



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"ENFERMERIA EN LA DETECCION DE LOS
FACTORES QUE CONDICIONAN EL RECHAZO
DEL INJERTO EN PACIENTES CON TRANSPLANTE
RENAL"

T E S I S G R U P A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

AGUILAR ENRIQUEZ | MARIA DEL ROSARIO

No. CTA. 8713271-5

ELIAS G A S P A R B E A T R I Z

No. CTA. 9457354-5

LOPEZ C A S T I L L O C I T L A L I

No. CTA. 9457423-6

DIRECTOR DEL TRABAJO MC. JULIO HERNANDEZ FALCON



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a nuestros padres:

Guadalupe Enriquez P. / Sergio Aguilar L.
Victoria Gaspar C. / Juventino Elías D.
María Elena Castillo A. / Jesús López y M.

Por el apoyo incondicional que nos han brindado a lo largo de nuestro crecimiento personal y profesional.

Rosario, Beatriz y Citlali.

Gracias a Graciela por su apoyo, comprensión y consejos que siempre me dio, también agradezco a Javier por el tiempo y ayuda para realizar esta investigación.

Beatriz.

Gracias a mis hermanos Lidia y Eduardo por darme su tiempo y sus consejos, que siempre fueron un estímulo para terminar mi carrera y ser un profesional responsable.

Rosario.

Gracias a María Elena, María del Carmen, Iliana e Itzel por el apoyo que siempre me han demostrado y por el amor con el que me han enseñado a crecer como persona, como hermana y como enfermera.

Citlali.

INDICE

I.	Introducción.....	4
II.	Marco Teórico.....	5
	2.1 Transplante renal.....	5
	2.1.1 Indicaciones para el transplante renal.....	5
	2.1.2 Criterios de exclusión para el transplante renal.....	5
	2.1.3 Compatibilidad entre donador y receptor.....	6
	2.1.4 Criterios inmunológicos para el transplante renal.....	6
	2.1.5 Transplante renal de donador vivo relacionado.....	7
	2.1.6 Transplante renal de donador cadavérico.....	8
	2.1.7 Ventajas y desventajas del transplante renal.....	9
	2.1.8 Complicaciones del transplante renal.....	9
	2.2 Rechazo del injerto renal.....	10
	2.2.1 Rechazo hiperagudo.....	11
	2.2.2 Rechazo agudo.....	11
	2.2.3 Rechazo crónico.....	11
	2.3 Mecanismos de defensa.....	11
	2.4 Inmunología.....	13
	2.4.1 Inmunología de transplante.....	15
	2.4.2 Terapia Inmunosupresora.....	16
	2.4.3 Técnicas de inmunosupresión.....	16
	2.5 Inmunosupresores.....	18
	2.5.1 Azatioprina.....	18
	2.5.2 Ciclosporina.....	20
	2.5.3 FK 506.....	21
	2.5.3.1 Tratamiento coadyubante.....	22
	2.5.3.2 Tratamiento en rechazo de injerto renal.....	24
	2.6 La importancia de una buena nutrición.....	26

2.6.1 Interacción de alimentos y medicamentos.....	28
2.7 Perfil psicológico del paciente transplantado.....	29
2.7.1 Como enfocar la relación con el paciente sometido a transplante o diálisis peritoneal.....	32
2.8 Intervenciones de enfermería.....	33
2.8.1 Información que debe recibir el paciente previo transplante renal.....	34
2.8.2 Atención de la enfermera en las 48 horas postransplante renal.....	35
2.8.3 Enseñanza al enfermo y cuidado en el hogar.....	38
III. Material y métodos.....	42
3.1 Justificaciones.....	42
3.2 Objetivos.....	43
3.3 Planteamiento del problema.....	44
3.4 Hipótesis.....	45
3.5 Tipo de estudio.....	45
3.6 Universo.....	45
3.7 Unidades de estudio.....	45
3.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	46
3.9 Universo muestra.....	47
3.10 Variables.....	47
3.11 Instrumentos.....	48
3.12 Validez y confiabilidad.....	49
3.13 Procesamiento estadístico.....	49
IV. Resultados.....	50
4.1 Datos generales del personal de enfermería.....	50
4.2 Datos específicos del personal de enfermería.....	56
4.3 Datos generales del paciente con rechazo renal.....	64
4.4 Datos específicos del paciente con rechazo renal.....	71
4.5 Datos generales del paciente transplantado renal.....	80
4.6 Datos específicos del paciente transplantado renal.....	88
4.7 Discusión y análisis.....	113

4.8 Propuestas.....	117
4.9 Conclusiones.....	118
Bibliografía.....	120
Anexos.....	123

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1 Edad del personal	51
Cuadro No. 2 Sexo del personal	53
Cuadro No. 3 Ocupación del personal.....	55
Cuadro No. 4 Tiempo de laborar en el servicio.....	57
Cuadro No. 5 Cuidados del paciente transplantado	59
Cuadro No. 6 Información a pacientes.....	60
Cuadro No. 7 Orientación al paciente	62
Cuadro No. 8 Importancia de la orientación de enfermería	63
Cuadro No. 9 Edad del paciente	65
Cuadro No. 10 Sexo del paciente	67
Cuadro No. 11 Estado civil del paciente	68
Cuadro No. 12 Ocupación del paciente	69
Cuadro No. 13 Edad a la que fue transplantado	72
Cuadro No. 14 Donador renal del paciente con rechazo	73
Cuadro No. 15 Tiempo de rechazo del injerto renal	75
Cuadro No. 16 Causa del rechazo renal	76
Cuadro No. 17 Información por parte del personal	
Médico y de enfermería	78
Cuadro No. 18 Información adecuada al paciente	79
Cuadro No. 19 Edad del paciente transplantado	81
Cuadro No. 20 Sexo del paciente transplantado	83
Cuadro No. 21 Religión del paciente	84
Cuadro No. 22 Estado civil del paciente transplantado	85
Cuadro No. 23 Ocupación del paciente transplantado	86
Cuadro No. 24 Edad en la que el paciente fue transplantado	89
Cuadro No. 25 Escolaridad del paciente	91
Cuadro No. 26 Baño del paciente transplantado	93
Cuadro No. 27 Higiene dental del paciente transplantado	94
Cuadro No. 28 Lavado de manos del paciente transplantado	95
Cuadro No. 29 Higiene genital del paciente transplantado	96
Cuadro No. 30 Conocimiento de las señales de alarma	
Del rechazo renal	98

Cuadro No. 31 Citas médicas del paciente	100
Cuadro No. 32 Orientación de enfermería hacia el paciente Transplantado	101
Cuadro No. 33 Alimentación de los paciente transplantados	103
Cuadro No. 34 Donador del injerto renal	105
Cuadro No. 35 Medicamentos que consume el Paciente transplantado	107
Cuadro No. 36 Cuantos medicamentos toma el paciente Transplantado	109
Cuadro No. 37 Conocimiento de los familiares acerca Del transplante.....	110
Cuadro No. 38 Tiempo de transplante renal	111

RESUMEN

Durante el periodo comprendido del mes de Agosto al mes de Octubre del año en curso, tres pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia; realizaron una investigación para detectar los factores que condicionan el rechazo de injerto en pacientes con Transplante renal. El universo de estudio fue el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" y las unidades de observación los pacientes injertados con Transplante renal, siendo los criterios de inclusión los pacientes cuyo transplante renal era mayor a un mes de evolución, sin tomar en cuenta a los pacientes con tiempo menor de transplante, los pacientes que se negaron a proporcionar información, pacientes en estado de coma y aquellos que fallecieron antes de concluir el periodo de recolección de información.

La muestra total quedo constituida por pacientes que ya presentaron rechazo renal, pacientes con transplante renal y el personal de enfermería del Servicio de Nefrología del INCICH.

Para la recolección de datos se diseñaron tres cuestionarios de los cuales el primero va dirigido al personal de enfermería del INCICH del Servicio de Nefrología, el segundo dirigido a los pacientes con rechazo del injerto renal y el tercero encaminado a pacientes con transplante renal.

El diseño fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y no experimental.

Los resultados muestran:

Que los factores que influyen en el rechazo del injerto renal son el bajo nivel socioeconómico, el nivel educativo, la orientación por parte del personal de enfermería, los hábitos higiénico dietéticos, así como también el perfil psicológico de cada paciente.

Todos los factores ya antes mencionados favorecen las condiciones para el rechazo renal. Cabe destacar el papel tan importante que juega el personal de enfermería en cuanto a la orientación de los pacientes antes, durante y después del trasplante. Pues este tiene el deber de informar en forma clara y precisa acerca de la alimentación, medicación (dosis y horarios), cuidados en casa, higiene, entre otros.

Se encontró que los pacientes tienen bajo nivel educativo, lo mismo que socioeconómico, sus hábitos higiénico dietéticos son deficientes, y que no todos fueron orientados por parte del equipo médico.

Se concluye:

Los factores que condicionan el rechazo del injerto renal son: el nivel educacional, el nivel socioeconómico, la terapia inmunosupresora, la higiene, la alimentación, enfermedades preexistentes, el tipo de donador y las enfermedades preexistentes.

Sin duda el de más peso es el nivel socioeconómico pues este puede condicionar a los demás factores como lo sería la suspensión de la terapia inmunosupresora o disminución de esta por no tener los medios para adquirirla. Este mismo condiciona el estado nutricional, pues en ocasiones los pacientes tienen medios para adquirir los medicamentos pero no para alimentarse adecuadamente.

La falta de orientación va de la mano con el bajo nivel educativo ya que los pacientes por lo general se cohiben al momento de hacer preguntas o bien no entienden lo que el personal trata de explicarles mismo que en ocasiones no da a los pacientes la suficiente confianza para esclarecer las dudas.

El personal de enfermería se interesa por que el paciente que se transplante vaya con la información necesaria a su hogar pero no siempre tiene la oportunidad de orientarlo por el exceso de trabajo o falta de personal.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio es importante ya que el rechazo de injerto en los pacientes con Transplante renal ocurre con cierta frecuencia y en ocasiones se debe a factores educativos y socioeconómicos principalmente, por lo que es necesario, el reconocimiento de los mismos.

El Transplante renal ayuda al individuo a recuperarse de la insuficiencia renal, permitiéndole una rehabilitación que por lo general es rápida; sin embargo que requiere de nuevos cuidados y mas costos. La educación sanitaria del paciente, no ha sido siempre una prioridad de los profesionales de la salud; pero es una función de enfermería establecer una línea de comunicación (enfermera-paciente) en lo concerniente a este problema de salud.

La presente investigación esta integrada por cuatro capítulos: La introducción, el marco teórico, material y métodos, los resultados; así como un glosario de términos y bibliografía.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Transplante renal

“El Transplante renal es el tratamiento de elección para pacientes con insuficiencia renal en fase terminal. Mediante este procedimiento el individuo mejora su calidad de vida, su estado psicológico y la sensación de bienestar.” (1)

“ El Transplante renal es una etapa lógica en el paciente nefròpata en etapa terminal, ya que un riñón transplantado puede sustituir casi todos los aspectos de la función renal.” (2)

2.1.1 Indicaciones para el Transplante renal.

- Insuficiencia renal crónico terminal
- Glomerulonefritis crónica
- Pielonefritis crónica
- Enfermedad del riñón poliquistico
- Nefrosclerosis maligna
- Otras nefritis de tipo hereditario

2.1.2 Criterios de exclusión para el Transplante renal.

- Pacientes con infección activa.
- Pacientes cuya enfermedad renal es debida a oxalosis primaria y otras complicaciones renales.

(1)G.K VAN DER HEN. Nefrología. El manual moderno 1ª ed. Vol. IX. México. 1990. p.314.

(2)TANGO. A.E. Urología general. El M/M 12va ed. México 1990. p.485.

- Pacientes con diabetes sacarina juvenil y lupus eritematoso sistémico.

2.1.3 Compatibilidad entre donador y receptor.

La selección del donador debe ser basada en los sistemas de histocompatibilidad y el empleo de sustancias que disminuyan la respuesta inmunitaria.

El riñón para transplante puede derivarse de un donador vivo relacionado o no relacionado y de cadáver.

No se ha observado correlación entre la calidad de la compatibilidad de HLA en los locus convencionales A y B. Se realiza compatibilidad cruzada, implica la incubación del suero del receptor con linfocitos del donador; no se han observado alteraciones de supervivencia del injerto, los receptores con cifras altas de anticuerpos citotóxicos de formación previa, en donde se estudian todos los sueros reactivos y anticuerpos antes del Transplante.

2.1.4 Criterios inmunológicos

- Compatibilidad de grupos sanguíneos ABO.
- Realización de tipaje serológico de antígenos de histocompatibilidad.
- Destinación de riñones procedentes de cadáver al receptor que presente mayor identidad antigénica (de la lista de espera).
- Cultivo mixto de linfocitos.

2.1.5 Transplante de donador vivo relacionado.

El riñón que va a ser transplantado puede proceder de familiares cercanos, como hermanos y progenitores, e incluso puede ser donado por algún familiar lejano. Los receptores de aloinjertos de familiares vivos tienen una sobrevida del 90% o mas al año del transplante.

Compatibilidad entre donadores relacionados: “ Los elementos de la superficie celular responsables del rechazo de órganos y / o de todos los tejidos transplantados dentro de una misma especie, se conoce como histocompatibilidad.” (3)

La determinación de antígenos leucocitarios HLA para establecer los patrones de herencia de un grupo familiar, se realiza mediante la valoración de histocompatibilidad. Las mejores combinaciones de donador y receptor son hermanos que comparten todos los HLA idénticos y cuyos linfocitos no son estimulantes en el cultivo mixto de linfocitos. En estos casos la tasa de supervivencia del injerto es mayor.

La determinación de HLA y de anticuerpos se lleva a cabo mediante la serotificación para los antígenos HLA- A, -B y -C por medio de la prueba de citotóxicidad. En este procedimiento se incuban los linfocitos con sueros tipificadores en presencia de un complemento de conejo.

(3) LEVINE. D. Cuidados del paciente renal. 2da ed. Ed. McGraw Hill, México 1995. p. 462.

2.1.6 Transplante de donador cadavérico.

En la actualidad muchos centros hospitalarios donde se realizan transplantes renales, se tiene una sobrevivida mayor de un 80% para los receptores de aloinjertos provenientes de cadáver. (transplante de donador cadavérico)

Cuando un riñón a transplantar se obtiene de donador cadavérico debe de cumplir con ciertos requerimientos:

- No debe provenir de un recién nacido.
- No de individuos mayores de 55 años.
- Que no existan antecedentes de septicemia generalizada o sepsis intraabdominal.
- No debe haber antecedentes de enfermedades preexistentes que sean factor de riesgo para la función renal.
- No tener antecedentes de enfermedad neoplásica maligna.

Es importante hacer mención que la mayoría de los riñones de cadáver no proceden de individuos propiamente muertos, si no de sujetos con muerte cerebral irreversible, los cuales son mantenidos artificialmente con reanimación cardiorrespiratoria; y que no presentan daño en su funcionamiento renal.

Preservación de órganos provenientes de cadáver:

La conservación de estos riñones se lleva a cabo mediante dos formas

básicas:

- 1.- Almacenamiento hipotérmico.
- 2.- La perfusión pulsátil.

La forma de preservación no influye en el éxito y la supervivencia del injerto después del trasplante.

2.1.7 Ventajas y desventajas del Trasplante renal.

Una de las ventajas es que un método eficaz que disminuye los gastos de la insuficiencia renal (diálisis o hemodiálisis), representa una opción de mejora de vida para los pacientes con insuficiencia renal crónico terminal, aumentan su autoestima, y representa un equilibrio a nivel emocional y psicológico del paciente.

Las desventajas son: que no todos los trasplantes renales son eficaces y exitosos, que se requiere de intervenciones quirúrgicas mayores, no se cuenta con la suficiente cantidad de donadores, los costos de la terapia inmunosupresora son muy elevados.

2.1.8 Complicaciones del Trasplante renal.

- Efectos colaterales al tratamiento inmunosupresor.
- Infección.
- Complicaciones cerebrovasculares.
- Insuficiencia hepática por fármacos.
- Oliguria pos-operatoria.
- Nefropatía nefromotora.
- Enfermedad ósea postrasplante.
- Hipertensión arterial.

- Tumores malignos.
- Estenosis uretral.
- Linfocelo.
- Necrosis tubular.
- Hidronefrosis.
- Extravasación urinaria.
- Diabetes mellitus.
- Eritrocitosis.
- Fístulas urinarias.
- Úlcera gastroduodenal.
- Pancreatitis.
- Hepatitis secundaria a infección por CMV.
- Aspecto cushingoide.
- Osteoporosis.
- Cataratas.
- Complicaciones embólicas..
- Falla cardíaca.
- Muerte.

2.2 Rechazo del injerto renal.

“ El rechazo es un fenómeno por el cual el organismo reconoce las proteínas (antígenos HLA) de tejidos u órganos transplantados como extraños y produce anticuerpos en contra de ellos.” (4)

Manifestaciones del rechazo renal:

- Oliguria.
- Disminución de la filtración glomerular.
- Hipertensión.
- Edema.
- Infiltración mononuclear.
- Proliferación endotelial evidente.
- Cambios glomerulares de tipo isquémico.
- Leucocitosis.
- Proteinuria.
- Aumento de hidrogenasa en la excreción urinaria.
- Estenosis múltiple arterial.
- Acidosis metabólica.
- Acidosis tubular renal.
- Aumento de volumen en el sitio de injerto.

(4) WOOLRICH D.J. Urología. Méndez editores México 1996. p. 500.

2.2.1 Rechazo Hiperagudo.

El rechazo hiperagudo aparece principalmente durante la operación o inmediatamente después. Se debe a anticuerpos circulantes leucocitarios o endoteliales, a una incompatibilidad de grupo sanguíneo. No hay tratamiento disponible y el injerto debe extirparse de inmediato.

2.2.2 Rechazo agudo.

Aparece durante los primeros meses se caracteriza por el crecimiento del riñón, dolor, aumento de la temperatura, hipertensión arterial, disminución de la función renal, se presenta leucocitosis, retención de sodio, eosinofilia. En lo fundamental el estudio histopatológico muestra infiltración difusa y edema de estructuras glomerulares.

2.2.3 Rechazo crónico.

Se caracteriza por una disminución lenta en la función renal, hematuria microscópica, hipertensión, Proteinuria, infiltración perivascular, cambios isquémicos glomerulares. No se conoce la etiología exacta de esta forma de rechazo y no hay ningún tratamiento disponible.

2.3 Mecanismos de defensa.

El cuerpo humano constantemente busca mantener en equilibrio su funcionalidad y sus actividades orgánicas. La capacidad para combatir la

enfermedad a través de las defensas del cuerpo recibe el nombre de resistencia. La vulnerabilidad o la falta de resistencia se llama susceptibilidad.

Las defensas del organismo suelen agruparse en dos grandes áreas:

- La resistencia específica o inmunidad.
- La resistencia no específica.

La resistencia específica incluye la producción de anticuerpos específicos o células específicas contra un patógeno determinado. Este tipo de inmunidad se desarrolla durante la vida de las personas y no es hereditaria.

La resistencia no específica es hereditaria y representa una amplia variedad de reacciones corporales que brinda una respuesta general en contra de la invasión de un margen amplio de patógenos. La resistencia no específica incluye la piel y las mucosas, la fagocitosis, la inflamación, la fiebre, y la producción de sustancias antimicrobianas.

La piel y las membranas mucosas del cuerpo son la primera línea de defensa contra organismos patógenos. Poseen ciertos factores mecánicos y químicos que participan para combatir el intento inicial de un microorganismo o de alguna sustancia extraña para causar enfermedad.

Estos factores mecánicos son:

- La piel (intacta).
- Las membranas mucosas.

Los factores químicos son:

- ° La fagocitosis.
- ° La inflamación.
- ° La fiebre.
- ° La producción de sustancias antimicrobianas.

2.4 Inmunología.

“ Los anticuerpos de transplante son glucoproteínas que se presentan en la superficie de la célula de una persona.” (5)

Cada individuo tiene un conjunto único hereditario de antígenos de transplante, los HLA (antígenos leucocitarios humanos), Los cuales están codificados a nivel genético en el cromosoma número 6. Cada padre aporta un cromosoma HLA a su descendencia. El propósito de estos antígenos es ayudar al cuerpo a que reconozca lo que le es propio de lo que no lo es. De esta manera las bacterias y otros microorganismos patógenos para el individuo se reconocen como extraños y el sistema inmunitario puede destruirlos. Cuando se transplanta un órgano entre pacientes que no son familiares, este se reconoce como extraño porque posee HLA desconocido y puede ser destruido.

El sistema inmunitario se divide en dos partes: Inmunidad inespecífica e inmunidad específica. La inmunidad inespecífica constituye la barrera inicial a la invasión por microorganismos. Sus componentes incluyen las células polimorfonucleares, basófilos, eosinófilos,

(5) LEVINE D. Cuidados del paciente renal. 2da ed. Ed. McGraw Hill. México 1995. p. 337

plaquetas, fibrina y otros elementos que participan en la respuesta inflamatoria. Sus funciones principales son la fagocitosis de los microorganismos invasores, la presentación de estos al sistema inmunitario específico y la mediación de la respuesta inmunitaria.

Las células ayudadoras inician la respuesta inmunitaria y proporcionan un estímulo a factores de proliferación (linfoquinas) a otros tipos de células incluidas las células T citolíticas y supresoras; los linfocitos T y los macrófagos.

Las células supresoras regulan y desactivan la respuesta inmunitaria, mientras las citolíticas destruyen las células blanco. Los linfocitos B se diferencian en plasmocitos productores de anticuerpos, las células T y B anamnesicas se reactivan de inmediato y proliferan con reexposición a un antígeno. Los linfocitos T son las principales células involucradas en este proceso, los receptores que se encuentran en la superficie de los linfocitos T se activan en presencia de antígenos extraños del trasplante que se encuentran en los aloinjertos. Con la estimulación de linfocitos T se inicia una cascada de eventos entre los cuales se encuentran íntimamente ligadas: La producción de interleucina 1 por las células presentadoras de antígeno del receptor y del donador; y la producción de interleucina 2 por los linfocitos CD4 + ayudadores del receptor. En este medio, los linfocitos CD4+ ayudadores clase II inician su expansión clonal. Los linfocitos citotóxicos CD8+ estimulados por los antígenos clase I extraños causan destrucción del injerto en presencia de interleucina 2. Existen

6 mecanismos de lesión de las células: Citotóxicidad mediada por los anticuerpos, opsonificación de células y organismos blanco por anticuerpos, hipersensibilidad tardía, citotóxicidad directa mediada por células T, y mediada por células destructoras naturales.

2.4.1 Inmunología del trasplante.

La respuesta que provoca el injerto en el organismo del receptor es una reacción de naturaleza inmunológica. El tejido transplantado posee estructura antigénica propia del donante, la cual provoca una respuesta inmunológica por parte del receptor, dirigida contra los anticuerpos presentes en los tejidos del donante y ausentes en el huésped, constituyendo lo que se denomina **rechazo**. Esta respuesta fundamentalmente de tipo celular corre a cargo de las células inmunocompetentes del receptor, a diferencia de otras respuestas inmunitarias que son de tipo humoral es decir mediada por anticuerpos circulares.

Los antígenos que determinan las reacciones del rechazo son llamados antígenos de histocompatibilidad, que son específicos de un individuo pero no de un tejido u órgano determinado.

“ El sistema de histocompatibilidad humana se conoce con el nombre de HLA (Human leucocytes A) del cual se conocen mas de 30 antígenos diferentes; cada individuo posee cuatro de estos antígenos de los cuales proceden del padre (haplotipo paterno) y otros dos de la madre (haplotipo materno).”(6)

(6) J Cibert/ F. Bedos. Manual de urología. 1ra ed. Ed. Toray- Massón. España 1997. p. 39.

El conocimiento de estos antígenos permite una selección adecuada de los donantes y el receptor, mejora la tolerancia al trasplante.

2.4.2 Terapia inmunosupresora.

Cuando existen diferencias de histocompatibilidad entre el donante y el receptor, es necesario modificar o suprimir la respuesta inmunitaria para permitir que el receptor acepte el injerto.

La terapia inmunosupresora como su nombre lo dice omite todas las respuestas inmunitarias, incluidas las dirigidas a bacterias, hongos, e incluso tumores malignos.

Los inmunosupresores se usan en una de las tres maneras siguientes:

- 1.- Como agentes inductores justo después del trasplante.
- 2.- Como parte del tratamiento inmunosupresor de mantenimiento que se inicia una vez que las concentraciones séricas de creatinina se normalizan.
- 3.- Como tratamiento del rechazo agudo.

2.4.3 Técnicas de inmunosupresión.

IRRADIACIÓN. _ Es una técnica antigua y consiste en la administración de 350 rads. (cobaltoterapia) sobre todo el organismo del receptor; con esta irradiación total se provoca aplasia medular durante varias

semanas y se impedía la respuesta de las células inmunocompetentes; facilitando así la tolerancia al injerto.

Cabe mencionar que esta técnica fue abandonada ya que provocaba susceptibilidad a infecciones por la irradiación.

INMUNOSUPRESION QUÍMICA. Hay diversas sustancias químicas que poseen esta propiedad para deprimir las respuestas inmunológicas ante un agente extraño; en la actualidad se utilizan aquellas que han demostrado eficacia en la prolongación del injerto: La azatioprina, la ciclofosfamida y otras sustancia como la prednisona que también tienen propiedades inmunosupresoras.

SUERO ANTILINFOCITOS. Se trata de sueros procedentes de animales que son previamente sensibilizados con linfocitos humanos y por ende portadores de anticuerpos antilinfocitarios; se administran por vía parenteral durante las primeras semanas del trasplante; los anticuerpos antilinfocitarios bloquean la respuesta inmunológica a cargo de los linfocitos del receptor.

Es importante mencionar que su eficacia esta probada en animales, pero que los resultados en trasplante humanos aun son difíciles de valorar.

2.5 Inmunosupresores.

Los inmunosupresores mas usados en la prevención del rechazo de injerto renal y que se administran como tratamiento de mantenimiento posteriores al transplante en el INCICH son:

- ° Azatioprina
- ° Ciclosporina
- ° F K 506

2.5.1 Azatioprina.

“ Es un derivado de la 6-mercaptopurina- que puede inhibir la síntesis de RNA, DNA o de ambas.” (7)

Indicaciones:

Se utiliza como antimetabolito inmunosupresor solo o combinado pro lo común con otros fármacos (generalmente corticoesteroides) y medicamentos que ejercen influencia sobre la respuesta inmune, sucede que su efecto se manifiesta varias semanas después del tratamiento. La azatioprina esta indicada en procedimientos inmunosupresores para aumentar la sobrevida de transplantes renales, cardiacos, hepáticos y para reducir las necesidades corticoesteroides en pacientes receptores de transplante.

(7) KUIT J. / Wilson. Medicina interna Vol. II Ed. McGraw Hill Madrid 1994. p. 1475.

Contraindicaciones:

Pacientes con hipersensibilidad conocida a la azatioprina.

Reacciones secundarias:

- La principal implicación es la supresión de medula ósea, que se ejemplifica con leucopenia, trombocitopenia, anemia macrocítica.
- Náuseas, vomito, diarrea, exantema, dolor muscular, artralgias, disfunción renal, hipotensión.

Precauciones:

- Puede provocar infecciones neoplásicas.
- Anormalidades cromosómicas en hombres y mujeres.
- Aumento de la fertilidad.

Dosis:

Depende del régimen inmunosupresor adoptado, se pueden administrar de 5 mg/kg IV o IM por día, el primer día del tratamiento. Las dosis de mantenimiento pueden variar de 1 a 4 mg y se ajusta de acuerdo con los requerimientos clínicos y la tolerancia hematológica. El tratamiento con azatioprina debe mantenerse en forma indefinida.

2.5.2 Ciclosporina.

“ La ciclosporina es un metabolito que modula la respuesta inmunitaria. La ciclosporina también es un péptido cíclico hidrofóbicos, consiste de aminoácidos; es soluble en etanol e insoluble en agua y otros compuestos orgánicos.” (8)

Indicaciones:

- Transplante de órganos sólidos.
- Prevención del rechazo de injerto posteriores a transplante de riñón, corazón, hígado y pulmón.
- Tratamiento del rechazo del transplante en pacientes que habían recibido otros agentes inmunosupresores.

La ciclosporina se dirige ampliamente fuera del volumen sanguíneo de 33 a 47% de los linfocitos, de 5 a 12 % en los granulocitos, 41 a 58 % en los eritrocitos. En el plasma aproximadamente el 90% esta unido a las proteínas. La vía de eliminación es biliar, y solo un 6% se excreta por la orina.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad conocida a la ciclosporina o aceite de castor.

(8) LEVINE. Cuidados del paciente renal. 2da ed. Ed. McGraw Hill México 1995. p. 336.

Efectos secundarios:

Temblores, alteración de la función renal, disfunción hepática, fatiga, hipertrofia gingival, problemas gastrointestinales, sensación de quemadura en las manos y los pies.

Precauciones especiales:

La ciclosporina causa daño a la función renal, es importante valorar los niveles séricos de creatinina en forma constante.

Dosis:

En el trasplante de órganos sólidos, el tratamiento debe ser iniciado dentro de las primeras 12 horas, antes de la cirugía, en una dosis de 10 a 15 mg diluida, esta debe ser mantenida en dosis diaria de una a dos semanas después del trasplante y será reducida gradualmente de 2 a 6 mg/kg administrado en dos dosis.

2.5.3 FK 506

Agente inmunosupresor

“ Es un fármaco inmunosupresor que tiene las propiedades y modos similares a los de la ciclosporina, suprime la acción de la interleucina 2 .” (9)

(9) TANAGO A. Emil. Urología general. 12va ed. Ed. El manual moderno. México 1997. p. 220

Esto se une a la inmunofilina en el citoplasma de la célula y la calcineurina que juega un papel clave en la señal generada por la célula T. Después del reconocimiento, antigénico para activar una serie de proteínas, pues del DNA que activan la producción de interleucina 2. Es mas potente que la ciclosporina y actúa en forma temprana inhibe la proliferación de célula T, así como la producción de citotoxinas como interleucinas 2, 3, 4 y 5.

Se utiliza una combinación con esteroides como inmunosupresor de base. Los efectos colaterales son nefrotoxicidad, hipercalcemia, intolerancia a la glucosa y neurotoxicidad.

2.5.3.1 Tratamiento coadyubante..

MICOFENOLATO DE MOFETIL

“ Es un ester del ácido micofenólico cuyo mecanismo de acción es bloquear la síntesis del novo, de las purinas y en consecuencia evita la síntesis de DNA.” (10) Debido a que los linfocitos dependen de la síntesis del novo de purinas y no de la vía alterna su efecto inmunosupresor es más potente. No produce leucopenia.

PREDNISONA

Los fármacos de inducción y antirrechazo como los corticoesteroides, se administran en el postransplante inmediato para evitar el

(10) PEÑA, C. Nefrología clínica y trastornos del agua y electrolitos. 4ta ed. Méndez editores. México 1998. p. 64.

rechazo. También la dosis elevada, como primer eslabón en el tratamiento de rechazo agudo. Los corticoesteroides tienen un amplio y variable efecto inmunosupresor, actúan como antiinflamatorio e inhiben de forma inespecífica, la liberación-síntesis de citoquinas linfocitarias.

La administración de la prednisona produce:

- A) Inhibición de la fagocitosis, de la emigración leucocitaria y dilatación capilar.
- B) Reducción del edema y disminución de la acumulación de mastocitos en los sitios de la inflamación con una baja de la liberación de histamina.
- C) Disminución de los valores sanguíneos de linfocitos T, por lo tanto reducción de la respuesta inmunológica

La prednisona esta indicada en los siguientes casos:

Enfermedades del colágeno. Durante una exacerbación como tratamiento de sostén en el caso de lupus eritematoso sistémico.

Enfermedades respiratorias. Tuberculosis pulmonar diseminada, enfisema pulmonar y fibrosis pulmonar.

2.5.3.2 Tratamiento en rechazo de injerto renal.

ANTICUERPOS MONOCLONALES OKT3

Es un anticuerpo monoclonal que bloquea la molécula CD3 de la célula T y produce una poderosa inmunosupresión, pocos minutos después de su administración, desaparecen las células T circulantes para reaparecer en 4 o 5 días células T sin complejo CD3. Se utiliza para revertir rechazo. Otra forma es utilizarlo durante la inducción de la inmunosupresión en especial en pacientes con necrosis tubular agudo.

Cuando se administra OKT3 es necesario disminuir la dosis de otros inmunosupresores, prácticamente todos los pacientes desarrollan en la primera administración del OKT3 fiebre, calofrío, diarrea y ocasionalmente broncoespasmo. Es importante hacer notar que los pacientes con sobrecarga de líquidos tienen posibilidad de edema agudo de pulmón e incluso paro cardíaco.

METILPREDNISOLONA

Es cinco veces más potente que la hidrocortisona en cuanto a sus efectos antiinflamatorios, inmunosupresores y metabólicos. Los efectos biológicos, se producen en las células blanco por la interacción con un receptor intracelular específico; este complejo es trasladado al núcleo donde se une al DNA y estimula la transcripción del mRNA que codifica la síntesis proteínica o de enzimas específicas, a las que se deben sus efectos.

También inhiben la emigración de los neutrofilos a las áreas de inflamación, la permeabilidad capilar, el edema y la acumulación de mastocitos asociada a la liberación de histamina. La metilprednisolona, se metaboliza principalmente en el hígado, y sus metabolitos se eliminan en la orina. Esta indicada en procesos inflamatorios graves, estados en los que se requiere inmunosupresión, shock, lesiones agudas de la medula espinal.

Los pacientes que requieren de administración crónica de esteroides deben ser vigilados en cuanto a inhibición del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, síndrome de Cushing y glucosuria. Durante la administración IV se registrará ECG y presión sanguínea, especialmente en pacientes con enfermedad cardiovascular preexistente y se continuara vigilando la presión cardíaca por lo menos en 24 horas postadministración.

“ Para suspender la administración después de su uso crónico, debe disminuirse paulatinamente para no precipitar la insuficiencia corticosuprarrenal.” (11)

Reacciones adversas:

Las más frecuentes son nerviosismo, intranquilidad, dificultad para dormir, cansancio, sangrado gastrointestinal, aumento de la susceptibilidad a infecciones, retraso de la cicatrización de heridas y edema de extremidades.

Poco frecuentes alteraciones de la visión, diabetes mellitus arritmias y en raras ocasiones paro cardíaco.

(11) SMIT, C. Reinar, R. Farmacología. 3ra ed. Ed. Panamericana México 1998. p. 922.

Padecimientos hematológicos. Trombocitopenia ideopática y sedentaria en adultos y anemia hemolítica autoinmune.

Enfermedades renales. Para inducción de diuresis por remisión de la proteinuria, en el síndrome nefrótico sin uremia del tipo ideopático o el debido al Lupus eritematoso sistémico.

“ La prednisona se absorbe rápidamente a través del tracto gastrointestinal encontrándose concentraciones plasmáticas máximas en 1 o 2 horas después de la dosis oral, del 70 al 80% se encuentra en biodisponibilidad en el plasma”. (12)

La prednisona se une a las proteínas plasmáticas como a la albúmina tiene una vida media de 2.1 a 3.5 horas mas del 90% se excreta en orina.

Precauciones:

Se debe considerar que cuando se utiliza corticoesteroides puede ocurrir la disminución de la resistencia e incapacidad para localizar la infección. Las dosis normales y altas pueden aumentar la presión arterial, aumento de retención de sal y agua. Excreción de potasio y aumento de la excreción de calcio. Puede causar trastornos de líquidos y electrolitos, alcalosis, hipocalemia, retención de líquidos, e insuficiencia cardiaca congestiva.

(12) RODRÍGUEZ, C. Vademécum académico de medicamentos. 2da ed. Ed. Interamericana McGraw Hill, México 1995. p. 553.

También puede causar debilidad muscular, osteoporosis, trastornos de la cicatrización, atrofia cutánea y urticaria.

2.6 La importancia de una buena nutrición.

Alimentarse adecuadamente es necesario para estar sanos, las diferentes funciones del cuerpo que nos mantienen vivos y sin enfermarnos necesitan una cantidad balanceada de los distintos nutrientes que consumimos. Por dieta se entiende todo aquello sólido o líquido que ingerimos en 24 horas. La capacidad mental y física del hombre se mantiene mediante una dieta recomendable esto es; suficientemente completa, equilibrada y variada, pero sobre todo libre de agentes contaminantes.

El cuerpo necesita de ciertas sustancias para crecer y obtener energía; así como para mantenerse en un estado de equilibrio que le permita responder al medio ambiente en que se encuentra. Estas sustancias son denominadas nutrimentos, mismos que juegan un papel muy importante en nuestro organismo.

Proteínas

Carbohidratos

NUTRIMENTOS

Grasas

Vitaminas

Minerales

Las proteínas y sus funciones:

“ Las proteínas constituyen aproximadamente el 20% del peso corporal del adulto, sus aminoácidos son sustancias indispensables para la formación de gran cantidad de estructuras celulares y extracelulares.” (13) Aceleran las reacciones químicas, almacenan y transportan otras sustancias, contraen los tejidos, transportan información y regulan procesos (hormonas) forman el sostén de las células y tejidos (proteínas estructurales).

Los carbohidratos y su función:

“ Los carbohidratos son sustancias cuya función principal en el organismo es proporcionar la energía necesaria para sostener los procesos de la vida, para mantener la temperatura corporal y para desarrollar actividades físicas de manera más fácil y rápida.”(14)

Los carbohidratos pueden convertirse en diferentes tipos de carbohidratos. Por ejemplo: La glucosa puede convertirse en otro monosacárido denominado fructuosa o juntarse con otras moléculas de glucosa a fin de formarse un molécula muy grande denominada glucógeno.

Las fibras son carbohidratos importantes para conservar la salud ya que intervienen en el proceso de la formación del bolo fecal.

(13)(14) ELAINE B. Felman. Principios de medicina y nutrición clínica. Ed. El manual moderno. México 1998. pp. 319 y 321.

Las grasas y su importancia:

“ Las grasas o lípidos proporcionan energía al organismo, se consideran compuestos de almacenamiento de energía y pueden permanecer en grandes cantidades (tejido graso)”. (15) El tejido adiposo esta bajo la piel proporcionando aislamiento térmico al cuerpo.

Las fuentes principales de grasa son: cacahuete, nueces, aguacate, soya,, semillas de girasol, aceite de maíz.

Las vitaminas y su función:

“ Las vitaminas son nutrimentos que se requieren en proporciones muy pequeñas y que no pueden ser producidas por el organismo en cantidades adecuadas.” (16) Debido a ello tienen que obtenerse a partir de los elementos que se dividen en dos grupos. Las vitaminas hidrosolubles como la riboflavina, ácido pantoténico, biotina folacina entre otros y las vitaminas liposolubles como la A, B, E y K.

2.6.1 Interacción de alimentos y medicamentos.

Los nutrimentos pueden afectar la terapéutica medicamentosa reduciendo o incrementando su eficacia.

(15)(16) ELAINE, B. Feldam. Principios de medicina y nutrición clínica. Ed. El manual moderno. México 1998. p.329.

“ La interacción de los medicamentos con los nutrientes es más probable si la terapéutica es larga, el estado nutricional del individuo es malo, el trastorno o la enfermedad produce intensa tensión física.” (17)

Algunos medicamentos hacen que se pierda el apetito, otros lo incrementan. Algunos modifican la sensación del gusto o alteran la producción de saliva. Numerosos medicamentos inducen náuseas y vómito.

Debido a que el área de la interacción medicamento-nutriente es tan compleja, la enfermera debe formarse el hábito de consultar un texto de farmacología y algún otro referente a medicamentos.

Los corticoesteroides , alteran la absorción y utilización de calcio y fósforo, incrementen metabolismo; incrementa la glucosa sanguínea. Favorecen la retención de sodio, aumentan excreción de ácido ascórbico, calcio, potasio, zinc y nitrógeno. Inhiben la síntesis de proteínas. Puede aumentar el apetito.

2.7 Perfil psicológico del paciente transplantado.

“ El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal crónico terminal, mejora su calidad de vida, la sensación de bien estar y corrige algunas complicaciones de la uremia.” (18)

(17) VELMA. L. Kerschnr. Nutrición y terapéutica dietética Ed. El manual moderno. México 1991. p. 374.

(18) <http://www.renal.org.ar/revista/47/4703.htm>

Convicciones como esta proporcionan al paciente nefròpata en etapa terminal una esperanza de vida y al mismo tiempo un escape de tratamientos costosos, tales como: la diálisis peritoneal y hemodiálisis, las cuales solo limitan su tiempo y sus actividades.

El paciente afectado de insuficiencia renal puede presentar signos sutiles u agudos de significado psicológico. Más sin embargo los síntomas pueden no relacionarse, con su estabilidad emocional. Aquellos pacientes sometidos a diálisis se enfrentan a situaciones extenuantes hasta adptarse al programa; la personalidad del paciente se ve modificada de cara a la hemodiálisis.

Las perspectivas de un paciente sometido a hemodiálisis crónica son de una vida limitada; sujeto a una máquina, de la cual dependerá de unas horas del día o noche, por dos o tres veces por semana.

Esta dependencia puede crear un resentimiento, miedo o ansiedad; pues interfiere en la capacidad del individuo para realizar sus actividades anteriores. Esto genera una depresión a su amor propio y confianza. De esta forma se le es imposible seguir el ritmo del que disfrutaba.

Entre la familia y amigos lo crean un incapacitado; para pensar o responder esto crea el perderse el amor propio al juzgarse así mismo lo hacen sentir una carga e incluso puede haber riesgo de suicidio.

Tienden a relacionarse con el personal hospitalario creando una exigencia de atención innecesaria, resultando perturbador para los miembros del equipo.

Los pacientes en diálisis son aprensivos, los enfermos se sienten intranquilos en relación a su vida diaria, pensando si serán aceptados en un tratamiento a largo plazo y se preguntan si llegarán a recuperarse; o si saldrán vivos del hospital. Temen a perder a la pareja, dinero y a la culpa de interrumpir la vida de los demás. Con frecuencia los pacientes suelen negar su enfermedad lo cual crea una alteración dentro de los miembros del equipo; ya que el paciente que no habla abiertamente de su problema tiene grandes probabilidades del desastre, aunque esto no se generaliza.

A algunos les da por hablar de cosas sin gran trascendencia para reducir su ansiedad, su malestar e infelicidad; sin embargo hay pacientes que tienden a desobedecer las indicaciones esto crea un gran problema. Un paciente que necesita trasplante sabe que su condición es grave y puede resultarle fatal; de igual forma no sabe como pedir un donante dentro de la familia, por temor a una negativa.

Los receptores de un riñón llegan a experimentar estados de animo diversos, mientras esperan un donante compatible. Tras un trasplante hay un riesgo del rechazo del organismo; el temor al rechazo se ve contrarrestado porque sabe que algunos pacientes viven algunos años; aunque el vivir así provoca una angustia abrumadora pero aún así surge la duda que si era mejor

vivir atado a una máquina o pensar en un rechazo. Generalmente la familia necesita una gran dosis de apoyo emocional, tal vez se llegan a sentir inútiles o culpables por no donar el riñón o por no poder ayudar al paciente en sus necesidades.

Todo esto puede generar problemas, desacuerdos o polémicas y es necesario ventilarla de una forma realista; el hecho de hablar las cosas le da al paciente la oportunidad de comentar y revelar sus sentimientos, preocupaciones y aptitudes.

No es bueno crear un ambiente sobreprotector al paciente porque es posible que este mismo se comporte como un niño aumentando sus enfados y una gran depresión. Las relaciones entre los miembros de la familia y la capacidad de adaptarse al cambio tendrán un efecto sobre el tratamiento se debe comprender que para el paciente es esencial una cierta negación con el fin de reducir las abrumadoras implicaciones de su situación; sin embargo la diferencia entre la negación que le sirve al paciente para vivir, de aquella que compromete su supervivencia.

2.7.1 Como enfocar la relación con el paciente sometido a transplante o diálisis peritoneal

Tiempo y oportunidad de hablar sobre la gravedad de su situación no mentirle ò intentar minimizar su problema, no defraudar al paciente, ayudarlo a determinar lo que cabe esperar de forma realista. Plantearle perspectivas optimistas, fomentarle la esperanza sobre su futuro, reforzar la idea de que tiene

derecho a vivir; alentarle a que reúna la fuerza emocional para encarar el futuro y sus incertidumbres.

“ Ayudarle a fijarse en lo que puede lograr tratar de comprender los temores del paciente a la dependencia y a la muerte.” (19)

2.8 Intervenciones de enfermería

Para llevar a cabo el trasplante renal es necesario de un gran equipo multidisciplinario en el cual tiene cabida el personal de enfermería. Las enfermeras que están al cuidado de una paciente con trasplante deben conocer, además de los cuidados de un enfermo intervenido quirúrgicamente, todos los estadios de su enfermedad, esto facilitara la problemática que conlleva el cuidado del injerto, de la diálisis que puede requerir en los primeros días postrasplante y de su psicología.

La enfermera debe ser conocedora de las dudas que el enfermo tiene acerca de su enfermedad, los miedos e inseguridades que vive, el apoyo que debe darle al paciente y a su familia, etc., esto hace que la enfermera que atiende a los pacientes trasplantados deba estar siempre al día en conocimientos de la sintomatología y los protocolos de inmunosupresión; así como la situación clínica y sociolaboral del paciente que esta cuidando la nutrición y evolución del paciente.

(19) LIPKIN. Gladys. Cuidado del enfermo en pacientes con conductas especiales. Ed. Doyma. Madrid 1990. p.210.

“ Los cuidados de enfermería en el transplante cubren varias etapas: el cuidado y mantenimiento correcto del potencial donante del injerto, la cirugía para el transplante, la preparación del receptor y los cuidados integrales de enfermería durante todo el proceso a largo plazo.” (20)

2.8.1 Información que debe recibir el paciente previo transplante renal.

El equipo multidisciplinario deberá informar al paciente y a su familia sobre los beneficios y riesgos que trae consigo el transplante. El paciente debe saber que será sometido a una cirugía mayor que durará de tres a cuatro horas, y se le aplicarán catéteres y sonda vesical y de la posibilidad de desarrollar insuficiencia renal aguda necesitando de diálisis o hemodiálisis los primeros días o semanas postransplante.

Se informará de la administración de medicamentos inmunosupresores para prevenir el rechazo del injerto renal y que esta será mantenida en mayor o menor medida mientras dura el injerto renal. Por lo tanto se le indicará la importancia de la administración de cada uno de los medicamentos.

Aunque no son frecuentes las complicaciones se deberá advertir de ellas como son: hemorragias, rotura renal, trombosis arterial o venosa, fistula urinaria, rechazo agudo, entre otras. Las cuales pueden obligar a la reintervención quirúrgica con riesgo de pérdida del injerto.

(20) ANDREU Y Force. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Massón Barcelona 1997. p. 319.

“ El paciente debe saber que, si el riñón transplantado llega a alcanzar su funcionamiento normal, podrá liberarse de muchas restricciones que su enfermedad le impedía y que mejorará su calidad de vida.” (21)

Las intervenciones de enfermería en el cuidado inmediato pretransplante van de la mano con diversos protocolos médicos. Pero en general se extrae sangre tanto de donador y receptor para bioquímica y hematología, se efectúan pruebas cruzadas para banco de sangre y exploraciones complementarias, como electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen; hemodiálisis o diálisis peritoneal para el receptor, arteriografía para el receptor y urografía excretora. Antes de ir a cirugía los cuidados para ello: se rasura y se baña con jabón antiséptico, canalizar a los pacientes, dar administración de antibióticos profilácticos tanto a receptor como donador.

Se le debe ofrecer al enfermo y a su familia el máximo apoyo psicológico, intentando tranquilizarlo para que vaya al quirófano sin ansiedad, si es preciso se administrará algún sedante suave.

2.8.2 Actuación de la enfermera en las 48 horas postransplante renal.

Durante las primeras 48 horas postransplante renal, se realiza la monitorización continua del paciente, para detectar cualquier complicación aguda.

(21) ANDREU y Force. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Massón. Barcelona 1997, p. 319

Las complicaciones mas frecuentes en este período son: Rechazo agudo del injerto, hipertensión arterial, infecciones, y dentro de las complicaciones quirúrgicas, infecciones de la herida, hemorragia, linfocele, ruptura del injerto renal, fistula urinaria, obstrucción urinaria, trombosis arterial y venosa, estenosis de la arteria renal, poliuria, anuria y necrosis tubular aguda.

“ En el rechazo agudo los cuidados de enfermería van encaminados a su detección; se caracteriza por la disminución de diuresis, fiebre, dolor sobre el injerto, edema, aumento de creatinina sérica y en algunos anuria u oliguria.”
(22)

Se debe de inspeccionar la herida para detectar oportunamente signos de infección, hemorragia ya sea en la piel o drenajes y de linfocele. La complicación mas espectacular es la ruptura del injerto; la enfermera tiene que actuar con seguridad y eficacia, pues con su oportuna detección puede evitar complicaciones mayores.

El manejo de la fluidoterapia y un balance riguroso son importantes en el inmediato postransplante. Si el paciente presenta anuria, debe ajustarse la pauta de fluidos para evitar la sobrecarga circulatoria. “El principal factor limitante del transplante es la reacción inmunitaria, que ocasiona rechazo y destrucción del riñón recién colocado.” (23)

(22) (23) BRUNNER- Suddarth. Enfermería médico quirúrgica. 7ma ed. Ed. Interamericana McGraw Hill. México 1994. p. 1263.

Los inmunosupresores hacen que el individuo operado sea mas vulnerable a infecciones por oportunistas (candidiasis, enfermedad por citomegalovirus, neumonitis por pneumocistis carini) e infección por otros virus, hongos y protozoos relativamente no patógenos.

Se protege al paciente del contacto con personal hospitalario, visitantes y otras personas, con infecciones activas. Es indispensable el lavado correcto de manos, uso de cubre bocas, para disminuir el peligro de transmitir agentes infecciosos en tanto el individuo recibe dosis altas de inmunosupresores. La septicemia en sujetos con transplante de riñón es causa de un número importante de muertes.

“ La puerta de entrada de los microorganismos son las vías urinarias, pulmones, sitio operado u otras zonas. Es común que se efectúen cultivos de orina por la frecuencia de bacteriuria durante las fases temprana y tardía del injerto.” (24)

A veces en el posoperatorio se necesita hemodiálisis para conservar la hemostasia hasta que funcione el órgano transplantado. Un riñón de donador vivo relacionado por regla empieza a funcionar de inmediato. El riñón de un cadáver a veces presenta necrosis tubular y quizá no funcione durante dos o tres semanas.

(24) BRUNNER y Suddarth. Enfermería médico quirúrgica. 7ma ed. Ed. Interamericana McGraw Hill. México 1994. p. 1264

En la fase inicial se observaran cambios notables en el estado hidroelectrolitico, razón por la cual es importante su valoración cuidadosa. Se mide cada 30 a 60 minutos el líquido de la sonda vesical así como el drenaje y la cuantificación de los líquidos intravenosos como los orales, además de que en las primeras horas se hace la reposición de volumen.

Algunos de los factores psicológicos que agobian al enfermo incluyen el temor al rechazo del riñón y las complicaciones del tratamiento inmunosupresor.

2.8.3 Enseñanza al enfermo y cuidado en el hogar.

“ El proceso de enfermería establece actualmente que la educación del enfermo y su familia, en lo que concierne a los problemas y mantenimiento de la salud, es también un responsabilidad fundamental del profesional de enfermería.” (25)

El enfermo debe de recibir la información desde el momento en que se encuentra con ánimos de ir asimilando aquello que escucha y que lee. La información debe incluir todos aquellos aspectos que le ayuden a llevar a cabo su autocuidado.

(25) ANDREU y Force .500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Massón. Barcelona 1997. p. 321.

Autocuidado

El autocuidado incluirá la administración de los medicamentos inmunosupresores, las normas generales de higiene, la sintomatología de rechazo, hábitos alimenticios, entre otros.

- Toma de inmunosupresión

El enfermo debe saber que tiene que tomarse la dosis exacta pautada por el médico y nunca cambiarla por iniciativa propia. El éxito del trasplante depende en muchas ocasiones de estos medicamentos. Existen receptores que confiados en su buena evolución suspenden o disminuyen la dosis de los inmunosupresores provocando en muchas ocasiones la pérdida del injerto. Es aconsejable que el paciente sea ordenado en la toma de la medicación inmunosupresora, especialmente la ciclosporina, cada 12 horas. Si en alguna ocasión se olvida una toma, debe recuperarla lo antes posible, si por alguna circunstancia vomita la medicación, en las dos horas posteriores a su ingesta debe esperar un tiempo prudencial para volver a tomar la dosis.

- Normas de higiene

Se debe informar al paciente que ahora más que antes deberá hacer exhaustivos sus hábitos higiénicos que van desde el baño diario con cambio de ropa, la higiene genital en las mujeres se enseñara como realizarla correctamente, el lavado de dientes tres veces al día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

La hiperplasia gingival es una complicación frecuente en los pacientes transplantados a causa de la ciclosporina. Esta complicación es molesta y puede llegar a ocultar completamente la corona del diente y dificultad en la masticación.

- Hábitos alimenticios

El paciente deberá tener un horario para tomar sus alimentos tendrá una dieta normal con adecuada ingesta de líquidos. La preparación de los alimentos se deberá llevar a cabo con todos los cuidados higiénicos.

Es importante que se le explique el porque no debe comer en lugares expuestos como lo son puestos de comida. Además de que deberá evitar los embutidos.

“ El trasplante renal reestablece el equilibrio fisiológico perdido por el estado uremico, recuperándose de forma evidente el apetito y estado anímico.” (26) Ello conlleva a que el paciente tenga un gran apetito y se produzca un aumento ponderal desproporcionado.

- Sintomatología de rechazo renal

Esto incluye la disminución del volumen de orina, aumento ponderal considerable, malestar, fiebre, disfunción respiratoria, dolor en la zona del injerto, angustia, depresión, cambios en los hábitos de alimentación e ingestión de líquidos, aumento de la presión arterial.

(26) ADREU y Force. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Massón. Barcelona 1997. p. 303.

Gran parte de ellos los puede observar la familia la cual debe estar alerta ante cualquier cambio.

- **Controles clínicos**

El paciente transplantado renal no dejará de ser un paciente renal, por lo cual requerirá durante toda la vida del injerto renal de un control clínico cuidadoso y estricto, ya que siempre existe el riesgo de rechazo.

En el postransplante inmediato el control será mas frecuente y a medida que el tiempo va transcurriendo se espacian progresivamente los controles. Se recomienda en el primer trimestre un control quincenal, durante el segundo trimestre un control cada tres semanas al igual que en el tercer trimestre y en el cuarto trimestre un control cada mes posteriormente un control cada dos meses.

- **Actividad física**

El paciente transplantado no tiene ninguna limitación a la actividad física, salvo las limitaciones lógicas por su condición de transplantado. Es recomendable practicar un deporte excepto deportes violentos o traumáticos.

III. MATERIAL Y METODOS.

3.1 Justificación

La presente investigación se realiza con la finalidad de conocer los factores que influyen en la aparición del rechazo de injerto renal, tales como la falta de educación, la falta de orientación sobre el cuidado y los dispositivos que apoyan el tratamiento del trasplante; problemas de tipo económico generados por el nuevo implante y desinterés por continuar la vigilancia médica.

Por otra parte la participación de enfermería en los cuidados y en la orientación que debe tener este tipo de pacientes es muy importante para verlos traducidos a beneficios a corto y largo plazo. La falta de orientación familiar con respecto a la importancia nutricional, fomentar el autocuidado e higiene y continuar la revisión médica son primordiales para disminuir los factores de riesgo para el nuevo trasplante.

A partir de los datos recabados en nuestra investigación se podrán proponer medidas tendientes a mejorar la atención de enfermería, repercutiendo esto en disminuir los índices de rechazo y mejorar las condiciones de salud de los individuos que se someten a un trasplante renal.

3.2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar los factores que condicionan el rechazo de injerto renal en pacientes con transplante.

Objetivos específicos:

- Identificar la educación como un factor que condiciona el rechazo de injerto en pacientes con transplante renal.
- Reconocer el nivel socioeconómico como un factor que condiciona el rechazo de injerto en pacientes con transplante renal.
- Establecer el autocuidado como un factor que condiciona el rechazo de injerto en pacientes con transplante renal.
- Reconocer el estado nutricional como un factor que condiciona el rechazo de injerto en pacientes con transplante renal.
- Identificar el tipo de transplante como un factor que condiciona el rechazo de injerto en pacientes con transplante renal.
- Establecer la terapia inmunosupresora como un factor de riesgo que condiciona el rechazo de injerto en pacientes con transplante renal.

- Reconocer la atención de enfermería como un factor de riesgo que condiciona el rechazo de injerto en pacientes con trasplante renal.

3.3 Planteamiento del problema.

En el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” perteneciente al sector salud, se brinda atención a pacientes con trastornos de tipo renal, en el servicio de nefrología cuarto piso de hospitalización.

Nosotros nos hemos percatado del aumento de rechazo agudo y crónico en pacientes con trasplante renal y por lo general su presencia se debe a factores educativos y socioeconómicos primordialmente. Todo esto repercutiendo en el aumento acelerado de morbimortalidad, aumentar los costos por reingresos constantes, el trauma psicológico que los pacientes sufren y tener que requerir de terapias sustitutivas de la función renal: Tales como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

Por lo anterior:

¿Cuáles son los factores que condicionan el rechazo de injerto en los pacientes con trasplante renal?

3.4 Hipótesis

Los factores que condicionan el rechazo de injerto renal en pacientes con transplante renal son: El nivel socioeconómico, el nivel educacional, la terapia inmunosupresora, enfermedades preexistentes, los costos elevados que implica el nuevo implante y en algunas ocasiones la edad.

A mejor orientación al paciente con transplante renal, menor será el riesgo de rechazo.

3.5 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional

3.6 Universo

Instituto Nacional de Cardiología cuarto piso hospitalización, área de nefrología.

3.7 Unidades de estudio

- ° Pacientes con transplante renal.
- ° Pacientes que estén presentando algún tipo de rechazo.
- ° Personal de enfermería.

3. 8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

Todo el personal de enfermería del servicio de nefrología.

Todos los pacientes con transplante renal de un mes en adelante de evolución.

Los pacientes con transplante renal de más de tres meses de evolución.

Criterios de exclusión:

Personal de enfermería que asista al servicio por suplencias únicamente.

Pacientes con transplante renal de menos de tres meses de evolución.

Criterios de eliminación:

- **Negación del paciente.**
- **Paciente comatoso.**
- **Muerte del paciente.**
- **Falta de cooperación por parte del personal de enfermería.**

3.9 Universo muestra.

Universo: Pacientes transplantados en el Instituto
Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Muestra: No estadística, arbitraria.

3.10 Variables.

A) Identificar las variables de estudio.

Factores que condicionan el rechazo de injerto renal en pacientes con transplante.

B) Indicaciones de variables.

Edad, educación, nivel socioeconómico, autocuidado, estado nutricional, tipo de transplante, terapia inmunosupresora, orientación al familiar, atención de enfermería, tiempo de transplante.

3.11 Instrumentos.

Esta integrado por tres cuestionarios:

Número 1 Cuestionario dirigido al personal de enfermería.

El cual esta integrado por ocho preguntas, de las cuales tres primeras corresponden a los datos personales, las cinco restantes a los cuidados y orientación del paciente transplantado.

Número 2 Cuestionario dirigido al paciente con transplante renal.

El cual consta de diecinueve reactivos, de los cuales los cinco primeros corresponden a los datos generales del paciente; la pregunta seis a la edad en que recibió el injerto, la cuestión siete es sobre el nivel de escolaridad con el que cuenta, a partir de la pregunta ocho a la once se enfocan a los hábitos higiénicos del paciente. De la pregunta doce a la diecisiete los cuestionarios son acerca del cuidado postransplante y de la vigilancia médica, la pregunta dieciocho corresponde a la orientación al familiar y por ultimo la diecinueve a cerca del tiempo que tiene de haberse transplantado.

Número 3 Cuestionario dirigido a pacientes con transplante renal, y que están presentando algún tipo de rechazo.

Este consta de diez cuestionamientos. Las primeras cuatro preguntas corresponden a los datos generales del paciente, las preguntas cinco y seis son referentes al tipo de transplante y la relación con el donante, las preguntas

siete y ocho correspondientes al tiempo en que se presento el rechazo del injerto y las posibles causas del mismo, las últimas preguntas corresponden al tipo de orientación que recibió al ser transplantado.

3. 12 Validez y confiabilidad.

Para establecer la validez y la confiabilidad de los instrumentos, se realizó una prueba piloto entre diez pacientes y diez integrantes del personal de enfermería.

Observándose consistencia del instrumento y su utilidad como fuente para recabar datos.

3. 13 Procesamiento estadístico.

Para llevar a cabo el procesamiento estadístico se desarrollaron cuadros y gráficas que serán expuestos en forma estadística y descriptiva.

IV. RESULTADOS.

4.1 Datos Generales del personal de enfermería.

Después de haber aplicado 14 cuestionarios al personal de enfermería encontramos:

Con relación a la edad que el 78.5% se encuentran en edades de 21 a 30 años, el 14.3% tiene entre 31 a 40 años y el 7.2 % de 41 a 50 años (ver cuadro y gráfica No. 1)

Con relación al sexo del personal el 78.6% se encontraron del sexo femenino mientras que el 21.4 fueron del sexo masculino. (ver cuadro y gráfica No.2)

En relación a la ocupación se encontró que el 100% pertenece a enfermeras generales mientras que el 0% pertenece a auxiliares de enfermería. (ver cuadro No.3)

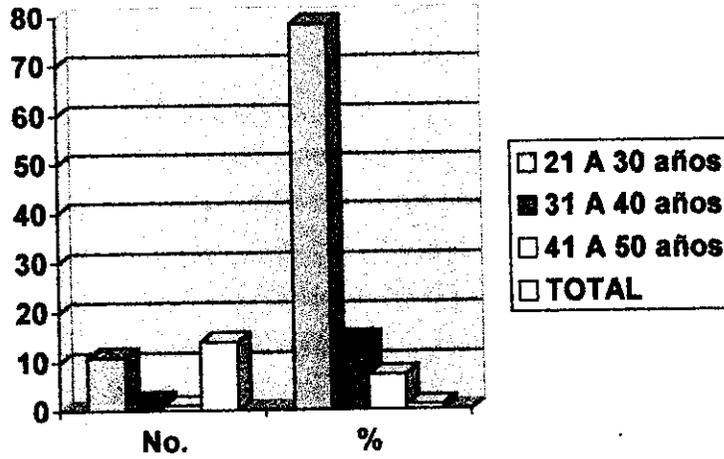
Cuadro No. 1º Edad del personal, enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

EDAD	No.	%
21 a 30 años	11	78.5
31 a 40 años	2	14.3
41 a 50 años	1	7.2
TOTAL	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado en el Instituto Nacional de Cardiología INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere gráfica de barra

Grafica No. 1 Edad del personal de enfermería.



Fuente: Cuestionario aplicado en el Instituto Nacional de Cardiología INCICH Servicio de Nefrología.

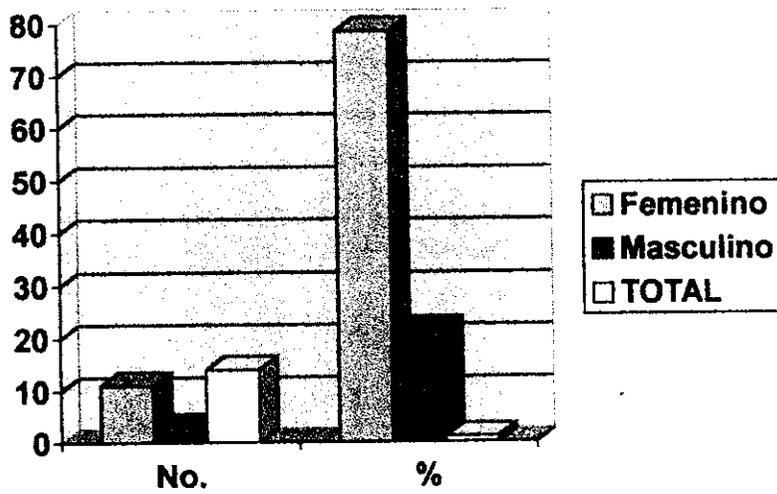
Cuadro No. 2 Sexo del personal. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto.

SEXO	No.	%
Femenino	11	78.6
Masculino	3	21.4
TOTAL	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere gráfica de barra

Gráfica No. 2 Sexo del personal de enfermería.



Fuente: Cuestionario aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología

Cuadro No. 3 Ocupación del personal. Enfermería en la detección de factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

OCUPACIÓN	No.	%
Enfermera general	14	100
Enfermera auxiliar	0	0
TOTAL	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

4.2 Datos específicos del personal de enfermería.

En cuanto al tiempo laborando en el servicio de Nefrología del INCICH encontramos que el 35.8% tiene laborando en el servicio de 1 a 3 años, el 21.4% tiene más de 5 años laborando igual que el 21.4% de 1 a 6 meses, mientras que el 14.2% de 7 a 12 meses por último el 7.2% de 3 a 5 años.

(ver cuadro No.4)

Referente a los cuidados del paciente transplantado el 85.7% si los conoce y el 14.3% solo conoce algunos (ver cuadro No.5)

Con relación a si brinda o no información a los pacientes encontramos que el 62.2% si informa, el 28.6% a veces informa y 7.2% No informa. (ver cuadro No. 6)

Respecto a la orientación al egreso del paciente se encontró que el 57.1% si orienta, el 35.7% a veces y el 7.2% no orienta. (ver cuadro No.7)

Con relación a la importancia de la orientación del paciente el 100% concuerda que si es importante. (ver cuadro No.8)

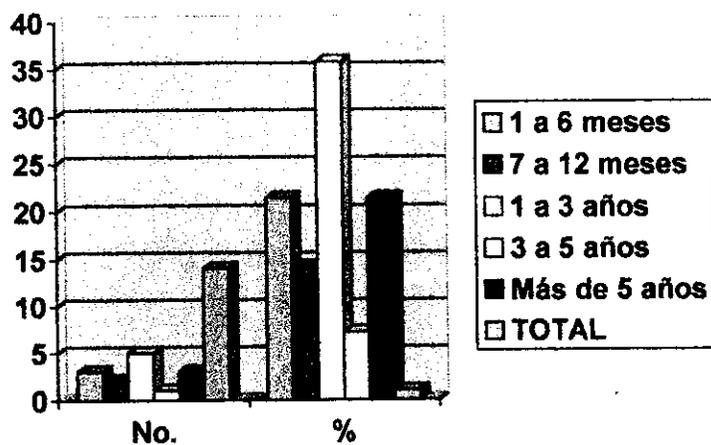
Cuadro No. 4 Tiempo de laborar en el servicio. Enfermería en la defeción de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

TIEMPO LABORANDO	No.	%
1 a 6 meses	3	21.4
7 a 12 meses	2	14.2
1 a 3 años	5	35.8
3 a 5 años	1	7.2
Más de 5 años	3	21.4
TOTAL	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere gráfica de barra.

Gráfica No. 3 Tiempo de laborar en el servicio:



Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el INCICH servicio de nefrología 2000.

**Cuadro No. 5 Cuidados del paciente transplantado.
Enfermería en la detección de factores que condicionan el
rechazo del injerto renal.**

CUIDADOS DEL TRANSPLANTE	No.	%
Si los conoce	12	85.7
No los conoce	0	0
Conoce algunos	2	14.3
TOTAL	14	100%

**Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el
INCICH Servicio de Nefrología 2000.**

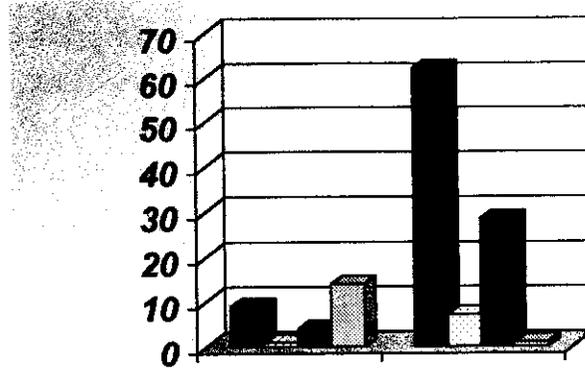
Cuadro No. 6 Información a los pacientes. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

INFORMACIÓN A LOS PACIENTES	No.	%
Si informa	9	62.2
No informa	1	7.2
A veces	4	28.6
TOTAL	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica de barra

Gráfica No. 4 Información a los pacientes.



■ <i>Si informa</i>	9	62.2
□ <i>No informa</i>	1	7.2
■ <i>A veces</i>	4	28.6
■ <i>TOTAL</i>	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería del INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 7 Orientación al paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

ORIENTACIÓN AL EGRESO DEL PACIENTE	No.	%
Si orienta	8	57.1
No orienta	1	7.2
A veces	5	35.7
TOTAL	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 8 Importancia de la orientación de enfermería.
Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto.

IMPORTANCIA DE LA ORIENTACION	No.	%
Si	14	100
No	0	0
TOTAL	14	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería en el INCICH Servicio de nefrología 2000.

4.3 Datos generales del paciente con rechazo renal.

Se aplicaron 8 cuestionarios a pacientes con rechazo del injerto renal.

Encontrándose que con relación a la edad el 55.5% pertenece a edades entre 21 a 30 años, el 22.3% de edades entre 31 a 40 años, el 11.1% pertenece a edades de 41 a 50 años y el 11.1% a más de 50 años. (ver cuadro No. 9)

Con relación al sexo del paciente con rechazo renal encontramos que el 55.5% pertenece al sexo femenino mientras que el 44.5% es del sexo masculino. (ver cuadro No. 10)

Referente al estado civil el 44.5% es casado, el 33.3% soltero, el 11.1% viudo por último el 11.1% otro. (ver cuadro No. 11)

Con relación a la ocupación el 44.5% se dedica al hogar, el 33.3% es empleado y el 22.2% no tiene ninguna ocupación. (ver cuadro No. 12)

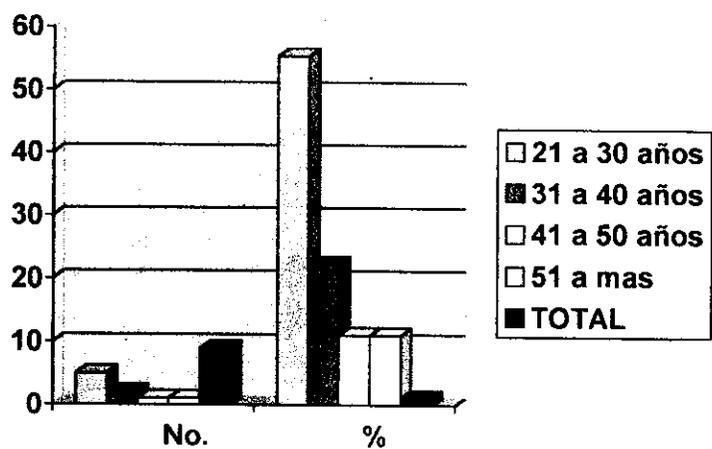
Cuadro No. 9 Edad del paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto.

EDAD	No.	%
21 a 30 años	5	55.5
31 a 40 años	2	22.3
41 a 50 años	1	11.1
51 a mas	1	11.1
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere gráfica de barra.

Gráfica No. 5 Edad del paciente con rechazo renal.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 10 Sexo del paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

SEXO	No.	%
Femenino	5	55.5
Masculino	4	44.5
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología (2000)

Cuadro No. 11 Estado civil del paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	3	33.3
Casado	4	44.5
Viudo	1	11.1
Otro	1	11.1
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

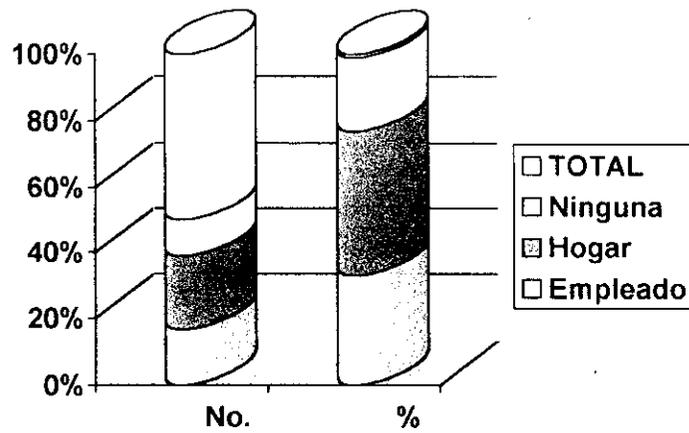
Cuadro No. 12 Ocupación del paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

OCUPACIÓN	No.	%
Empleado	3	33.3
Hogar	4	44.5
Ninguna	2	22.2
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere gráfica cilíndrica

Gráfica No. 6 Ocupación del paciente con rechazo renal.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

4.4 Datos específicos del paciente con rechazo renal.

En relación al trasplante

Con relación a la edad a la que fue transplantado el 44.6% se encuentra en edades de 21 a 30 años, el 22.2% de 10 a 20 años. 11.1% de 31 a 40 por último el 11.1% entre 41 a 50 años. (ver cuadro No.13)

Con relación al donador renal el 62.7% fue de algún familiar, el 22.2% de un amigo o conocido y el 11.1% de donador cadavérico. (ver cuadro No. 14)

Respecto al tiempo de rechazo del injerto renal se encontró que el 44.5% rechazo en 1 a 3 años, el 33.3% rechazo después de 5 años y el 22.2% rechazo transcurridos de 7 a 12 meses. (ver cuadro No. 15)

Causas del rechazo

Con relación a la causa del rechazo renal el 44.5% de los pacientes fue por falta de medios económicos, el 33.3% por que no tomaba los medicamentos y el 22.2% falta de orientación. (ver cuadro No.16)

Respecto a la información acerca del trasplante, el 55.5% de los pacientes no fue informado y el 45.5% si fue informado. (ver cuadro No.17)

Referente a si la información que se le brindo fue o no suficiente el 66.7% contesto que no fue suficiente mientras que el 33.3% refiere que si lo fue. (ver cuadro 18)

Cuadro No. 13 Edad a la que fuè transplantedo. Enfermeria en la deteccion de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

EDAD	No.	%
10 a 20 años	2	22.2
21 a 30 años	4	44.6
31 a 40 años	1	11.1
41 a 50 años	1	11.1
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

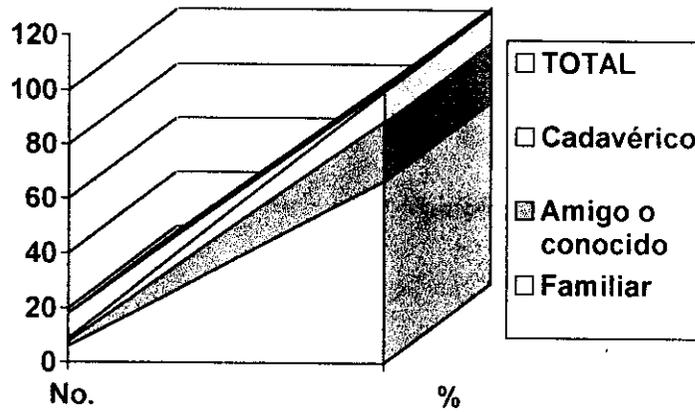
Cuadro No. 14 Donador renal del paciente con rechazo del injerto. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

DONADOR	No.	%
Familiar	6	66.7
Amigo o conocido	2	22.2
Cadavérico	1	11.1
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica de área

Gráfica No. 7 Donador renal del paciente con rechazo del injerto.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 15 Tiempo del rechazo del injerto renal.
 Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

TIEMPO DE RECHAZO	No.	%
7 a 12 meses	2	22.2
1 a 3 años	4	44.5
Más de 3 años	3	33.3
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere gráfica de superficie

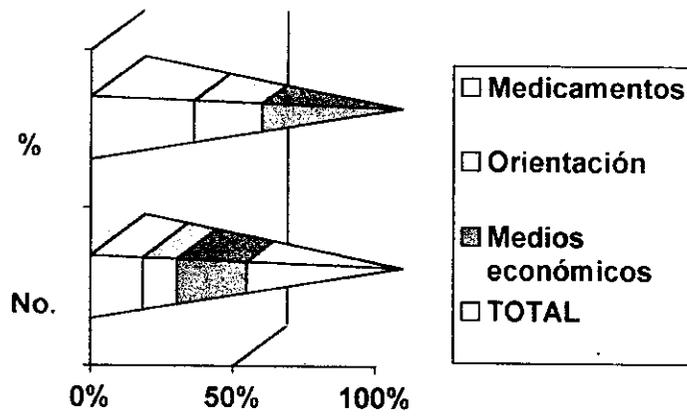
Cuadro No. 16 Causa del rechazo renal. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

CAUSA DEL RECHAZO	No.	%
Medicamentos	3	33.3
Orientación	2	22.2
Medios económicos	4	44.5
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica piramidal

Gráfica No. 9 Causa del rechazo renal.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INICICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 17 Información por parte del personal médico y de enfermería. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

INFORMACIÓN	No.	%
Si	4	44.5
No	5	55.5
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 18 Información adecuada al paciente.
Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

INFORMACIÓN SUFICIENTE	No.	%
Si	3	33.3
No	6	66.7
TOTAL	9	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con rechazo renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

79
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

4.5 Datos generales del paciente transplantado.

Después de aplicar 20 cuestionarios a los pacientes con transplante renal.

Encontramos referente a la edad que el 60% se encuentra en edades de 21 a 30 años, el 15% de 31 a 40 años otro 15% de 10 a 20 años, el 5% de 51 a 60 años y por último el otro 5% más de 60 años. (ver cuadro No.19)

Referente al sexo el 65% es del sexo masculino y un 35% es del sexo femenino. (ver cuadro No. 20)

En cuanto a la religión a la que pertenece el paciente se encontró que el 80% es católico mientras que 10% pertenece a otras religiones y el otro 10% a ninguna. (ver cuadro No.21)

Respecto al estado civil encontramos que el 55% de los pacientes en casado, el 40% es soltero y por último el 5% otro. (ver cuadro No. 22)

Referente a la ocupación el 25% se dedica al hogar, 20% otro, 15% no tiene ninguna ocupación, un 10% campesino, otro 10% estudiante, también 10% comerciante y por último 10% obrero. (ver cuadro No.23)

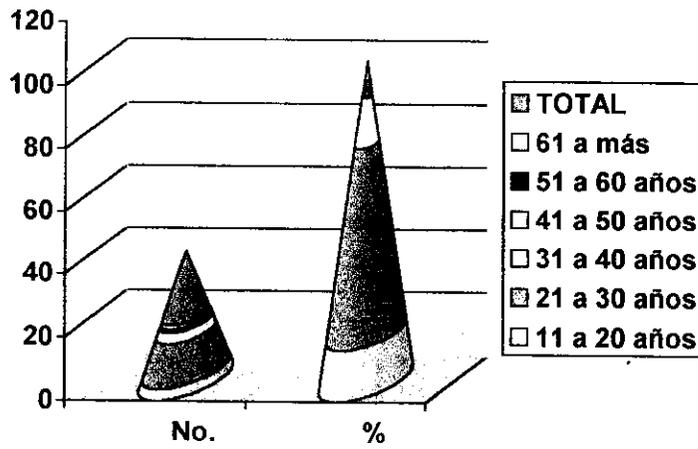
Cuadro No. 19 Edad del paciente transplantado. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

EDAD	No.	%
11 a 20 años	3	15
21 a 30 años	12	60
31 a 40 años	3	15
41 a 50 años	0	0
51 a 60 años	1	5
61 a más	1	5
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica cónica

Gráfica No. 10 Edad del paciente transplantado.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 20 Sexo del paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

SEXO	No.	%
Femenino	7	35
Masculino	13	65
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 21 Religión del paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

RELIGIÓN	No.	%
Católica	16	80
Otra	2	10
Ninguna	2	10
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

**Cuadro No. 22 Estado civil del paciente transplantado.
Enfermería en la detección de los factores que condicionan el
rechazo del injerto renal.**

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	11	55
Casado	8	40
Otro	1	5
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con trasplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

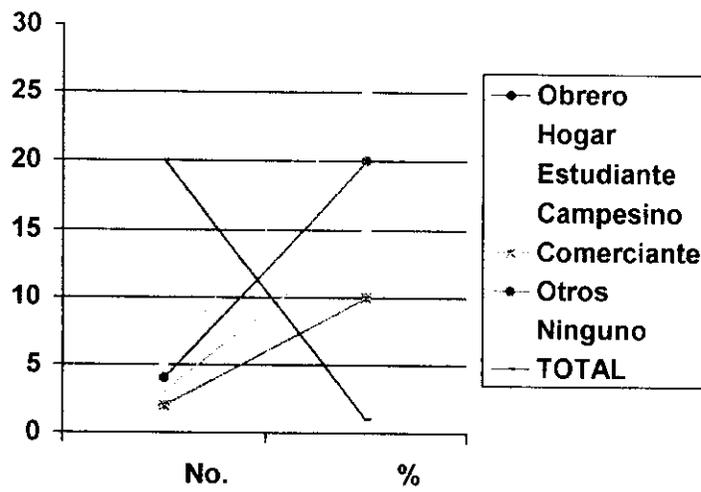
Cuadro No. 23 Ocupación del paciente transplantado.
 Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

OCUPACIÓN	No.	%
Obrero	2	10
Hogar	5	25
Estudiante	2	10
Campesino	2	10
Comerciante	2	10
Otros	4	20
Ninguno	3	15
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica de líneas

Gráfica No. 11 Ocupación del paciente transplantado.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

4.6 Datos específicos del paciente con transplante renal.

Características propias del paciente.

Con relación a la edad en que fue transplantado el 45% correspondió a 21 a 30 años, el 35% entre 10 a 20 años, un 10% de 31 a 40 años, un 5% de 41 a 50 años y por último un 5% 51 a 60 años. (ver cuadro No. 24)

En relación a la escolaridad el 25% correspondió a bachillerato no terminado, un 20% secundaria terminada, el 15% secundaria no terminada, otro 15% primaria terminada, el 10% primaria no terminada, otro 10% no tiene ninguna por último el 5% bachillerato terminado. (ver cuadro No. 25)

Características higiénicas del paciente transplantado.

Respecto al hábito del baño el 90% respondió que se baña diario mientras que el 10% restante cada tercer día. (ver cuadro No.26)

Con relación a la higiene dental, el 50% lo realiza 3 veces al día, el 35% 2 veces al día mientras que el 10% una vez al día y un 5% no lo realiza. (ver cuadro No.27)

Referente al lavado de manos antes de comer y después de ir al baño el 100% coincide en que si lo hace. (ver cuadro No. 28)

En relación a la higiene genital un 80% si lo sabe realizar mientras que un 20% no lo sabe. (ver cuadro No. 29)

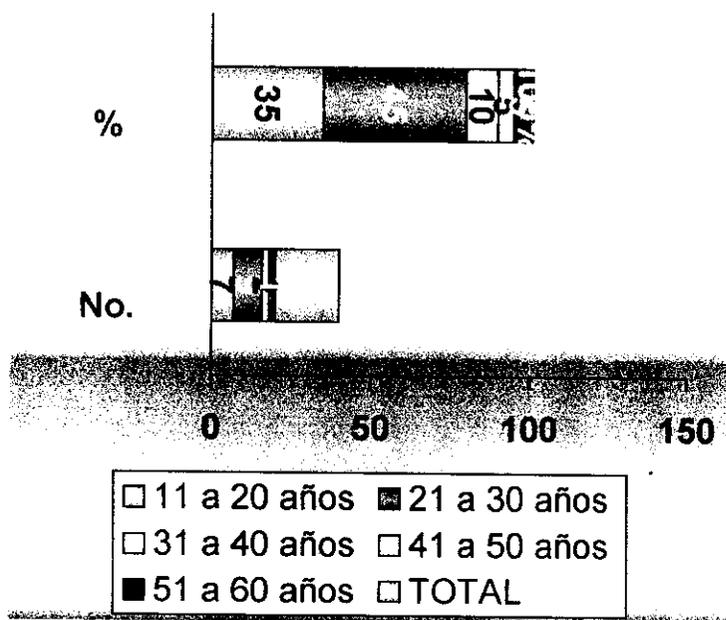
Cuadro No. 24 Edad en la que fuè transplantado. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

EDAD EN LA QUE SE TRANSPLANTO	No.	%
11 a 20 años	7	35
21 a 30 años	9	45
31 a 40 años	2	10
41 a 50 años	1	5
51 a 60 años	1	5
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere grafica de tubo

Gráfica No. 12 Edad en la que fue transplantado.



Fuente: Cuestionario dirigido a pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

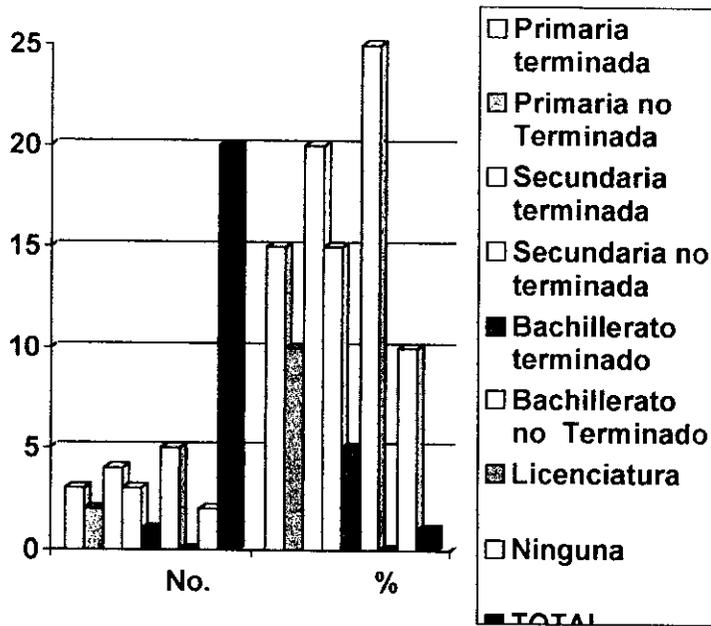
Cuadro No. 25 Escolaridad del paciente. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

ESCOLARIDAD	No.	%
Primaria terminada	3	15
Primaria no Terminada	2	10
Secundaria terminada	4	20
Secundaria no terminada	3	15
Bachillerato terminado	1	5
Bachillerato no Terminado	5	25
Licenciatura	0	0
Ninguna	2	10
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere gráfica de barra.

Gráfica No. 13 Escolaridad del paciente transplantado.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 26 Baño del paciente transplantado. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

TIPO DE BAÑO	No.	%
Diario	18	90
Cada tres días	2	10
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

**Cuadro No. 27 Higiene dental del paciente transplantado.
Enfermería en la detección de los factores que condicionan el
rechazo del injerto renal.**

LAVADO DENTAL	No.	%
Una vez al día	2	10
Dos veces al día	7	35
Tres veces al día	10	50
No lo realiza	1	5
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

**Cuadro No. 28 Lavado de manos del paciente transplantado.
Enfermería en la detección de los factores que condicionan el
rechazo del injerto renal.**

LAVADO DE MANOS	No.	%
Sí	20	100
No	0	0
TOTAL	20	100%

**Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con trasplante
renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.**

**Cuadro No. 29 Higiene genital del paciente transplantado.
Enfermería en la detección de los factores que condicionan el
rechazo del injerto renal.**

HIGIENE GENITAL	No.	%
Si	16	80
No	4	20
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Orientación y cuidado.

Con relación a si el paciente conoce las señales de alarma de un rechazo renal el 55% no las conoce, mientras que un 45% si las conoce. (ver cuadro No.30)

En relación a si acude a sus citas médicas el 95% contesto que si acude y el 5% no acude. (ver cuadro No. 31)

Respecto a la orientación por parte del personal de enfermería, el 65% si recibió orientación, mientras que el 35% no recibió orientación. (ver cuadro No. 32 y gráfica)

Características dietéticas

Con relación a la alimentación se encontró que el 22.8% consumen leche, otro 22.8% vegetales, el 21.5% carne, 20.2 % huevo y un 12.7% leguminosas. (ver cuadro No.33)

Características del transplante

En relación al donador del injerto renal el 70% corresponde a un familiar, el 20% a un amigo o conocido y un 10% a donador cadavérico. (ver cuadro No. 34)

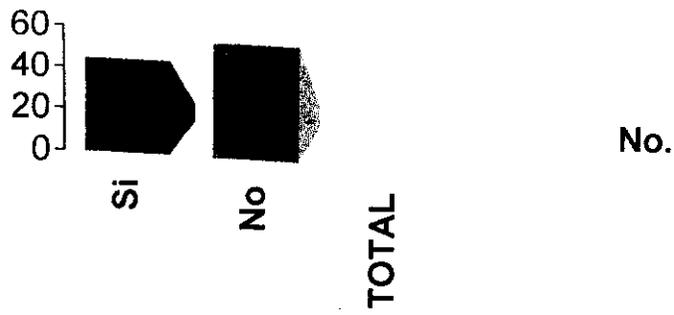
Cuadro No. 30 Conocimiento de las señales de alarma del rechazo renal. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

CONOCE LAS SEÑALES DE ALARMA	No.	%
Si	9	45
No	11	55
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica de área de tercera dimensión

Gráfica No. 14 Conocimiento de las señales de alarma.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 31 Citas medicas del paciente. Enfermeria en la deteccion de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

ACUDE A LAS CITAS	No.	%
Si	19	95
No	1	5
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

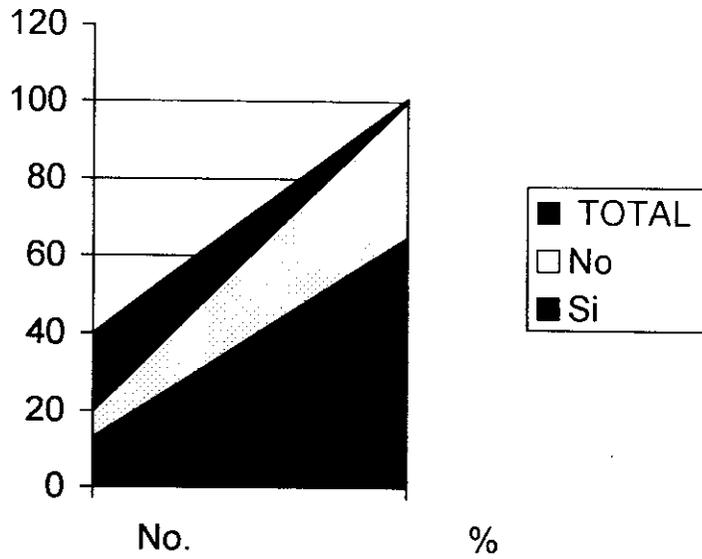
Cuadro No. 32 Orientación de enfermería hacia el paciente transplantado. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

ORIENTACIÓN DE ENFERMERÍA	No.	%
Si	13	65
No	7	35
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica de área

Gráfica No. 15 Orientación de enfermería a el paciente transplantado



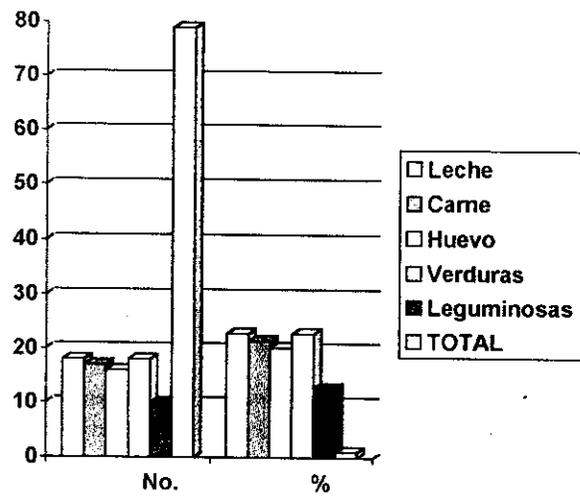
Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 33 Alimentación de los pacientes transplantados.
Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

ALIMENTOS	No.	%
Leche	18	22.8
Carne	17	21.5
Huevo	16	20.2
Verduras	18	22.8
Leguminosas	10	12.7
TOTAL	79	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Gráfica No. 16 Alimentos de los pacientes transplantados.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 34 Donador del injerto renal. Enfermería en la detección de los factores que condicionan a los pacientes con trasplante renal.

DONADOR RENAL	No.	%
Familiar	14	70
Amigo o Conocido	4	20
Cadavérico	2	10
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con trasplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Respecto a los medicamentos que consume el 38.2% toma Prednisona, el 28.4% Azatioprina, el 15.1% F K 506 o Prograf, el 13.6% Ciclosporina y el 5.1% Micofenolato de Mofetil "Cell cep". (ver cuadro No.35)

En relación a cuantos medicamentos para inmunosupresión toma se encontró que el 50% toma tres medicamentos inmunosupresores mientras que el otro 50% toma dos. (ver cuadro No.36)

Referente a si los familiares conocen los cuidados que debe tener el transplantado renal el 75% de los pacientes contesto que si lo conocen y el 25% no los conoce. (ver cuadro No.37)

Con relación al tiempo del transplante el 35% de 3 a 6 meses, el 30% de 7 a 12 meses, el 20% más de 5 años y 15% de 1 a 5 años. (ver cuadro No. 38)

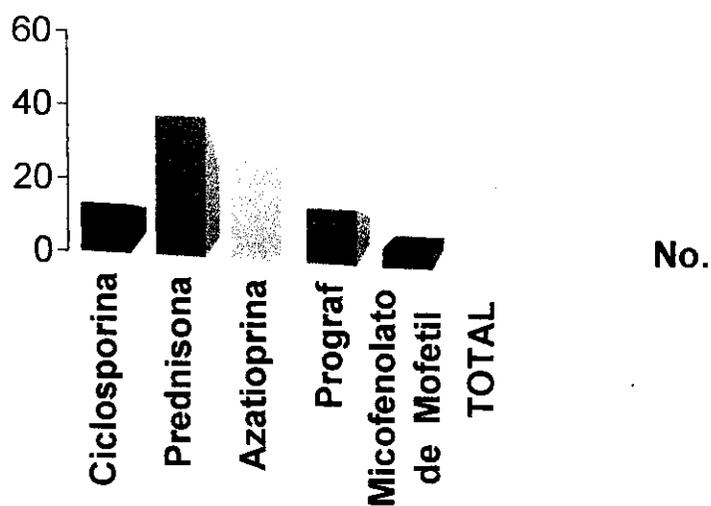
Cuadro No. 35 Medicamentos que consume el paciente transplantado. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

MEDICAMENTOS	No.	%
Ciclosporina	7	13.3
Prednisona	20	38.2
Azatioprina	15	28.4
Prograf	8	15.1
Micofenolato de Mofetil	3	5.1
TOTAL	52	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica de área de 3D

Gráfica No. 18 Medicamento que consume el paciente transplantado.



Fuente: Cuestionario dirigido a pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 36 Cuantos medicamentos toma el paciente transplantado. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

NUMERO DE MEDICAMENTOS QUE TOMA	No.	%
Dos	10	50
Tres	10	50
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 37 Conocimiento de los familiares acerca del trasplante renal. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES	No.	%
Si	15	75
No	5	5
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con trasplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

Cuadro No. 38 Tiempo de transplante renal. Enfermería en la detección de los factores que condicionan el rechazo del injerto renal.

TIEMPO DE TRANSPLANTE	No.	%
3 a 6 meses	7	35
7 a 12 meses	6	30
1 a 5 años	3	15
Más de 5 años	4	20
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con transplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

- Se sugiere la gráfica de cono

Gráfica No. 19 Tiempo del trasplante renal.



Fuente: Cuestionario dirigido a los pacientes con trasplante renal aplicado en el INCICH Servicio de Nefrología 2000.

4.7 Discusión y análisis.

De acuerdo con los cuestionarios aplicados al personal de enfermería se obtuvieron comentarios por parte de ellos mismos en donde coinciden en que es responsabilidad del equipo de salud informar oportunamente antes, durante y después del transplante para evitar no solo el rechazo del injerto renal sino también las posibles complicaciones que puedan presentarse.

Se menciona que debido al exceso de trabajo, el ausentismo, y el cambio frecuente de personal contribuyen a en ocasiones no orientar como se debe a los pacientes. El personal concuerda en que es necesario estar capacitado e informado a cerca de los cuidados y necesidades de los pacientes con transplante pues existen diferentes tipos de información y cuidados.

Debemos retomar que es responsabilidad de la enfermera estar informada oportunamente de los cuidados que se deben tener con todo tipo de pacientes, pero más aún en este tipo pues los pacientes con enfermedades renales tienen un perfil psicológico que los hace ser especiales en cuanto a la relación enfermera-paciente-familia.

Cabe destacar que aunque para el personal de enfermería si es importante orientar a los pacientes con transplante renal no todos lo llevan a cabo por razones anteriormente mencionadas.

“Los cuidados de enfermería en el transplante cubren varias etapas: el cuidado y mantenimiento correcto del potencial donante del injerto, la cirugía para el transplante, la preparación del receptor y los cuidados integrales de enfermería durante todo el proceso a largo plazo” (20)

Los pacientes con rechazo renal.

Los pacientes con rechazo renal en su mayoría son de la segunda a tercera década de la vida es decir jóvenes que buscaran o necesitaran tarde o temprano un nuevo transplante renal y que si anteriormente tuvieron una mala experiencia no lo aceptarían nuevamente o tal vez en esta ocasión sean más precavidos y estén mejor informados.

El principal factor limitante del transplante es la reacción inmunitaria, que ocasiona rechazo y destrucción del riñón recién colocado” (23)

Es importante mencionar que gran parte de ellos considera que su rechazo fue por falta de medios económicos lo que es igual a no tomar medicamentos inmunosupresores por el alto costo de estos, lo que conlleva a una desnutrición, un mal seguimiento por no tener medios para pagar consulta y laboratorios (necesarios para la vigilancia del injerto renal).

(20) ANDREU Y Force. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Masson Barcelona 29997. p.319.

(23) BRUNNER- Suddarth. Enfermería médico quirúrgica. 7ma ed. Ed. Interamericana McGraww Hill. México 1994. p. 1263.

En su mayoría son mujeres dedicadas al hogar que no perciben un salario fijo. Un número considerable no fue informado de los cuidados que debería tener lo que hace aun más grave el problema, ya que algunos de ellos creían que volverían a su vida normal sin tomar medicamentos, acudir a citas médicas, y estarse cuidando de cualquier complicación.

Los pacientes con transplante renal.

En su mayoría pertenecen al grupo de la segunda a tercera década de la vida, del sexo masculino en mayor proporción, a demás de ser católicos gran parte de ellos.

Su grado de escolaridad es relativamente bajo cabe destacar que ninguno llego a nivel superior, en su mayoría no tienen un buen empleo que les permita tener buenos ingresos económicos, y muchos de ellos son cabezas de familia que no solo tienen los gastos propios de la enfermedad sino además la de una familia que por pequeña que sea disminuye su presupuesto económico.

Retomando que existen diferentes complicaciones del transplante renal, los pacientes no saben cuales son las señales de alarma y si estas se llegasen a presentar las dejarían pasar por alto. Es un número importante de pacientes que coincidió en no haber recibido orientación por parte del personal de enfermería a cerca de los cuidados que debe de tener.

La prednisona es tomada por un número considerable de los pacientes y pocos de ellos conocen el efecto de esta, le sigue la Azatioprina, el Prograf, ciclosporina y por último el Micofenolato todos tienen diferentes efectos secundarios. En ocasiones los pacientes no reconocen las dosis ni los medicamentos, es necesario orientarlos acerca de que pasa si toman medicamento de más o de menos, si suspenden alguna dosis pues esto podría traer consecuencias que ponen en peligro su vida.

Existe una deficiencia en los hábitos higiénicos y cabe señalar que “la puerta de entrada de los microorganismos son las vías urinarias, pulmones, sitio operado u otras zonas. Es común que se efectúen cultivos de orina por la frecuencia de bacteriuria durante las fases temprana y tardía del injerto.” (24)

Por lo anterior es necesario conocer los hábitos higiénicos del paciente, que van desde el lavado de dientes por la gingivitis, aseo de genitales así como la importancia del baño diario y uso de cubrebocas durante un determinado tiempo para evitar infecciones aéreas.

El paciente renal es una persona dependiente no solo de su familia sino del propio equipo médico es por eso que debemos estar concientes de que la información que le demos sea la adecuada, que resolvamos sus dudas y le demos la confianza de sentirse seguro e independiente.

(24) BRUNNER- Suddarth. Enfermería médico quirúrgica 7ma ed. Ed. Interamericana McGraww Hill. México 1994. p. 1264

“El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal . mejora su calidad de vida, la sensación de bienestar y corrige algunas complicaciones de la uremia”(18)

El paciente debe acudir oportunamente a sus citas, pues se tendrá que checar continuamente, el nivel de creatinina,, electrolitos, hematología, inmunosupresión así como el tiempo para realizar la biopsia renal y ajustar las dosis de los inmunosupresores.

Un paciente con un donador vivo relacionado tendrá menos probabilidades de rechazo de un injerto renal que el que lo es por donador de un amigo o cadavérico ya que este pone en juego la compatibilidad.

4. 8 Propuestas.

Es recomendable que el personal de enfermería de sesiones a los pacientes nefrópatas no solo en lo que se refiere al trasplante renal sino también en cada una de las patologías retomando el autocuidado.

Seria conveniente un espacio para que el personal de enfermería pueda captar a los pacientes con daño renal y continuar el seguimiento desde su tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal y hemodiálisis; y una vez que este ha sido transplantado continuar con un control tal vez no tan estricto pero si de manera que consientize a los pacientes sobre la importancia de este.

(18) <http://www.renal.org.ar/revista/47/4703.htm>

Para el personal de enfermería que se de capacitación continua, y que se le brinde las oportunidades de desarrollo en esa especialidad para que esta a su vez de una mejor calidad de atención.

Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de orientar al paciente, que es más importante tomarse un tiempo para explicarle pues esto evitara en un futuro tener reingresos de pacientes con complicaciones del transplante o bien un probable rechazo del injerto.

4.9 Conclusiones.

Se pudieron identificar los factores que condicionan el rechazo del injerto en pacientes con transplante renal.

Los factores que condicionan el rechazo del injerto renal son: el nivel educacional, el nivel socioeconómico, la terapia inmunosupresora, la edad y enfermedades preexistentes esta fue verdadera.

La hipótesis es verdadera ya que el nivel educacional contribuye a la pobre información que traen consigo los pacientes lo que condiciona unos malos hábitos higiénico dietéticos y que muchas veces no entienda los tecnicismos con los que se le trata de orientar y por pena o por no saber el paciente no saque a flote sus dudas.

El nivel socioeconómico influye en la capacidad de adquirir medicamentos, alimentos, cubrebocas (durante los primeros meses), entre otras cosas el estrés al que se somete el paciente a falta de medios para subsistir.

La edad y enfermedades preexistentes como son la Diabetes Mellitus condicionan a una mayor probabilidad de rechazo que cualquier otro paciente de menos edad y sin enfermedades preexistentes.

El personal de enfermería juega un papel importante ya que por parte de ellos el paciente obtendrá la información que este necesita al momento de enfrentarse a la vida con una nueva oportunidad pero teniendo que hacer los ajustes necesarios para que esta se prolongue el mayor tiempo posible y en las condiciones ideales para el paciente.

Es necesaria la capacitación continua para el personal de enfermería pues así se actualizara constantemente sobre lo más avanzado en transplante renal, los cuidados, nueva terapia inmunosupresora así como efectos de esta.

El transplante renal mejora la calidad de vida del paciente pero implica gastos, cuidados, higiene, educación, nutrición entre otros y que no siempre los pacientes están en las condiciones idóneas para aceptarlo. Ya sea que no cuenten con los medios económicos o bien que no se encuentren preparados psicológicamente para adoptarlo.

El paciente nefròpata es una persona muy dependiente de los demás en especial de su familia por lo que involucra a todo aquel que se encuentre a su lado. La familia juega un papel importante en el cuidado de ellos pues es quien actúa como vigilante y muchas veces detecta los problemas antes que el personal del equipo de salud por estar más en contacto con el.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALSINA. Licenciatura nefrològica. Salvat editores. 1ra ed. 1990. pp. 205 y 206.

ANDREU. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Massòn. Barcelona 1997. pp. 237-281.

ANAGNOSTAKO / TORTORA. Principios de anatomía y fisiología. 6ta ed. Harla. México 1998. pp. 315-330.

BRUNNER / SUDDARTH. Enfermería medico quirúrgica. 7ma ed. Ed. Interamericana. Vol. II. México 1994. pp.1262 – 1265.

CIBERT J./ F. BEDOS. Manual de urología. 1ra ed. Ed. Toray-Massòn. Barcelona / España 1987. pp. 38-43

ELAINE. B. F. Principios de medicina y nutrición. Ed. El manual moderno. México 1998.
pp. 318-329.

ELISONDO Leticia. Cuidemos nuestra salud. Ed. Limusa. México 1994. pp. 298-325

G. K. VAN DER HEM. Nefrología. Ed. El manual moderno. Vol. VI. México 1989. pp.314 y 315, 325-330.

HERMAN M. T./ Juan. S. H./ Horacio/ Emilio A. R. Servicio de Nefrología y hemodiálisis. Buenos Aires Argentina. Diciembre 1999.
[http://www. Renal.org.ar/revista/47/4703.htm](http://www.Renal.org.ar/revista/47/4703.htm)

HOLLOWAY. M. Nancy. Plan de cuidados de enfermería medico quirúrgica. Ed. Doyma. España 1992. pp. 34-48 y 352-356.

KERSCHNER. L. Velma. Nutrición y terapéutica dietética. Ed. El manual moderno. México 1997. pp. 374-379.

KUIT. J. / Wilson. H. J. Medicina interna. Ed. McGraw Hill. 13va ed. Vol. II. Madrid 1994. pp. 1473-1476.

LIPKIN. B. Gladys./ Colien G. Robert. Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales. 1ra ed. Ed. Doyma. Barcelona 1990. pp. 204-211.

PEÑA C. Nefrología clínica y trastornos del agua y electrolitos. 4ta ed. Méndez editores. México 1998. pp. 64-70.

RODRÍGUEZ C. Vademécum académico de medicamentos. 2da ed. Ed. Interamericana McGraw Hill. México 1995. pp. 553-557.

SMITH. C. / RENARD. R. A. Farmacología. 3ra ed. Ed. Trillas. México 1998.
p. 922.

ROPER. Nancy. Diccionario de enfermería. 11va ed. Ed. Interamericana.
México 1992. pp. 07-433.

TANAGHO. A. Emil. Urología general. 12va ed. Ed. El manual moderno.
México 1997.
pp. 222-229 y 485-488.

VANDER J. Arthur. Fisiología renal. 3ra ed. Ed. McGraw Hill. México 1990.
pp. 171-179.

WOOLRICH. D. J. Urología. Méndez editores. México. 1996. p.500.

Z. Levine. D. Cuidados del paciente renal. 2da ed. McGraw Hill. México 1995.
pp. 335-350.

Vademécum Farmacológico. 8va ed. Ed. PE. México 1999. pp. 1187-1188 y
2064-2066.

ANEXO A

GLOSARIO DE TERMINOS

AMINOÁCIDOS.- Ácidos orgánicos en los que se han sustituido dos o más de los átomos de carbono por el grupo amino (NH₂). Son productos terminales de hidrólisis de las proteínas a partir de las cuales el organismo resintetiza sus propias proteínas.

ANÁLISIS.- Técnica utilizada en química para el estudio de la composición de una sustancia.

ANÁLOGO.- Similar en función, pero no en origen.

ANEMIA.- Diferencia de hemoglobina en sangre debido a la falta de eritrocitos, de hemoglobina o de ambos.

ANEMIA MACROCÍTICA.- Anemia hemolítica, hereditaria, se caracteriza porque los glóbulos rojos son grandes.

ANTICUERPO.- Proteínas de alto peso molecular producidas por linfocitos B que se pueden cambiar con antígenos tales como bacterias y producir inmunidad o producir señales de una enfermedad.

- ANTIGENO.-* Cualquier sustancia que en condiciones favorables estimule la producción de anticuerpos.
- ANTISUERO.-* Sustancia preparada a partir de la sangre de animal que ha sido inmunizado con un antígeno.
- ANURIA.-* Falta de secreción de orina por los riñones.
- BACTERIAS.-* Grupo de microorganismos patógenos.
- BAÑO.-* Inmersión de todo el cuerpo o de cualquiera de sus partes en agua o cualquier otro líquido.
- BASOFILO.-* Célula que tiene afinidad por los colorantes básicos. Célula blanca de la sangre que tiene como función fagocitar y contiene heparina e histamina.
- CALORÍA.-* Unidad de calor.
- CELULA.-* Término histológico, para una masa pequeña de protoplasma que contiene un núcleo.
- CICLOSPORINA.-* Agente inmunosupresor selectivo que no suprime la producción de anticuerpos. Se utiliza profilácticamente en reacciones de injerto contra huésped.

CMV.- Citomegalovirus.

CITOMEGALOVIRUS.- Pertenece al grupo de los virus del herpes simple, puede causar infección latente asintomática.

CITOTOXINA.- Anticuerpos tóxicos para una célula.

COMA.- Estado de inconciencia permanente, el cual se valora por varios parámetros. (escala de Glasgow).

COMPATIBILIDAD.- Concerniente, congruente. Facultad de una sustancia para combinarse con otra sin resultados desfavorables.

CORTICOIDES.- Hormonas producidas por la corteza suprarrenal. También se utiliza la palabra para referirse a esteroides sintéticos como la prednisona y dexametasona.

CUSHINGOIDE.- Se usa para describir la cara de luna. La obesidad común en personas con elevadas concentraciones de corticoesteroides en plasma.

DEPRESIÓN.- Trastorno emocional, caracterizado por la sensación de profunda tristeza.

DIABETES.- Enfermedad caracterizada por poliuria y elevación de los niveles de glucosa en sangre.

DIABETES INSÍPIDA.- Poliuria y polidipsia causada por deficiencia de ADH.

DIÁLISIS.- Separación de sustancias en una solución, aprovechando su capacidad de difusión a través de la membrana serosa como en el riñón artificial.

DIÁLISIS PERITONEAL.- Se utiliza el peritoneo como membrana porosa. Con el fin de hacer que la urea y otros productos de desecho pasen al interior del líquido de irrigación, que posteriormente se retirara de la cavidad intraabdominal.

DISFUNCIÓN.- Funcionamiento anormal de cualquier órgano o sistema.

DNA.- Ácido desoxiribonucleico.

FAGOCITOSIS.- Englovamiento de proteínas extrañas al organismo.

FÁRMACO.- Nombre genérico para cualquier sustancia utilizada para el tratamiento de una patología.

FÍSTULA.- Comunicación anormal entre dos superficies o cavidades.

GLOMERULONEFRITIS.- Término que engloba varias afecciones que tienen como denominante común lesión a los glomérulos.

GLUCOGENO.- Principal compuesto para almacenar hidratos de carbono.

GRASA.- Tejido adiposo que actúa como reserva energética y moldea los contornos corporales.

HEMATURIA.- Presentación de sangre en orina.

HEMODIÁLISIS.- Eliminación de solutos tóxicos y exceso de líquido en la sangre.

HEPATITIS.- Inflamación del hígado como respuesta a infecciones o toxinas.

HLA.- Antígenos leucocitarios humanos.

HUÉSPED.- La estructura orgánica sobre la que se desarrollan los parásitos.

INFECCIÓN.- Invasión con éxito y establecimiento de microorganismos en el tejido del huésped.

INMUNIDAD.- Estado intrínseco o adquirido de resistencia a un agente infeccioso.

INMUNOSUPRESION.- Tratamiento que reduce la respuesta inmunológica.

IRA.- Insuficiencia renal aguda.

IRC.- Insuficiencia renal crónica.

IM.- Intramuscular.

IV.- Intravenosa.

LAVADO DE MANOS.- Actividad importante en la prevención de la salud y prevención de infecciones.

LEUCOCITOS.- Corpúsculos blancos de la sangre.

LINFOCITOS.- Variedad de glóbulos blancos.

MEDULA OSEA.- Sustancia contenida dentro de los huesos.

MERCAPTOPURINA.- Útil en el tratamiento de la leucemia e inhibe la síntesis de ácido nucleico.

MICROORGANISMOS.- Células microscópicas que suelen ser dañinas al organismo.

MUERTE.- Suspensión de las funciones vitales.

NEFROPATIA.- Llámese a cualquier afección de tipo renal.

NEFROESCLEROSIS.- Insuficiencia renal por afección vascular hipertensora.

PEPTIDO.- Compuesto de bajo peso molecular que produce dos o mas aminoácidos mediante la hidrólisis.

PIELONEFRITIS.- Forma de infección renal que se disemina desde la peliçula hasta la corteza renal.

POLQUISTICO.- Compuesto por muchos quistes.

PREDNISONA.- Hormona sintética con propiedades similares a la cortisona.

PROTEINAS.- Compuestos hidrogenados, altamente complejos que se encuentran en los tejidos animales y vegetales.

RIÑON.- Glándula situada a los lados de la columna, en la parte posterior y superior de la cavidad abdominal. Su principal función es la excreción de orina.

RNA.- Ácido ribonucleico.

SEPTICEMIA.- Presencia y multiplicación de bacterias vivas en el torrente sanguíneo.

TOXICO.- Sustancia venenosa.

TRANSPLANTE.- Intervención quirúrgica donde se implantan tejidos u órganos de un individuo a otro.

ANEXO B CUESTIONARIOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“Cuestionario de factores de riesgo
del rechazo del injerto en el trasplante renal”**

Dirigido al personal de enfermería del servicio de nefrología del INCICH.

Objetivo:

Identificar los factores que condicionan el rechazo del injerto en pacientes con trasplante renal.

Instrucciones:

Llene con bolígrafo, letra de molde y marque con una “X” la respuesta.

1.- Edad _____ 2.- Sexo _____ 3.- Ocupación _____

4.- ¿Cuánto tiempo tiene laborando en el servicio de Nefrología?

- A) menos de un mes
- B) 1 a 6 meses
- C) 7 a 12 meses
- D) 1 a 3 años
- E) 3 a 5 años
- F) más de 5 años

5.- Conoce usted cuáles con los cuidados que debe tener al paciente transplantado.

- A) Si
- B) No
- C) Algunos

6.- Usted brinda información a los pacientes con I. R. C. T.

- A) Si
- B) No
- C) A veces

7.- Ofrece usted orientación oportuna al egreso del paciente con transplante renal.

- A) Si
- B) No
- C) A veces

8.- Considera que es importante la orientación de enfermería al paciente con transplante renal.

- A) Si
- B) No

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“Cuestionario de factores de riesgo del rechazo del injerto renal”

Dirigido a pacientes con rechazo renal.

Objetivo:

Identificar los factores que condicionan el rechazo del injerto en pacientes con trasplante renal.

Instrucciones:

Llene con bolígrafo, letra de molde y marque con una “X” la respuesta.

- 1.- Edad. _____ 2.- Sexo. _____
- 3.- Estado civil. _____ 4.- Ocupación. _____
- 5.- A que edad fuè transplantado.
_____ años
- 6.- Su donador renal fuè
- A) Familiar
 - B) Amigo o conocido
 - C) Cadavérico
- 7.- A que tiempo de transplantado rechazo el injerto renal.
- A) De 0 a 6 meses
 - B) 7 a 12 meses
 - C) 1 a 3 años
 - D) 3 a 5 años
 - E) más de 5 años
- 8.- ¿Cuál cree usted que fuè la causa del rechazo de su injerto renal?
- A) No tomaba los medicamentos inmunosupresores
 - B) Falta de Higiene
 - C) Falta de orientación acerca del transplante renal
 - D) Mal nutrición
 - E) Por falta de medios económicos
- 9.- Fuè usted informado por parte del personal médico y de enfermería acerca de los cuidados que se deben tener una vez que ha sido transplanto.
- A) Si
 - B) No
- 10.- Si se le brindo información considera usted que fuè suficiente.
- A) Si
 - B) No

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Cuestionario de factores de riesgo del rechazo del injerto en el transplante renal

Dirigido a pacientes con transplante renal.

OBJETIVO:

- **Identificar los factores que condicionan el rechazo del injerto en pacientes con transplante renal.**

Instrucciones:

Llene con letra de molde, bolígrafo y marque con una "X" la respuesta.

1.- Edad. _____ 2. - Sexo. _____ 3.- Religión _____

4.- Estado civil. _____ 5.- Ocupación _____

6.- A qué edad fue transplantado. _____

7.- ¿Qué grado escolar tiene usted?

- A) Primaria
- B) Secundaria
- C) Bachillerato
- D) Licenciatura
- E) Otra
- F) Ninguna

8.- Usted se baña

- A) Diario
- B) Cada tercer día
- C) Otros especifique

9.- Su higiene dental la realiza

- A) Una vez al día
- B) Dos veces al día
- C) Tres veces al día
- D) No lo realiza

10.- Se lava las manos antes de cada comida y después de ir al baño

- A) Si
- B) No

11.- Sabe usted realizar una adecuada higiene de genitales

- A) Si
- B) No

12.- Sabe usted cuáles son las principales señales de alarma de un probable rechazo del injerto renal.

- A) Si
- B) No

13.- Acude oportunamente a sus citas médicas

- A) Si
- B) No

14.- Recibió orientación por parte de enfermería acerca de su trasplante renal

- A) Si
- B) No

15.- ¿Cuántas veces a la semana consume los siguientes alimentos?

- A) Leche
- B) Carne
- C) Huevo
- D) Vegetales
- E) Leguminosas

16.- Su donador renal fue

- A) Familiar
- B) Amigo o conocido
- C) Cadavérico

17.- De los siguientes medicamentos cuáles consume

- A) Ciclosporina
- B) Prednisona
- C) Azatioprina
- D) Prograf
- E) Micofenolato de Mofetil "Cell cep"

18.- Sus familiares conocen a cerca de los cuidados que debe tener el
transplantado renal.

- A) Si
- B) No

19.- ¿Cuánto tiempo tiene usted de haber sido transplantado?

- A) 3 a 6 meses
- B) 7 a 12 meses
- C) 1 a 5 años
- D) más de 5 años

Comentarios

ANEXO C

FE DE ERRATA. La página 26 se repite dos veces por error de impresión