante renal.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. Conoce los grupos sanguíneos de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. Usted le ha informado a los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, ¿para qué son las pruebas cruzadas para el trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. Usted sabe lo qué es el estudio Cross-match.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. Usted ha orientado a los pacientes de hemodiálisis la importancia de mantener un peso seco o ideal para optar por un trasplante.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6. Usted sabe cuáles son las infecciones que son criterios de exclusión de un trasplante.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7. Usted sabe cómo influye el trasplante renal en la calidad de vida del paciente-familia.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8. Usted tiene conocimiento de las pruebas cualitativas que se hacen al paciente receptor de un trasplante.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. Usted sabe cuál es la orientación que recibe un paciente previo a la entrada en lista de espera.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10. Usted sabe ¿Cuáles con los estudios radiológicos que se le realiza a un paciente receptor de un trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. Usted sabe ¿cuál es el objetivo de los estudios radiológicos que se realizan al paciente pre-trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. Usted sabe por qué el paciente receptor de un trasplante tenga actualizado los marcadores virales.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13. Usted sabe por qué se debe solicitar autorización por escrito del consentimiento informado del paciente que será trasplantado.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14. Usted ha revisado el consentimiento informado para el paciente que será trasplantado.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_;

15. Usted sabe ¿Cuál es la importancia que tiene la enfermera para la educación del paciente en todas las etapas del trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16. Usted cree que el paciente que va a ser receptor de un trasplante, debe recibir información del autocuidado en forma verbal y escrita.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

17. Usted sabe ¿Cuál es el contenido del protocolo de prevención de enfermedad respiratoria en el trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18. Usted ha dado información al paciente, la importancia del cumplimiento del tratamiento inmunosupresor, dosis, hora, efectos colaterales?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

19. Usted sabe ¿Cuál es la importancia de educar al paciente en las diferentes etapas del trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

20. Usted sabe ¿Cuál es la importancia de educar al paciente sobre las complicaciones del trasplante?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

21. ¿Existe en la consulta de trasplante, protocolo de cuidado de enfermería?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

22. Considera factible aplicar el protocolo propuesto?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, he sido informado por: **Vicenta Emilia Montes Camejo**, acerca de los objetivos que persigue el trabajo de investigación titulado: **Protocolo de cuidados de enfermería al receptor de un trasplante en la Unidad de Hemodiálisis “Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto – Edo. Lara**, realizando las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de esta investigación. Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del familiar o representante: \_\_\_\_\_

Nexo: \_\_\_\_\_

Firma del familiar o representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Ha discutido el estudio con el paciente mencionado.

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO DE  
ENFERMERÍA AL RECEPTOR DE UN TRASPLANTE  
RENAL EN LA UNIDAD DE DIÁLISI**

## **Introducción**

El presente protocolo se diseña con el propósito de consolidar la información idónea para el paciente que va a recibir trasplante de riñón.

El diseño de este protocolo constituye el resultado del estudio de investigación fortalecido por documentos bibliográficos y revisión de otros protocolos. La adquisición de nuevos conocimientos nos conlleva a proporcionar a tener de este diseño, cuidados adecuados, oportunos e integrales.

Protocolo es un conjunto de acciones que se aplica de modo normalizado, bien para el tratamiento de una enfermedad, procedimiento, disposición extra de una actividad con especificaciones de su denominación, las condiciones en que se ejecutan las características de la persona o grupo que se lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto.

Un protocolo es un instrumento indispensable en una organización, ya que determinan, de buena manera la forma de actuar y en consecuencia influye en todo proceso.

La finalidad de crear un protocolo para pacientes que van a recibir un trasplante de riñón, es proporcionar la mejor calidad de vida con un enfoque “holístico”, es decir, abordaje espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, a sus familiares y a las demás personas encargadas de su cuidado.

El mismo es necesario para el profesional que atiende al paciente que va a recibir un trasplante de riñón, usualmente estos lineamientos son

fundamentales para la ejecución de acciones. Es importante entender que la familia y pacientes viven “una situación de gran impacto emocional, que no se da en ninguna otra situación”, lo que hace necesario a los profesionales tengamos una sensibilidad especial y una formación específica para tratarla y que la comunicación del profesional sanitario con la familia y el afectado es un aspecto fundamental en estas situaciones.

El personal de enfermería signada al área de trasplante deberá cumplir y hacer cumplir las siguientes orientaciones:

1. Prohibido fumar cigarrillos y consumir drogas psicotrópicas dentro de los ambientes pre-trasplante, trasplante y pos-trasplante.
2. Notificar al personal médico cualquier situación anormal del personal de enfermería que esté afectado por una enfermedad viral, infecciosa para canalizar su rotación a otras áreas.
3. Cumplir con las normas de bioseguridad y precauciones universales.
4. Todo el personal de salud del equipo multidisciplinario deberá aplicar las normas y técnicas de asepsia, antisepsia y precauciones universales.
5. El personal de enfermería encargado de los cuidados asistenciales del paciente trasplantado utilizará equipo de protección en las siguientes situaciones:
  - ✓ Al entrar a la habitación del trasplantado
  - ✓ Al tomar muestra de sangre para examen de laboratorio
  - ✓ Medición de líquidos corporales
  - ✓ Al realizar cura de herida operatoria

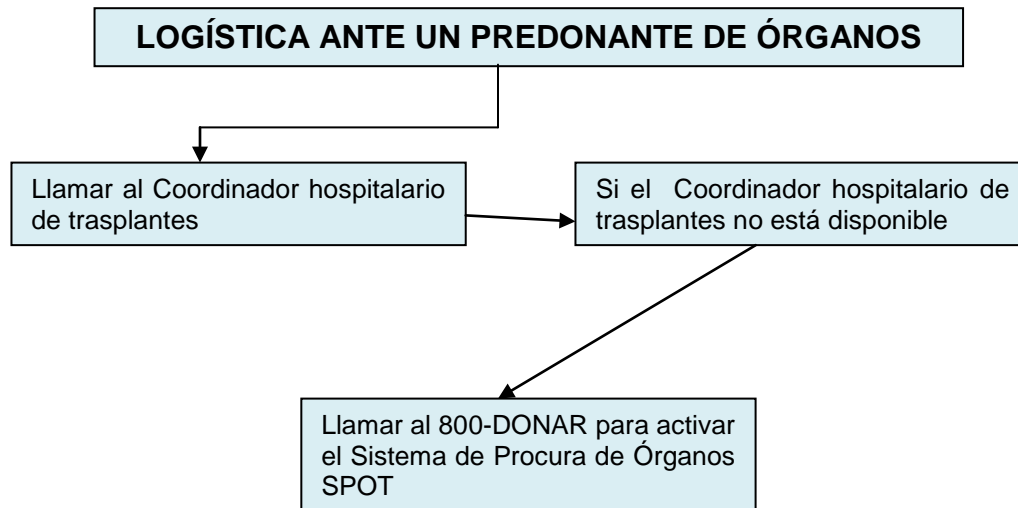
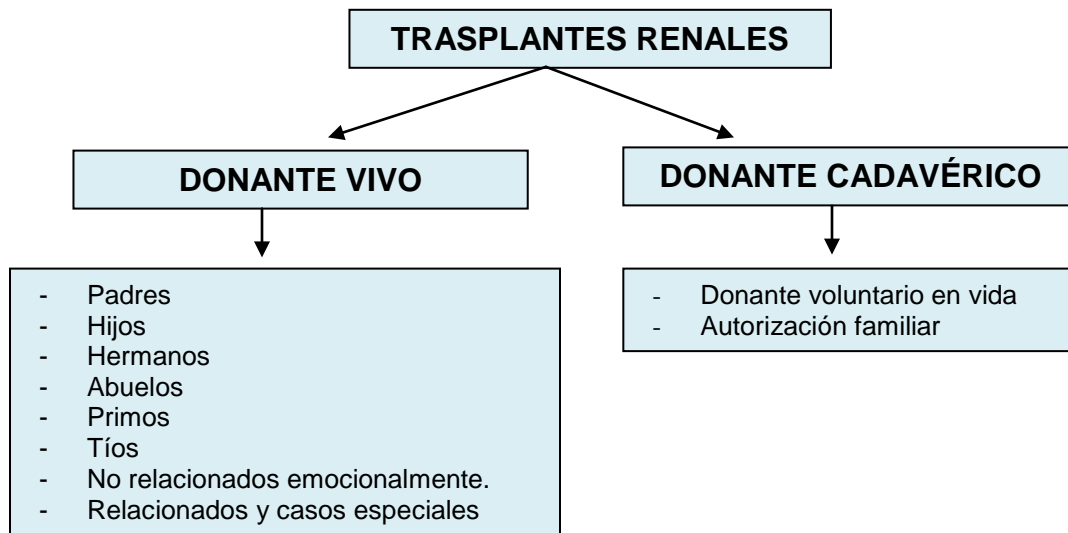
- ✓ Medición de presión venosa central
  - ✓ Administración de medicamentos
  - ✓ Tomar frotis faríngeo
  - ✓ Instrumentación de catéter, procedimientos quirúrgicos.
6. El equipo de protección que utilizará al personal de enfermería en las situaciones mencionadas anteriormente, contará:
- ✓ Mascarilla
  - ✓ Guantes estériles
  - ✓ Bata estéril
  - ✓ Campos estériles
  - ✓ Gorro
7. El personal de enfermería deberá:
- a. Lavarse las manos al entrar y salir, después de manipular al paciente, manipulación de desechos.
  - b. al realizar cuidados directos al paciente trasplantado, debe quitarse la bata de protección al salir de la habitación
  - c. Registrar cualquier incidente
  - d. Registrar medición de presión: pulso, temperatura, peso
  - e. Extracción y rotulación de muestra para el laboratorio
  - f. Revisión de la medicación, dosis, horario, vía
  - g. Educación de los hábitos higiénicos y dietéticos
  - h. Enseñanza de la fisioterapia respiratoria

8. El personal de enfermería asignado al cuidado del paciente trasplantado renal deberá:

- ✓ Permanecer en el área de trasplante
- ✓ Evitar el ingreso de personas no autorizadas
- ✓ Restringir las visitas y circulación en el interior de la habitación durante la primera semana
- ✓ Debe conocer el protocolo de prevención de las infecciones respiratorias en período pos-trasplante renal
- ✓ Debe colocar en práctica el protocolo de prevención de infecciones quirúrgicas en el pos-trasplante renal inmediato tardía.

9. Los cuidados de enfermería en el trasplante renal en todas las etapas:

- a. Obtención de órganos
- b. Preparación del receptor
- c. Mantenimiento el donante cadáver
- d. Preparación edl receptor
- e. Preparación del donante vivo
- f. Atención en el perioperatorio
- g. Pre. Trasplante inmediato
- h. Pos-trasplante inmediato
- i. Pos-trasplante ambulatorio



**CONDICIONES A CONSIDERAR EN LA  
ACEPTACIÓN DEL PREDONANTE**

- Tumores malignos (tumores cerebrales primarios son aceptados a menos que haya derivaciones cerebro venosas o a peritoneo)
- Sepsis no controlada en el momento de la procura
- VIH positivo
- Marcadores HVB y HVC positivos

**EXÁMENES REQUERIDOS EN TODOS LOS  
DONANTES CADAVÉRICOS**

- Hematología
- Electrolitos
- Típeaje de sangre
- Serología para hepatitis B y C
- VDRL
- Serología para HIV
- Títulos de anticuerpos contra CMV
- Hemocultivos y urocultivos si ha estado hospitalizado más de 72 horas.

## EXÁMENES EN DONANTES RENALES

- Examen de orina
- Creatinina sérica
- BUN

## MANTENIMIENTO DEL DONANTE

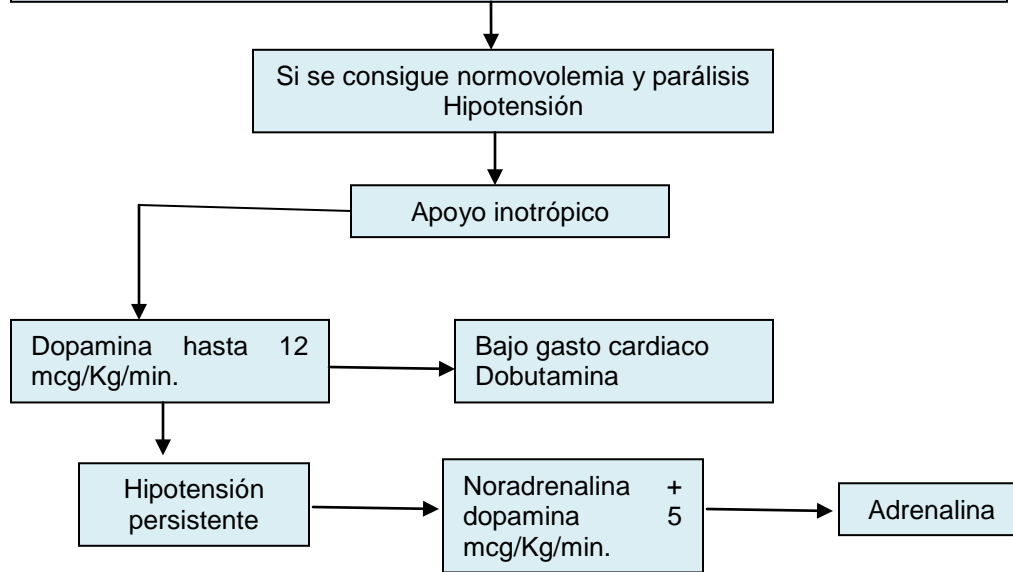
### Objetivos

- Temperatura corporal 35°C
- Fr. Cardíaca = 100 ppm
- TA sistólica > 100 mmHg
- PVC: 10-12 cm H<sub>2</sub>O
- PCP: 8-14 mmHg
- Diuresis: adulto: > 1 ml/Kg/hora  
Niños: > 2 ml/Kg/hora
- Gasometría: pH: 7.35-7.45. PaCO<sub>2</sub>: 35-45. PaO<sub>2</sub>: 100 mmHg

## EVALUACIÓN DEL RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL

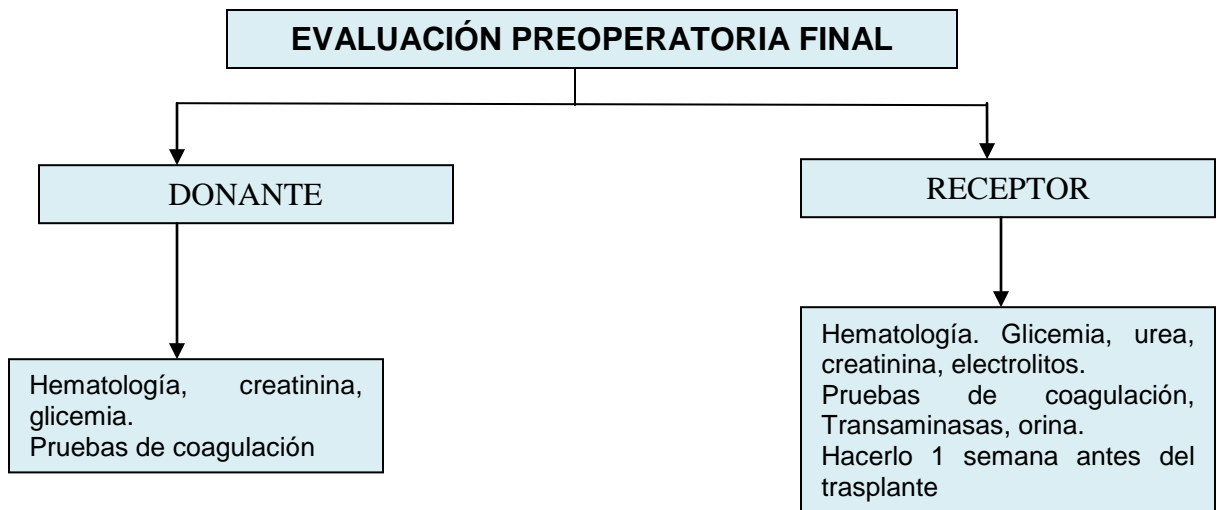
Examen	Repetir cada:
Tipejo de sangre	
Tipeaje de tejidos y prueba cruzada	
Historia clínica	
Examen físico	1 año
<b>Evolución urológica</b>	
Cistografía miccional:	
Con reflujo: corregir si hay indicación	
Capacidad vesical: < 100 cc:	
Sin reflujo hidrodistensión	2/semanas Hasta 150 cc, luego c/15 días X 4 veces; luego 1 mensual
Capacidad vesical 100-150 cc	
Sin reflujo capacidad vesical	3 meses
Capacidad vesical 150-250 cc	
Sin reflujo capacidad vesical	6 meses
Capacidad vesical >= 250 cc	
Sin reflujo capacidad vesical	12 meses
Cistoscopia: > 40 años al normal	3 años
PSA en Z 40 años	1 año
Evaluación de vías digestivas	
Endoscopia superior	2 años
Endoscopia inferior (> 45 años)	3 años
Ecosonograma abdominal	2 años
Evaluación odontológica	1 año
Evaluación ginecológica	2 años
Citología de cuello uterino	1 año
Laboratorio: incluyendo marcadores de hepatitis, HIV, ç (CMV: solo IgG; no se repite si es positivo)	6 meses y pre TX
Rx de tórax:	1 año
Mamografía: si antecedentes familiares y > 30 años	5 años
No antecedentes familiares y > 40 años	3 años
<b>Evaluación cardiovascular</b>	
A) No diabéticos:	
a. Asintomático < 50 años:	
Si < de 2 factores de riesgo: Rx de tórax, ecocardiograma ECG	2 años
Si Z 2 factores de riesgo: eco con dobutamina o Prueba de esfuerzo	2 años
b. Asintomático: 50 años	
Eco con dobutamina o prueba de esfuerzo	2 años
c. Asintomático con enfermedad coronaria o Valvular o sintomático en evaluación inicial: Prueba de esfuerzo o eco con dobutamina	
	1 año
B) Diabéticos: eco con dobutamina o tallo + Doppler de Miembros inferiores	
	1 año
<b>Factores de riesgo:</b>	
-Diálisis > 3 años	
-Hombre > de 45 años con historia familiar de primer grado De cardiopatía isquémica	
- Fumador actual	
-Hipertensión	
-Colesterol > 200 mgr%	
-HDL < de 35 mgr%	
-HIV	
-Enfermedad primaria con riesgo de arterioesclerosis	

## MANTENIMIENTO DEL DONANTE DE ÓRGANOS

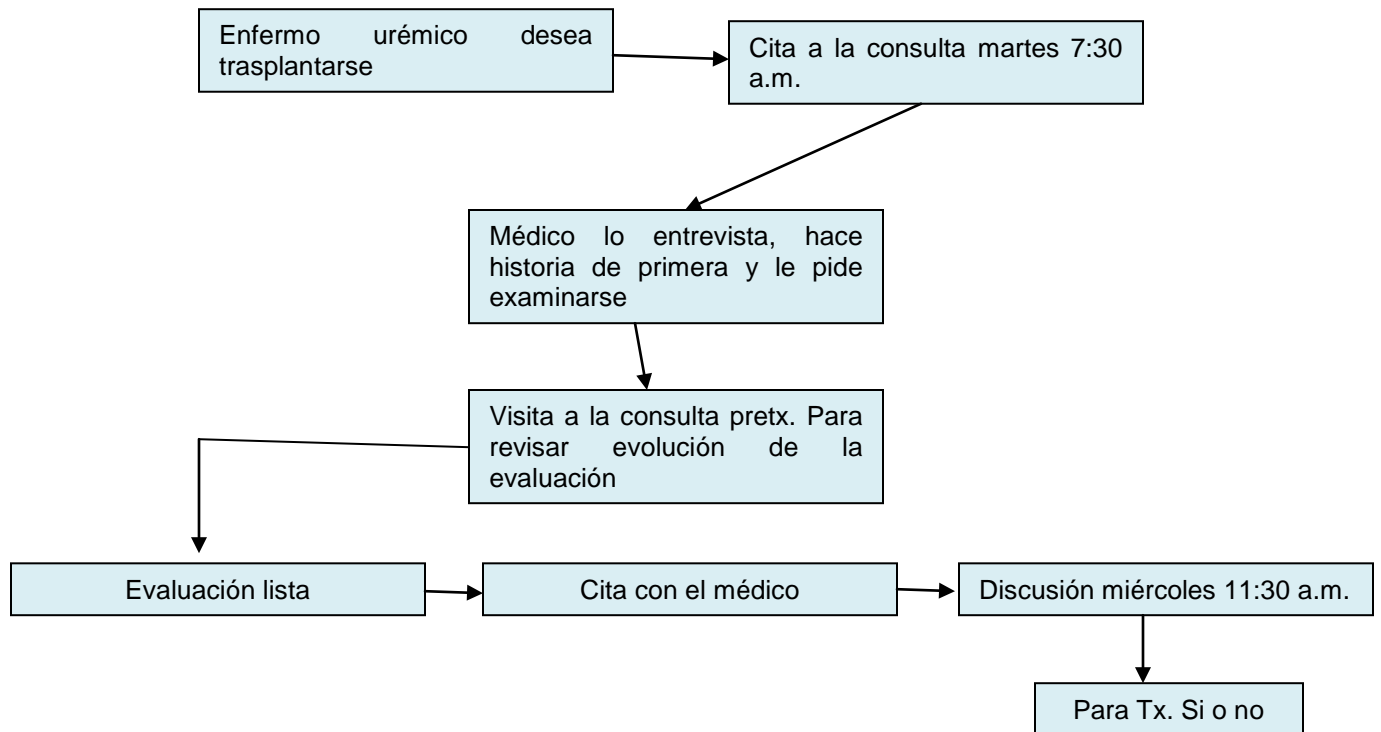


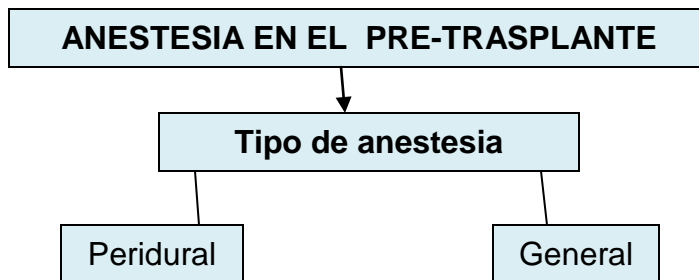
## TOMA DE MUESTRAS PARA EL LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA

- Muestra de ganglio: preferiblemente inguinal (2 ó 3), preservarlos en solución salina estéril a temperatura ambiente. Nunca en hielo o congelado
- Muestra de sangre: 10-15 cc de sangre con EDTA 10 cc de sangre con heparina (0.1 cc de heparina por 10 cc de sangre)
- Las muestras de sangre no deben estar a baja temperatura o congeladas,



**FLUJOGRAMA DE LA CONSULTA DE PRE-TRASPLANTE**





### **MANEJO DE LÍQUIDOS INTRAOPERATORIOS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE**

Alternar solución salina 0.9% o Rínger con Solucel o coloide similar para mantener PVC mayor de 15 cms de agua.

En receptores de cadáver: 12.5 gr de manitol + furosemida 80 mgr IV 20 min. Antes de abrir clampa vasculares

### **CUIDADO INTRAOPERATORIO DE LA VEJIGA DEL RECEPTOR**

Solución 0.9% 500 cc + 80 mgr de Gentamicina:  
Instilar a la capacidad vesical máxima, drenar inmediatamente, repetir el proceso y la última infusión se deja en vejiga y se pinza la manguera del cistofio para que no se vacíe.

## TRAMITACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA TRASPLANTE DE DONANTE NO RELACIONADO

### Solicitar autorización al MSDS

- Informe médico: identificación del paciente , N° de historia, ausencia de donantes vivos relacionados, causas para no incluir en lista para donante cadavérico
- Constancia de la disposición voluntaria de donación, certificación del vínculo en caso de ser emocionalmente relacionados
- Constancia de responsabilidad del Centro donde se realizará la intervención en cuanto a la verificación de datos presentados
- Considerar opinión del comité de ética en casos especiales

## EVALUACIÓN DE DONANTE VIVO

- |   |          |
|---|----------|
| - Exámenes  | Vigencia |
| - Tipeaje de sangre   |          |
| - Tipeaje de tejidos  |          |
| - Historia clínica  |          |
| - Evaluación cardiovascular: con ecocardiograma en >40 años   | 1 año    |
| - Rx. De tórax  | 1 año    |
| - Laboratorio: perfiles hematológicos y bioquímico completos, examen de orina, HIV, marcadores de hepatitis B y C, título de citomegalovirus, depuración de creatinina y proteinuria en 24 horas. | 3 meses  |
| - Ecosonograma abdominal  | 1 año    |
| - Evaluación ginecológica PSA en < 40 años  | 1 año    |
| - Prueba de embarazo cerca de donación en mujeres fértiles  |          |
| - Arteriografía abdominal y renal selectiva.  |          |

## SEGUIMIENTO DEL PACIENTE POS-TRASPLANTE

Monitoreo: comienza e inmediato a la cirugía y por lo menos una vez diaria hasta su egreso.

**Consultas:** 1<sup>er</sup>. Mes.....semanal

2<sup>do</sup>. y 3<sup>er</sup>. Mes.....cada 2 semanas

Del 4<sup>to</sup> mes al año .....cada 2 meses

Después del año .....cada 3 a 6 meses

