

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE POSTRASPLANTE RENAL
INMEDIATO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL
OBRERO N° 1 GESTIÓN 2018**

AUTORA: LIC. MIRIAM LÓPEZ URUCHI

TUTORA: LIC. MSc. GRACIELA CONDORI COLQUE

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER
SCIENTARUM EN ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

**LA PAZ – BOLIVIA
2019**

AGRADECIMIENTOS

- A. Dios por brindarme sabiduría en la ejecución de este reto.*
- B. A mi familia y amigos, por su constante apoyo y motivación para alcanzar mis objetivos.*
- C. A la Unidad de Terapia Intensiva por enriquecer mis conocimientos y experiencia profesional y así descubrir el problema de la presente investigación.*

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado de forma especial a mi familia por darme su apoyo permanente e incondicional, sin medir tiempo, pues le resté principalmente a mi hijita Adriana, quien es el tesoro de mi vida, a mi esposo Armin Morales Valdez.

Lo dedico también a mis amigos por su apoyo y constante motivación, para lograr alcanzar mis objetivos trazados, hasta llegar a la culminación de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	14
IV. MARCO TEÓRICO	16
4. INSUFICIENCIA RENAL	16
4.1. Definición	16
4.2. Etiología	16
4.3. Fisiopatología	16
5. TRASPLANTE RENAL	20
5.1. Definición	20
5.2. Historia	21
5.3. Historia de Trasplante Renal en América Latina	21
5.4. Historia en Bolivia	22
5.5. Historia Hospital Obrero N°1 La Paz	24
5.6. Inmunología del trasplante	25
5.7. Selección del donante-receptor	26
5.7.1. Receptor	26
5.7.2. Edad	27
5.7.3. Diabetes	27
5.7.4. Arterioesclerosis y calcificaciones vasculares	27
5.7.5. Tumores malignos	28
5.7.6. Compatibilidad HLA	28
5.7.7. Donante	29
5.7.8. Contraindicaciones absolutas para la donación	29
5.8. Tipos de donantes	30
5.8.1. Donantes vivos relacionados	30
5.8.2. Donantes cadavéricos	30

5.9. Técnica quirúrgica	30
5.10. Inmunosupresión	31
5.11. Complicaciones del trasplante	33
5.11.1. Complicaciones agudas	33
5.11.2. Complicaciones crónicas	35
6. POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO	36
6.1. Definición	36
6.2. Intervenciones de Enfermería	37
7. COMPETENCIAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA	38
7.1. Definición	38
7.2. Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)	39
7.2.1. Valoración diagnóstica	39
7.2.2. Planeación y ejecución	39
7.2.3. Evaluación	40
7.2.4. Prevención y promoción de la salud	41
7.2.5. Guías, procedimientos y protocolos	41
7.2.6. Comunicación / Relación con el paciente	42
7.2.7. Trabajo en equipo y relación multidisciplinaria	42
7.2.8. Comunicación multidisciplinaria	43
7.2.9. Mantenimiento de las competencias profesionales	43
7.2.10. Ética, valores y aspectos legales	44
7.2.11. Implicación y compromiso profesional	45
7.3. Niveles de desarrollo de competencias en enfermería	45
VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
IX. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	49
X. HIPÓTESIS	50
XI. OBJETIVOS	51
11.1. Objetivo general	51
11.2. Objetivos específicos	51
XII. DISEÑO METODOLÓGICO	52

12.1. Área de estudio	52
12.2. Tipo de estudio	52
12.3. Universo y muestra	52
12.4. Criterios de Inclusión y Exclusión	53
12.5. Instrumento	53
12.6. Estado de variables	53
12.7. Listado de variables	54
12.7.1. Variable dependiente	54
12.7.2. Variable independiente	54
12.8. Operacionalización de variables	55
12.9. Técnicas y procedimiento	58
12.9.1. Obtención de la información	58
12.9.2. Procesamiento de los datos	59
12.9.3. Análisis Estadístico	59
XIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
XIV. RESULTADOS	61
XV. DISCUSIÓN	79
XVI. CONCLUSIONES	82
XVII. RECOMENDACIONES	88
XVIII. BIBLIOGRAFÍA	90
XIX. ANEXOS	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Edad del profesional de enfermería Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	61
Gráfico N° 2: Años de experiencia del profesional de enfermería en la atención de paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	62
Gráfico N° 3: Usted atendió a paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	63
Gráfico N° 4: formación académica del profesional de enfermería Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	64
Gráfico N° 5: Conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre la acción farmacológica de los inmunosupresores Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	65
Gráfico N° 6: Correcta administración de inmunosupresores Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	66
Gráfico N° 7: Intervenciones de la enfermera profesional 24 horas antes en paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	67
Gráfico N° 8: Qué considera usted lo más relevante en su valoración del protocolo quirúrgico en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	68
Gráfico N° 9: En el cuidado posoperatorio inmediato del patrón urinario, qué considera controlar en el paciente, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018	69
Gráfico N° 10: Para mantener una perfusión óptima del injerto, cuáles son los parámetros hemodinámicos que se deben mantener en el receptor postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018	70
Gráfico N° 11: Qué observa de la herida quirúrgica en los pacientes	71

postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018	
Gráfico N° 12: Qué tipo de rechazo se presenta en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	72
Gráfico N° 13: Signos y síntomas de alarma que presenta el paciente postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018	73
Gráfico N° 14: Los cuidados del profesional de enfermería estarán encaminados a evitar posibles complicaciones en los pacientes postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018	75
Gráfico N° 15: Usted, como profesional de enfermería, qué tipo de comunicación terapéutica mantiene con el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	76
Gráfico N° 16: Existe actualmente protocolo o Manual de Procedimientos de atención al paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018	78

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 1: Edad del profesional de enfermería Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	110
Cuadro N° 2: Años de experiencia del profesional de enfermería en la atención de paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	111
Cuadro N° 3: Usted atendió a paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	112
Cuadro N° 4: Formación académica del profesional de enfermería, Unidad De Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	113
Cuadro N° 5: Conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre la acción farmacológica de los inmunosupresores Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	114
Cuadro N° 6: Correcta administración de inmunosupresores en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	115
Cuadro N° 7: Intervenciones de la enfermera profesional 24 horas antes en paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	116
Cuadro N° 8: Qué considera usted lo más relevante en su valoración del protocolo quirúrgico en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	117
Cuadro N° 9: En el cuidado posoperatorio inmediato del patrón urinario, qué considera controlar en el paciente, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	118
Cuadro N° 10: Para mantener una perfusión óptima del injerto, cuáles son los parámetros hemodinámicos que se deben mantener en el receptor postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	119
Cuadro N° 11: Qué observa de la herida quirúrgica en los pacientes	121

postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018	
Cuadro N° 12: Qué tipo de rechazo se presenta en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	122
Cuadro N° 13: Signos y síntomas de alarma que presenta el paciente postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	123
Cuadro N° 14: Los cuidados del profesional de enfermería estarán encaminados a evitar posibles complicaciones en los pacientes postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	125
Cuadro N° 15: Usted, como profesional de enfermería, qué tipo de comunicación terapéutica mantiene con el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018	126
Cuadro N° 16: Existe actualmente protocolo o Manual de Procedimientos de atención al paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero La Paz 2018	128

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo N° 1: Cronograma de Gant	94
Anexo N° 2: Cartas de solicitud de permiso	99
Anexo N° 3: Consentimiento informado	99
Anexo N° 4: Cuestionario	102
Anexo N° 5: Resultados del cuestionario. Cuadros	109
Anexo N° 6: Guía de Intervención para paciente postrasplante renal inmediato	129

RESUMEN

El trasplante renal es un procedimiento quirúrgico que consiste en el implante de un riñón de un donante (paciente sano sin enfermedad renal) a un paciente con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal avanzada - estadio 3 a 5 de la clasificación K/ DOQI. El objetivo es determinar las competencias del profesional de enfermería en el cuidado inmediato de pacientes postrasplante renal en la Unidad de Terapia Intensiva gestión 2018. Tipo de estudio: retrospectiva, cuantitativa de corte transversal, el instrumento que se utilizó para la presente investigación fue el cuestionario, que se aplicó al profesional de enfermería que trabaja en diferentes turnos en la Unidad de Terapia Intensiva. Los resultados benefician al departamento de enfermería, solo el 30% del personal entrevistado identifica el tipo de rechazo que se da en el posoperatorio inmediato, como rechazo hiperagudo que es correcto, el restante 70% dio respuestas incorrectas como ser: Rechazo agudo con el 56.7%, rechazo acelerado o muerte mencionados por el 6.7%. Conclusión. Estos resultados llaman la atención para fortalecer así las competencias del profesional de enfermería y estar en continuas capacitaciones e incentivar a reformular y actualizar las guías de atención de enfermería en el manejo postrasplante inmediato.

Palabras claves: Competencias, postrasplante renal inmediato, rechazo.

SUMMARY

Kidney transplantation is a surgical procedure that involves the implantation of a kidney from a donor (healthy patient without kidney disease) to a patient with chronic renal failure (advanced kidney disease - stage 3 to 5 of the K / DOQI classification. is to determine the skills of the nursing professional in the immediate care of patients after renal transplantation in the Intensive Care Unit 2018. Type of study: retrospective, quantitative of cross section, the instrument that was used for the present investigation was the questionnaire, which it was applied to the nursing professional who works in different shifts in the Intensive Care Unit, the results benefit the nursing department, only 30% of the personnel interviewed identify the type of rejection that occurs in the immediate postoperative period, such as hyperacute rejection that is correct, the remaining 70% gave incorrect answers such as: Acute rejection with 56.7%, re Stroke accelerated or death mentioned by 6.7%. Conclusion. These results call attention to strengthen the competences of the nursing professional and to be in continuous training and encourage the reformulation and updating of nursing care guides in the immediate post-transplant management.

Key words: Competencies, immediate kidney transplant, rejection.

I. INTRODUCCIÓN

El trasplante renal se considera una terapéutica de mucho éxito, ya que restablece la salud del paciente con enfermedad renal, lo reintroduce a las actividades sociales, laborales y hasta físicas, y mejora la calidad de vida y reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad.

El éxito en la sobrevida del injerto está estrechamente asociado a su función temprana, por lo que el período que abarca desde el posoperatorio inmediato hasta la segunda semana postrasplante es decisivo en la evolución inicial y el pronóstico a largo plazo.

El profesional de enfermería es esencial en la atención y recuperación, y tiene un papel importante en el manejo postrasplante inmediato, lo que requiere aplicar las competencias especializadas en el ámbito como ser inmunosupresión, nefrología, medidas de aislamiento hacia el paciente y su entorno con el fin de prevenir, promover y conservar la salud del paciente en base a fundamentos científicos y tecnología.

A través de la presente investigación, se pretende: determinar las competencias del profesional de enfermería en el cuidado inmediato de pacientes postrasplante renal en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N° 1, Caja Nacional de Salud gestión 2018, donde se tomará la muestra para dicha investigación, planteamiento del problema, marco teórico y los objetivos, diseño metodológico y dentro este tipo de estudio la operacionalización de las variables, la fuente de información técnica e instrumento de recolección de datos mediante recolección, procesamiento y presentación de los resultados y se detallará la bibliografía y los anexos.

II. ANTECEDENTES

El registro mundial de trasplantes señala 126.670 los trasplantes realizados en el mundo en 2016, con un aumento histórico de un 5,8%. Las cifras reflejan una España con 2.019 donantes (43,8 p.m.p.), aporta el 18,5% de las donaciones en la UE, y el 6,6% de todas las registradas en el mundo (30.557). Bolivia también es líder mundial en pacientes trasplantados por millón de población, con 102,3 enfermos trasplantados p.m.p., muy por encima de la media de la UE (64,0 p.m.p) y superior a la de EE.UU. (99,9 p.m.p.).

Los trasplantes en la UE, con un total de 33.385. El Registro Mundial de Trasplantes, que gestiona la ONT desde hace 11 años en colaboración con la OMS, eleva a 126.670 el total de órganos trasplantados en todo el mundo en el último año, lo que representa un aumento histórico del 5,8% respecto al año anterior (con 119.873). De ellos, 84.347 fueron de riñón (41% de donante vivo), 27.759 de hígado (21% de donante vivo), 7.023 de corazón, 5.046 de pulmón, 2.299 de páncreas y 196 de intestino, (35.257 renales y 5.829 hepáticos) (1)

En Latinoamérica, la prevalencia de ERC en TRR aumentó de 119 pacientes por millón de habitantes en 1991 a 669 en 2013. Solo 7 países tienen una prevalencia por encima de la media: Panamá, Brasil, Argentina, Uruguay, Chile, estado de Jalisco (México) y Puerto Rico reportaron tasas entre 663 a 1.740 pacientes. Se evidencia un aumento de la prevalencia en todas las modalidades y con trasplante renal funcionante 159. La tasa de trasplante hasta 6,9 p.m.p. en 1991 y 19,4 p.m.p. en 2013, aunque muestra variaciones notorias a lo largo de la región, con un valor de 57,7 p.m.p. en el estado de Jalisco, 30,8 p.m.p. en Uruguay y 1,8 p.m.p. en Nicaragua. Acorde con una mayor población, Brasil registró el número más alto de trasplantes

renales, con 5.433 trasplantes renales. (Brasil 120, Argentina 63, Uruguay 5, Colombia 5, Costa Rica 5 y Chile 1). El número total de trasplantes en 2013 fue 9.491, el 70,4% de ellos fueron donantes cadavéricos. La prevalencia y la incidencia de TRR continúan en aumento. A pesar de que el trasplante renal es una modalidad factible, disponible y cada vez más utilizada para la TRR en todos los países de América Latina, su tasa de crecimiento todavía no es tan rápida como debería ser; con el fin de compensar el aumento de la prevalencia de pacientes en lista de espera, OPS ha definido en 2013 y por primera vez una meta concreta relativa a la ERC: alcanzar una prevalencia de TRR como mínimo de 700 p.m.p. en 2019. Llegar a una meta como la acordada requerirá, entre otras acciones, disponer de un sistema que permita la monitorización y la evaluación de los progresos. (2)

En Bolivia “En 2013 se realizaron seis trasplantes renales con donante vivo, con financiamiento de Lotería Nacional de Bolivia. En 2014 fueron 51 trasplantes renales con donante vivo. En la gestión 2015 se realizaron 47 trasplantes, de los cuales 44 con donante vivo y tres con donante cadavérico”, El año pasado (2016) se realizaron 43 trasplantes, 37 con donante vivo y seis con donante cadavérico. En la presente gestión, hasta julio pasado, el Ministerio de Salud llevó a cabo 21 trasplantes, 15 con donante vivo y seis con donante cadavérico. (3)

El Ministerio de Salud propició 199 trasplantes renales gratuitos, de los cuales, 20 fueron con donante cadavérico (muerte encefálica) y 179 con donante vivo. “En todo el país hemos hecho trasplantes renales a 199 pacientes con una inversión de 48 millones de bolivianos cubiertos por el Estado, para que estas personas continúen a lado de su familia”, informó el responsable del Programa Nacional de Salud Renal del Ministerio de Salud, Adolfo Zárate. Del total de los pacientes beneficiados, el 32% radica en

Cochabamba, el 25% en La Paz, 24% en Santa Cruz, 8% en Tarija, 6% en Chuquisaca y el 5% en el resto del país. (4)

Estudio realizado por Othman en el año 2010 mostró que, con base en la PVC, la administración de soluciones intravenosas puede guiarse de forma adecuada. Dos grupos de pacientes que recibieron un trasplante renal de donante vivo fueron aleatorizados, ambos utilizaron solución salina al 0.9% (SS). En el primer grupo (PVC objetivo) se administró la SS lentamente con una PVC objetivo de 5 mmHg en una fase preisquémica (desde inicio de la cirugía hasta que la arteria renal en el donador fue pinzada) y PVC objetivo de 15 mmHg en una fase isquémica (desde el pinzamiento de la arteria renal hasta el despinzamiento de la arteria posterior a la anastomosis), contra un grupo con una infusión continua de 10-12 mL/kg/hora, la cual se administró desde el inicio de la cirugía hasta que los vasos renales fueron despinzados posterior a la realización de la anastomosis vascular. En ambos grupos se administró furosemida 10 mg posterior a completar la anastomosis vascular para incrementar la diuresis. Se evaluaron Cr sérico diaria, aclaramiento de Cr y gasto urinario en los cinco días postquirúrgicos, así como las complicaciones renales en los primeros cinco días (rechazo, NTA o necesidad de diálisis). El grupo de PVC objetivo alcanzó el pico más alto de expansión de volumen intravascular, con un promedio de tasa de infusión de 48.3 mL/min durante 48 ± 12 minutos de isquemia renal. Hubo mejoría significativa del aclaramiento de Cr, los volúmenes urinarios y de la Cr sérico en el grupo de PVC objetivo, así como menor requerimiento de vasopresores y diuréticos y menos edema tisular posoperatorio que en el grupo de infusión continua. Los autores concluyen que el momento de la administración de cristaloides durante la cirugía es importante en el resultado a corto plazo del trasplante y que tener una PVC objetivo (PVC de 15 mmHg en la fase isquémica) ayuda a tener una excelente función temprana del injerto en pacientes a quienes se les realiza un trasplante renal no complicado y

también se evita la sobrecarga hídrica del paciente. Por lo tanto, la recomendación de la hidratación en base a la PVC puede considerarse la mejor opción de monitoreo en estos casos. Durante el posoperatorio, el indicador óptimo del estado de hidratación lo constituye el peso del paciente, por encima de otros como la PVC. Se intenta mantener a éste en torno a 5% de variación por encima del peso seco. En las primeras 24 horas, la toma de la tensión arterial es horaria, al igual que la frecuencia cardiaca. La PVC se monitorea cada ocho horas, teniendo como meta de 10 a 15 cmH₂O. Es muy importante tener una TAS superior a 130-140 mmHg, con Presiones medias > 75-80 mmHg, ya que esto facilita la correcta perfusión del riñón. En caso de no ser posible incrementar cifras tensionales con uso de soluciones parenterales, se valorará el inicio de aminos, especialmente dopamina a dosis de 3-7 µg/kg/min. Si el paciente es hipotenso crónico, debe guiarse por una adecuada uresis y no mantener una cifra determinada de presión arterial. (5)

El rechazo es la causa más frecuente de pérdida del trasplante. Con el objeto de describir las características clínicas del rechazo del trasplante renal, se analizan los episodios presentados en 83 trasplantes realizados a 76 pacientes durante un período de 102 meses, en Bucaramanga. Se efectuaron 54 aloinjertos con donante cadavérico y 29 Intrafamiliares. La edad del receptor osciló entre 10 y 60 años (promedio: 34.8 a). El 65.8% de los pacientes fueron de sexo masculino. Se presentaron 66 episodios de rechazo distribuidos en la siguiente forma: hiperagudo, 1 (1.5%); acelerado, 2 (3.0%); agudo, 53 (80.4%) y crónico, 10 (15.1%). En 29 pacientes con trasplante intrafamiliar hubo 14 episodios de rechazo, siendo 85.8% de ellos agudos. Se encontró que 44.8% de los trasplantes Intrafamiliares presentan algún episodio de rechazo durante su evolución. En 47 pacientes con trasplante cadavérico hubo 54 episodios, de los cuales 78.8% fueron rechazos agudos; 74.1% de trasplantes cadavéricos presentan algún

episodio de rechazo durante la evolución. El rechazo agudo ocurrió dentro de los primeros 30 días del trasplante en 54.7% de los casos. Los hallazgos predominantes en el rechazo agudo fueron: aumento de la creatinina plasmática (96.2%), alteraciones locales del injerto (74.4%), aumento de peso (67.9%), hipertensión arterial (64.1%), dolor (50.9%), fiebre (35.8%), leucocitosis (34.0%), disminución del volumen urinario (22.6%). En trasplante intrafamiliar la supervivencia del injerto fue 82.6%, 75.0% y 66.6% y para el paciente 86.9%, 83.3% y 66.6% a uno, dos y cinco años respectivamente. En trasplante cadavérico la supervivencia del injerto fue 63.3%, 54.5% y 37.5% y para el paciente 81.6%, 72.7% y 70% a uno, dos y cinco años. Se concluye que el mejor conocimiento de las formas de presentación clínica del rechazo, permite hacer un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento. (6)

Factores de riesgo en infección del tracto urinario en el paciente con trasplante renal. La investigación es una Revisión Sistemática observacional y retrospectiva, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo y artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando el instrumento GRADE para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos y determinar el grado de la evidencia. Se eligieron 10 artículos, encontramos que el 20% de las investigaciones halladas corresponden a Brasil, Estados Unidos (20%) y el 60 % a Argentina, Yemen, Pakistán, México, Corea y España. Han sido analizados en su mayoría los estudios descriptivos de calidad de evidencia media (100%) Resultados: Los principales factores de riesgo asociados a la ITU son el sexo femenino (50%), presencia de sondas uretrales (30%), terapia inmunosupresora (30%). Conclusiones: La infección del tracto urinario es la infección con mayor incidencia en el paciente receptor de trasplante renal y los factores de riesgo son el sexo femenino, presencia de sondas uretrales, terapia inmunosupresora. (7)

Implicaciones bioéticas en el uso de medicamentos inmunosupresores genéricos en pacientes con trasplante renal. El uso de medicamentos genéricos de ventana terapéutica estrecha genera controversias. Objetivo: Identificar la percepción e implicaciones bioéticas en el uso de medicamentos genéricos inmunosupresores. Metodología: Se aplicó una encuesta para conocer la percepción del uso de inmunosupresores genéricos. Las respuestas fueron agrupadas en tres categorías: monitoreo, inmunosupresores y manejo de información. Con el fin de determinar el impacto de las variables se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) de una vía cuando eran tres variables y una prueba t cuando eran dos. El valor crucial de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Resultados: Se obtuvieron 30 encuestas. De los encuestados, 83% fueron médicos, 10% enfermeras y 7% de otras áreas. Al comparar la incidencia de eventos adversos del inmunosupresor genérico con la de patente, la percepción de los encuestados fue el rechazo del órgano como el evento adverso de mayor incidencia, mientras que la toxicidad presentó una incidencia menor. El valor p para la categoría de inmunosupresores fue de 0.0100. Lo anterior indica que el sector donde se trabaja afecta el uso, monitoreo y esquema de inmunosupresores para el paciente. El sector con el valor promedio más alto fue el privado con 1.512, lo que sugiere que en este sector se tiene más cuidado en cuanto al manejo de inmunosupresores. Conclusiones: Los resultados muestran una falta grave contra los principios bioéticos de justicia distributiva y no maleficencia. (8)

El concepto de calidad de vida ha evolucionado desde una definición conceptual a una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud del paciente trasplantado. Objetivo: evaluar la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal. Material y método: estudio descriptivo y retrospectivo, se evaluaron los pacientes trasplantados en los últimos cinco años en el Hospital Ángeles del Pedregal. Se reunieron 30 pacientes a

quienes se aplicó el cuestionario de Fernández y la evaluación de escala de Karnofsky antes y después del trasplante mediante encuesta telefónica a pacientes o familiares. La información se analizó según las respuestas de ambos cuestionarios. Resultados: se demostró que el trasplante renal mejora la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, independientemente de su situación funcional, social, cultural, psicológica y económica en la que se encontraban antes y después del trasplante. Palabras clave: calidad de vida, percepción personal de un individuo de su situación de vida, escala de Karnofsky, escala de evaluación. (9)

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la bibliografía científica acerca de los conocimientos sobre cuidados en el receptor renal, en los donantes renales y en sus familias. Para la elaboración de esta revisión se realizó una amplia búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Dialnet, Scielo, Medline y CINALH. Además, se excluyeron todos aquellos artículos con fecha anterior a 2009 y se tuvo en cuenta tanto la relevancia como la pertinencia de la información en relación al tema. Tras la revisión de la bibliografía se han obtenido 37 artículos relacionados con el tema que se han utilizado para el desarrollo de los resultados y la discusión. Mediante su análisis se observó que la aplicación de cuidados continuados de enfermería desde el primer momento es imprescindible para mejorar la calidad de vida de los pacientes trasplantados de riñón. Entre otros cuidados se encontraban, la promoción de los hábitos de vida saludables y de la adherencia terapéutica o la educación en todos los conocimientos que atañen a su enfermedad. Por otro lado, la prestación de cuidados intensivos de calidad en donantes potenciales es muy necesaria para el éxito de la donación y en cuanto a los donantes vivos, precisan de cuidados enfermeros centrados en los estilos de vida y encaminados al bienestar y al aumento de la calidad de vida. (10)

Evaluar la sobrevida del injerto renal y los factores de riesgo asociados que contribuyen de manera directa e indirecta al deterioro de la función renal a lo largo de su seguimiento a 1, 5 y 10 años de efectuado el trasplante, en pacientes que se trasplantaron en el Hospital Obrero N° 2 C.N.S desde el año 1996 al 2006. E identificar la etiología de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), riesgo inmunológico, tiempo de diálisis al momento del trasplante, eventos de rechazo, tratamiento inmunosupresor y causas de mortalidad. Métodos: estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. El instrumento de recolección fue un formulario de recolección de datos. Se estudiaron 35 pacientes trasplantados del Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud. Resultados: la etiología más frecuente fue la Nefropatía Desconocida, alcanzando una sobrevida del injerto con donante vivo de 97% al año, 77% a los 5 años y 37% a los 10 años. El DVR, con dos haplotipos, trasplante anticipado, diálisis < de 12 meses, con rechazo agudo o ninguno, se relacionan con mayor sobrevida del injerto. En lo que respecta al tratamiento inmunosupresor, se identifica que el rechazo agudo y crónico se relaciona con el esquema Ciclosporina/Azatioprina/Prednisona (CYA/AZA/PDN), y solo rechazo crónico con el esquema Ciclosporina/Micofenolato/Prednisona (CYA/MMF/PDN). Se identificaron 6 pacientes fallecidos con injerto funcionando, siendo Sepsis la causa más frecuente. Conclusiones: se realizaron 35 trasplantes. La causa etiológica más frecuente de ERC en los pacientes trasplantados es la Nefropatía Desconocida, seguida de la Glomerulonefritis y la Nefropatía Diabética. (11)

Relación entre los resultados de la biopsia del trasplante renal, según la clasificación de Banff del 2011, y el tiempo de vida del injerto. La biopsia del trasplante renal es el método más eficaz para diagnosticar las complicaciones que producen disfunción del injerto. Las clasificaciones establecidas por Banff es instrumento de inestimable valor para esclarecer, unificar y comparar resultados. Objetivo: evaluar los resultados de las

biopsias de trasplante renal, según los criterios de la clasificación de Banff del 2011, y relacionarlos con el tiempo de vida del injerto. Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, que abarcó las biopsias de los trasplantes renales realizados en el hospital "Hermanos Ameijeiras" que cumplieran con los criterios de utilidad desde el año 2007 hasta el 2013. Se evaluaron 89 especímenes de biopsias. Los resultados fueron reevaluados por un especialista en nefro patología, de acuerdo a los criterios de Banff del 2011, y relacionados con el tiempo de vida del injerto, según los intervalos: menos de 3 meses, de 3 meses a un año y más de un año. Resultados: predominaron la categoría 6: otros cambios no debido a rechazo, 35 (39,2%); la categoría 4: rechazo mediado por células T, 30 (33,7%) y la categoría 2: rechazo medido por anticuerpos, 10 (11,23%). Se detallaron estas tres categorías. En los primeros tres meses se realizó el mayor número de biopsias (69) en las que predominaron la nefrotoxicidad aguda por ciclosporina A y las reacciones de rechazo por células T y anticuerpos, de tres meses a un año, solo se efectuaron 9 biopsias con predominio de iguales causas. Después del año, en los 17 estudios histológicos revisados, la mayor frecuencia correspondió a daño crónico. La biopsia del injerto es fundamental para diagnosticar las disfunciones del TR y establecer la terapéutica correcta ante complicaciones que comprometen la viabilidad del implante. La clasificación de Banff del 2011 es un instrumento eficaz, según las categorías establecidas, para identificar las entidades que apuntan hacia la disfunción del trasplante y comparar los resultados obtenidos por diferentes grupos de investigadores. Conclusión: partiendo de la aplicación de la clasificación de Banff del 2011, existe correlación de nuestros resultados con los hallados en reportes de estudios internacionales de la literatura revisada (12).

El enfermero asistencial y educador en una unidad de Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, de revisión bibliográfica, de carácter exploratorio

relacionado con el papel asistencial y educador del enfermero en el trasplante renal. El estudio pretende hacer un levantamiento bibliográfico sobre el tema; discutir la importancia de las orientaciones del personal de enfermería durante el pre y posoperatorio del trasplante renal y hacer el levantamiento de las principales orientaciones de enfermería en una unidad de trasplante renal en la literatura consultada. Hay una preocupación muy importante por parte de la enfermería para mantener el cuidado al trasplantado renal dentro y fuera del hospital. Las directrices abordan desde las cuestiones más simples a las más complejas, lo que es extremadamente importante durante el pre y postrasplante en un intento por lograr el éxito de las acciones. (13)

El objetivo de este trabajo fue identificar los problemas de enfermería en la atención a pacientes añosos (a partir de 65 años), receptores de injerto renal durante su ingreso hospitalario para el trasplante. Para ello se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los años 2005 y 2006, codificándose los problemas de enfermería mediante la Taxonomía NANDA. Se utilizó la estadística descriptiva para mostrar la frecuencia y duración de los problemas, así como la presencia de complicaciones médicas. También se contabilizaron el número de transfusiones sanguíneas, número de hemodiálisis post trasplante y el número de pacientes que precisaron de suero de irrigación continua vesical para tratar los problemas de coágulos intravesicales. Los problemas de enfermería más frecuentes son: riesgo de infección, riesgo de lesión perioperatoria, exceso de volumen de líquidos, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidados, conocimientos deficientes y deterioro del patrón del sueño. Los problemas que, al alta, quedaron sin resolver de forma más frecuente fueron deterioro de la eliminación urinaria, conocimientos deficientes, riesgo de glucemia inestable y deterioro del patrón del sueño. Las complicaciones médicas más frecuentes fueron la necrosis tubular aguda y la fístula urinaria.

El 23% de los pacientes necesitaron transfusiones de sangre postcirugía, el 45% necesitó de hemodiálisis en los días posteriores al trasplante y el 38% necesitó de irrigación continua vesical. (14)

La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. En los pacientes con enfermedad renal crónica portadores de un trasplante renal, la adherencia al tratamiento es crucial para prevenir el rechazo, pérdida del injerto y la morbilidad adicional. Objetivo: conocer la producción científica actual de la adherencia al tratamiento de pacientes trasplantados de riñón y las variables que pueden influir. Método: Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Scielo, PubMed, The Chocrane, Science Direct y Google académico. Se incluyeron artículos científicos escritos en inglés y español. Se analizaron los artículos que trataban la adherencia al tratamiento inmunosupresor de pacientes trasplantados de riñón, Resultados: La adherencia al tratamiento inmunosupresor por parte de estos pacientes es relativamente baja debido a la influencia de varios factores. La complejidad del tratamiento y el tiempo postrasplante, tienen una importante correlación negativa con la adherencia. El olvido u otras ocupaciones, se relaciona de forma significativa con la no adherencia no intencional por parte de los pacientes. Los grupos de edad con menos adherencia son los más jóvenes seguidos de los más mayores, y los más adherentes los adultos. En algunos países, la falta de adherencia se debe a que el elevado coste del tratamiento inmunosupresor corre por cuenta del paciente. Por otro lado, las variables que no parecen influir de forma concluyente, son: el estado civil o modo de vida, efectos secundarios, nivel socioeconómico y educativo, situación laboral, raza, creencias en la necesidad y factores psicológicos. Por último, la variable de género es claramente la única que no influye sobre la falta de adherencia, ya que una mayoría de estudios demuestran que no influyen frente a solo dos que consideran que los varones son los menos adherentes. Conclusiones: los pacientes trasplantados de riñón presentan altos

porcentajes de falta de adherencia al tratamiento, estando relacionados fundamentalmente la complejidad del tratamiento, el tiempo postrasplante, el olvido u otras ocupaciones y la edad (jóvenes y mayores). (15)

Atención de enfermería a los pacientes con trasplante renal en el posoperatorio inmediato. Se revisaron 20 historias clínicas de pacientes sometidos a trasplante renal, en lo relativo al trabajo de Enfermería durante las primeras 24 horas de haber realizado el trasplante. Se analizaron los elementos más significativos de estos pacientes y las acciones más importantes que con ellos se ejecutan. Llama la atención el hecho de que la hipertensión arterial se encuentra entre las primeras causas de insuficiencia renal crónica. En el posoperatorio inmediato, 5 pacientes necesitaron ventilación artificial mecánica por más de 8 horas. En cuanto a la vigilancia de la diuresis, 14 enfermos tuvieron una diuresis amplia y en 4 el volumen urinario fue inferior a 50 mL por hora. Se destaca la necesidad de manejar estos casos en una Unidad de Cuidados Intensivos por personal de Enfermería calificado y entrenado. (15)

III. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación permitirá profundizar en la formación profesional, puesto que se convierte en el primer paso para delimitar las intervenciones de enfermería en un área de innovación y continuo avance científico, en donde la enfermera se ha posesionado como parte de un equipo interdisciplinario, que trabaja para el restablecimiento de la salud y mejorando la calidad de atención en los pacientes trasplantados renales.

El cuidado de paciente trasplantado permitirá el desarrollo del conocimiento de enfermería y se constituirá en un aporte para que en futuras investigaciones se definan las funciones y responsabilidades de las enfermeras en el área y con ello garantizar que, en la práctica de enfermería y sus competencias profesionales, no se pierda la esencia de la profesión humanizada.

Con este estudio se pretende la innovación, construcción de un cuerpo de conocimiento de enfermería en el paciente con trasplante renal, área en donde no se han realizado investigaciones que revelen la labor específica de la enfermera.

En Bolivia no se reconoce a la enfermería de trasplantes como una especialización, por tal motivo el impacto académico y profesional de la investigación se podría reflejar en la necesidad de establecer que la enfermera postrasplante tenga la especialidad, que requiera educación pos graduada para la formación del recurso humano en el área de trasplante teniendo en cuenta que este campo requiere formación y entrenamiento especializado.

Asimismo, al interior de la Caja Nacional de Salud, esta investigación será el primer soporte para mostrar la importancia de la labor de enfermería en el área y el primer paso para argumentar la necesidad de reconocer al profesional de enfermería como parte fundamental del equipo de trasplantados.

Hoy en día las enfermeras no han descrito las competencias que desempeñan en el paciente trasplantado, área que se ha convertido en un espacio en donde la enfermera puede mostrar su potencial como profesional, al poseer conocimientos científicos, administrativos y de liderazgo fundamental para el restablecimiento de la salud de los pacientes.

Definir sus competencias en las unidades de trasplante, permite precisar las funciones y responsabilidades de las enfermeras en el área y así garantizar el desempeño de acuerdo con sus competencias profesionales.

La práctica de enfermería requiere de competencias teóricas, habilidades y respuesta humanizada precisas. Se debe tomar en cuenta que el paciente necesita que el personal que le atiende tenga un conocimiento apropiado de sus necesidades biopsicosociales. Para lograr esto es necesario la formación y preparación constante de los profesionales de salud sobre la calidad de los cuidados, los mismos que serán para beneficio de todos quienes trabajan por el bienestar del paciente.

IV. MARCO TEÓRICO: INSUFICIENCIA RENAL

4.1. Definición

Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m², según en las guías K/DOQI (17)

4.2. Etiología

Las causas de Insuficiencia Renal:

- Fisiológicas y patológicas
- Enfermedades vasculares
- Enfermedades glomerulares, tubulointersticiales y uropatías obstructivas.

Actualmente, en el país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y la glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

4.3. Fisiología

La tasa de filtración glomerular puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la tasa de filtración glomerular de cada nefrona, sin descenso del número total, y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia

una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la tasa de filtración glomerular. La pérdida estructural y funcional del tejido renal es lo que intentan mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, pro inflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la IRC, esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias, no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin tratamiento. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, pro inflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la IRC, esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin Tratamiento. (18)

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundarios a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la β_2 microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas. El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórica proteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis. (18)

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la arteriosclerosis acelerada. En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipovolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular. Un riñón con una TFG normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardiaca y edema pulmonar. (18)

La hipertensión arterial es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia, siendo el aumento del volumen corporal su causa principal. Por sí misma, la hipertensión causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal. Un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada. La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m², La anemia ocasiona un aumento del gasto cardiaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardiacas, angina, insuficiencia cardiaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico. (18)

La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica. Los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos. En las mujeres con IRC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término. Una vez que la TFG disminuye a menos de 20 ml/min/1.73 m², se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia. Los pacientes presentan aliento urémico debido al desdoblamiento del amonio en la saliva, que se asocia a sabor metálico. (18)

Los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma. La neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades inferiores en las porciones distales. Una de las manifestaciones más comunes es el síndrome de piernas inquietas. Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio peroné, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplejia flácida. (18)

Algunas etiologías de la IRC, en particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hiperkalemia. Se debe mantener un balance

adecuado de potasio, ya que su efecto en la función cardiaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardiaco. Por lo general, no se observa hiperkalemia clínicamente significativa hasta que la TFG cae por debajo de 10 ml/min/1.73 m² o el paciente recibe una carga adicional de potasio. Los riñones regulan del equilibrio ácido base en el organismo. En las etapas avanzadas de la enfermedad renal es común la acidosis debido a que disminuye la capacidad de excretar hidrogeniones en forma de amonio, causando un balance positivo de ácido en el organismo. (19)

5. TRASPLANTE RENAL

5.1. Definición

El trasplante renal es un procedimiento quirúrgico que consiste en el implante de un riñón de un donante (paciente sano sin enfermedad renal) a un paciente con Insuficiencia Renal Crónica (Enfermedad renal avanzada-estadios 3 a 5). (20)

Clasificación K/ DOQI) (tabla 1)

Estadio	Filtrado Glomerular (<u>ml/ min/ 1.73m²</u>)	Descripción
1	>90	Daño renal con FG normal
2	60-69	Daño renal, ligero descenso de FG
3	30-59	Descenso moderado de FG
4	15-29	Descenso moderado de FG
5	<15 o diálisis	Predialisis / diálisis

5.2. Historia

El primer trasplante renal entre humanos fue realizado en 1933 por el cirujano ruso Yu Yu Voronoy en Ucrania, cuando este país formaba parte de la Unión Soviética, se trasplantó un riñón extraído a un hombre de 60 años, muerto accidentalmente, a otro receptor humano; el riñón fue implantado en la región inguinal, bajo anestesia local, y la receptora sobrevivió 4 días solamente. Un hito en la historia de los trasplantes lo constituyó, en 1954, el primer trasplante renal exitoso en gemelos monocigóticos realizado en Peter Bent Brigham Hospital, es importante aclarar el éxito se debió a la compatibilidad del 100%, no se utilizó inmunosupresión. En aquella época, comenzaron las pruebas de diversas combinaciones de drogas inmunosupresoras continuándose con una serie grande de trasplantes de riñón.

El primer trasplante de órganos entre humanos realizado en España con éxito data de 1965 y tuvo lugar en Barcelona por el Dr. Gil-Vernet, fue un trasplante renal obtenido de un cadáver. Hoy en día, España es el país con mayor tasa de donación de todo el mundo, seguido de Estados Unidos, Italia y Portugal. España se ha constituido en el primer país en trasplante de órganos gracias al impulso del Dr. Rafael Mate Sanz, quien desarrolló el famoso modelo español de coordinación en TR, con lo que la cifra de trasplante se ha multiplicado en los últimos años. (21)

5.3. oria de trasplante renal en América Latina

El primer trasplante renal en América Latina fue realizado en 1957 en Argentina; fue seguido por los trasplantes renales realizados en México en 1963, en Brasil en 1964. Aunque muchos países, especialmente de América del Sur, iniciaron sus programas de trasplante renal en la década de los

sesenta, la actividad fue progresando lentamente hasta mediados de los setenta, cuando el número de trasplantes acusó un aumento apreciable, sobre todo de donantes vivos. El trasplante renal con donante cadavérico creció a partir de 1983. Hasta diciembre de 2001 se habían practicado 70.341 trasplantes.

El crecimiento del trasplante renal en América Latina es superior al observado en otras regiones. En 1980 se hicieron 780 trasplantes (2,2 por millón de habitantes, pmh), en 1990 se realizaron 2.300 (5,3 pmh) y en 2000 se alcanzó la cifra de 6.420 (11,5 pmh). El número acumulado de trasplantes pasó de 3.200 en 1980 a 20.800 en 1990 y a 63.618 en el año 2000. La tasa de trasplantes renales con donante cadavérico se mantuvo estable alrededor del 45% en la última década.

5.4. oria en Bolivia

Se empezó con el trasplante renal en la ciudad de La Paz en 1979, en el Hospital Obrero N°1 de la Caja Nacional de Salud. En 1987 se inician los trasplantes de riñón en Cochabamba, en el Centro Médico-Quirúrgico Boliviano Belga y en 1988, en la Caja Petrolera de Salud. En el mismo año se iniciaron los trasplantes en Santa Cruz. En 1993 se forma un nuevo equipo de trasplantes en Cochabamba en el Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud. A la fecha, en Cochabamba solo hay dos centros acreditados para el trasplante renal, el Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga y el Hospital Clínico Viedma, que inició el Programa de Trasplante Renal el año 2009. Se han realizado casi 400 trasplantes de riñón en Cochabamba, siendo la mayoría de donantes vivos y muy pocos de donantes cadavéricos. En 1968, el Dr. Néstor Orihuela Montero, cirujano urólogo, inicia la cirugía experimental de trasplante renal en un perro en el Hospital de Clínicas de La Paz. El 2 de noviembre de 1979, en La Paz

Bolivia, el equipo multidisciplinario de trasplante realizó el primer trasplante renal con donante cadavérico, con diagnóstico de muerte cerebral a consecuencia de un balazo en el cráneo durante el golpe militar. El 6 de abril de 2009, en La Paz, Bolivia se reinician los trasplantes y son realizados por el trasplantólogo Dr. José Alberto Ibáñez. La actividad del trasplante renal lleva ya 32 años desde la realización del primer trasplante exitoso en Bolivia, hasta el momento se ha contabilizado la realización de 136 trasplantes en el Hospital Obrero N° 1 de la Caja Nacional de Salud. El 90% de ellos corresponde a donación de vivo, de los cuales el 70% son RELACIONADOS y el 30% NO RELACIONADOS.

Tal como ha sucedido en la historia del trasplante renal en diversas partes del mundo, este procedimiento ha empezado con la obtención de órganos a partir de donantes vivos con énfasis en aquellos que son relacionados (familiares consanguíneos), posteriormente, y cuando el paciente no contaba con un donante relacionado, las legislaciones ampliaron la cobertura de la donación a personas no relacionadas; técnicamente también fue un desafío enfrentar la posibilidad de rechazo orgánico debido a la compatibilidad menor en esta clase de donantes. Sin embargo, pese a los programas perfeccionados, la demanda fue creciendo de forma exponencial y la oferta, por tanto, ampliamente superada, a raíz de esta necesidad se contempló un nuevo paso legal y técnico en la historia del trasplante: la obtención de órganos de donación cadavérica, en primera instancia provenientes de pacientes en muerte encefálica, en la actualidad ampliado a pacientes en asistolia, que de momento no es realizada en nuestro país por tecnología específica que a futuro no lejano podríamos contar para tener el espectro completo de lo que en la actualidad se maneja en el área de trasplantes. (22)

5.5. oria Hospital Obrero N° 1 La Paz

Se desarrollaron 2 épocas, la primera de 1979 a 2005, en la que trabajaron por lo menos 3 equipos de trasplante renal, luego del formado por el Dr. Néstor Orihuela. Un período de inactividad secundario debido a problemas de orden legal de 2005 al 2010 y, finalmente una segunda época a partir del 2010 en la cual se conformó un nuevo equipo de trasplante renal con la adquisición de tecnología moderna y recursos farmacológicos adecuados al trabajo contemporáneo que se realiza en las unidades de trasplante del mundo.

Son dos los tipos de problemas con que enfrenta el equipo de trasplante actual, el primero de orden administrativo que debe salvar la burocracia del sistema de seguridad social, y el segundo, lograr que exista conciencia de donación con énfasis a la cadavérica que es difícil de lograr por el contexto cultural, social y económico que, sobre todo, es más patente en el área altiplánica relacionando con la respuesta que se tiene en la gente del oriente. A estos factores se debe indicar que aún existen vacíos legales que deben analizarse y perfeccionarse para no incurrir en faltas a la ética como se ha dado en países de largo recorrido en trasplantes (por ejemplo, el tráfico de órganos, uso de influencia para la elección de receptores).

El jefe del Servicio de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal del Hospital Obrero N° 1 de La Paz, Marlon Jaime, indicó que un total de 52 enfermos renales esperan por un trasplante o injerto de riñón para mejorar su calidad de vida. Estos pacientes ya cumplieron el protocolo establecido para someterse a la operación. Sin embargo, continúan en espera por diferentes razones. Ante esa situación, el especialista sostuvo que actualmente el nosocomio realiza de tres a cuatro trasplantes renales por mes, pero se prevé que en los próximos meses éstos aumenten. “Vamos a reforzar la

unidad con más profesionales del área para incrementar el número de cirugías por mes en beneficio de la población que requiere los trasplantes”. Respecto a la atención médica, Jaime, quien también es presidente de la Sociedad Boliviana de Nefrología, señaló que el establecimiento de salud atiende a un promedio de 6.000 enfermos renales por año, quienes consultan sobre el mal que padecen e incluso se informan del proceso de trasplantes. Explicó que, de ese número, solo algunos se internan en el hospital. “Cada día se internan de tres a cuatro personas y permanecen siete días en el nosocomio”. Destacó que desde 2010 a la fecha, el Hospital Obrero realizó 26 trasplantes renales a pacientes de 12, 40, 50 y 68 años. “El hospital es pionero en la realización de trasplantes renales desde 1979. A pesar de que hubo un receso de siete años. Tenemos equipos médicos de última generación, como el de terapias lentas, que sirven para la recuperación de los pacientes. (23)

5.6. Inmunología del trasplante

El sistema inmunológico humano es el resultado de la supervivencia de la especie humana a través del tiempo, entre la lucha constante entre los microorganismos y el cuerpo humano. Solo los organismos "fuertes", es decir los que han adquirido un adecuado mecanismo de defensa, han sobrevivido. Una vez que una célula es infectada por un microorganismo, ésta lo presenta en su membrana celular para que sea reconocido y posteriormente destruido. Esta presentación la realizan moléculas conocidas como HLA. El HLA, que proviene del inglés -Human leu kocyte antigen- son un grupo de antígenos que se encuentran en casi todas las células de los tejidos de un individuo, en el brazo corto del cromosoma 6 y también en los leucocitos (donde fueron encontradas por primera vez -de ahí el nombre-). El conjunto de antígenos que existen en el HLA, recibe el nombre de complejo mayor de histocompatibilidad en humanos. Fue descubierto en la década de los años

setenta. Las moléculas del sistema HLA están codificadas en seis locus (posiciones) diferentes, de los que cada individuo posee dos alelos, uno procedente del padre y otro de la madre. Los locus se identifican por letras: A, B, C, DR, DP y DQ, y cada alelo con un número. Existen HLA de tipo I (A, B, C) que se expresan en la membrana de todas las células y su función es la de presentar antígenos intracelulares (ej. virus) a los linfocitos CD8+ citotóxicos. Los HLA de tipo II (DR, DP y DQ) se expresan en monocitos, endotelios, linfocitos B y células dendríticas y su función fisiológica es presentar antígenos extracelulares (ej. bacterias) a los linfocitos CD4+ que son colaboradores. Una vez presentados los antígenos, estos desencadenan toda la respuesta inmunitaria/inflamatoria. Cumplen con la función de diferenciar lo propio (células, tejidos) de lo ajeno y aseguran que la respuesta inmune sea capaz de defender al organismo de algunos agentes extraños. El tipo de moléculas similares presentes en DR, A y B entre donante y receptor es lo que determina la posibilidad de aceptación del tejido (órgano). El problema en el TR es que las células de un riñón donado contienen moléculas de HLA en su superficie, las cuales son reconocidas por el sistema inmune como extrañas, es decir son rechazadas; por este motivo se requiere de inmunosupresión para frenar esta respuesta inmunológica (24).

5.7. elección del donante-receptor

5.7.1. Receptor

Obviamente el universo de receptores lo constituyen los pacientes con insuficiencia renal crónica (Enfermedad Renal Crónica en estadios 3 a 5). Hace varios años se seleccionaba con mucha rigidez a los potenciales receptores, teniendo una edad límite de no más de 50 años. En la actualidad el criterio se ha expandido, realizándose trasplantes en pacientes mayores,

hasta de 70 años o más, si el estado clínico del paciente es bueno. No se puede realizar el TR en las siguientes circunstancias:

1. Infección por VIH
2. Neoplasias malignas
3. Arteriosclerosis generalizada
4. Psicosis no controlada
5. Afectación severa de varios órganos vitales

5.7.2. Edad

No hay límite superior para recibir un TR siempre que el estado general del enfermo sea bueno y no haya afectación de otros órganos. En los pacientes mayores de 60 ó 65 años hay una disminución de la respuesta inmune que favorece la afectación del injerto, por lo que se intenta trasplantar riñones de donantes añosos. Para un mejor resultado en el trasplante es ideal, aunque no definitivo, que la edad de donante y receptor sean aproximadas.

5.7.3. Diabetes

En principio, los pacientes diabéticos pueden trasplantarse siempre y cuando la afectación vascular no lo contraindique. Muchos diabéticos tienen acceso al doble trasplante riñón páncreas. Hepatopatías: hay evidencias que una hepatopatía crónica puede acelerarse luego de la inmunosupresión, por lo que en estos pacientes debe realizarse un doble trasplante (Riñón-Hígado).

5.7.4. Aterosclerosis y calcificaciones vasculares

Es una importante causa de muerte en el paciente trasplantado, la isquemia de cualquier territorio de etiología arterioesclerótica si no es solucionable,

contraíndica el trasplante. Es importante recalcar que el injerto renal se implanta en la fosa iliaca derecha generalmente, anastomosando los vasos del riñón con los vasos iliacos del paciente. Por lo tanto, si la arterioesclerosis es muy importante o existen calcificaciones vasculares a este nivel, no se podría realizar la anastomosis, esto se considera una contraindicación.

5.7.5. Tumores malignos

Los receptores que padezcan o hayan padecido un tumor maligno recientemente deben ser excluidos de la lista de espera para trasplante. Si ha existido un procedimiento terapéutico para controlar el tumor y han transcurrido cinco años o más de seguridad sin recidiva, se puede replantear la posibilidad del trasplante renal, siempre y cuando el receptor conozca que la probabilidad de reactivación tumoral no se cerró totalmente y que la inmunosupresión la puede favorecer. Algunos autores indican que en tumores de baja incidencia de recidiva no sería necesario esperar un tiempo, aunque cada caso debe evaluarse individualmente.

5.7.6. Compatibilidad HLA

Se sabe que mientras más compatibilidad exista entre donante y receptor, los resultados son mejores. Sin embargo, actualmente dada la escasez de donantes y la aparición de mejores medicamentos inmunosupresores, la compatibilidad ya no es tan estricta como hace unos años.

5.7.7. Donante

Existen criterios para que una persona pueda ser donante:

- Antecedentes patológicos y hábitos personales.
- Buena función renal, determinada con estudios analíticos.
- Estudio de imagen, tomografía.
- Grupo sanguíneo y antígenos de histocompatibilidad (HLA I y II).
- Estudio serológico para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas: HIV; Hepatitis B y C, Toxoplasma, Citomegalovirus. En nuestro medio debe realizarse serología para chagas, sin embargo, el hallazgo positivo para esta enfermedad no contraindica la donación.
- Prueba cruzada (Crossmatch) NEGATIVO

5.7.8. Contraindicaciones absolutas para la donación

Las contraindicaciones para ser donante son:

- HIV positivo.
- Cáncer demostrado o antecedentes oncológicos.
- Presencia de sepsis o enfermedad viral activa.
- Arterioesclerosis generalizada.

Consideraciones especiales respecto a la Edad: En general una persona mayor de edad (18 años) hasta una edad menor de 55 años, se consideran buenos candidatos para la donación. Los donantes mayores deben ser evaluados más exhaustivamente: aclaramiento mayor a 60 ml/min, es decir, sin enfermedad renal. Muchas veces se debe realizar una biopsia renal para determinar el grado de glomeruloesclerosis

5.8. Tipos de donantes

5.8.1. donantes vivos relacionados

El donante vivo puede ser:

- Donante relacionado (es decir familiar o emparentado genéticamente).
- No relacionado (no familiar).

Hay que tomar en cuenta que la donación de donante relacionado tiene mejores resultados, sobre todo aquella que se realiza entre hermanos, que tienen mejor compatibilidad. Mientras mejor sea la compatibilidad, menos agresiva será la inmunosupresión. Es muy importante destacar que además de los criterios generales, un donante vivo debe ser consciente de sus actos (no tener problemas psiquiátricos) y tener la voluntad de querer realizar la donación, sin mediar opresión ni obligación de ningún tipo.

5.8.2. Donantes cadavéricos

También llamados donantes con muerte encefálica. Se dan cuando un paciente a consecuencia de distintas patologías tiene un cese irreversible de las funciones tronco-encefálico, se lo mantiene vivo artificialmente (ventilación mecánica, perfusión de órganos) hasta el acto quirúrgico (extracción de órganos). (25)

5.9. quirúrgica

Se implanta el riñón anastomosando los vasos renales (arteria y vena) a los vasos ilíacos, y el uréter del riñón directamente a la vejiga. De tal forma que el riñón queda en la fosa iliaca derecha (generalmente) o izquierda. (26)

5.10. 5.10. Inmunosupresión

Generalmente se divide en dos grupos:

- **Terapia de inducción:** Tiene como objetivo evitar el rechazo agudo, consiste en la administración de dosis altas de inmunosupresores: corticoides (Metil-prednisolona) y Ciclosporina. En la actualidad, están siendo utilizados con buen resultado los Anticuerpos monoclonales, los AntiCD25: Daclizumab y Basiliximab que son medicamentos anti-IL-2, que inhiben la IL-2 disminuyendo así la proliferación de linfocitos. **Terapia de mantenimiento.** Generalmente la terapia inmunosupresora es Triple, es decir, se utilizan tres fármacos simultáneamente.

- **Inhibidores de la Calcineurina:**
 - **Ciclosporina:** La ciclosporina se une a una inmunofilina llamada ciclofilina, formando el complejo ciclosporina-ciclofilina que se une a la fosfatasa calcineurina, la cual cataliza las reacciones de desfosforilización necesarias para la transcripción de las linfocinas y, por lo tanto, la activación de las células T.
 - **Tacrolimus:** Se une a una inmunofilina: FKBP12 y el complejo formado también inhibe a la calcineurina.

Los inhibidores de la calcineurina desde que se empezaron a utilizar en la década de los 80 han disminuido la incidencia de rechazo agudo, son nefrotóxicos, porque disminuyen la supervivencia del injerto renal. Tienen muchos efectos secundarios, entre los cuales están hepatotoxicidad, alteraciones dermatológicas, linfomas.

Antimetabolitos:

- **Azatioprina:** Es un derivado imidazólico 6-mercaptopurina (6-MP), activo por vía oral y parenteral, con propiedades inmunosupresoras, la producción de 6-MP actúa como antimetabolito.
La inhibición de múltiples vías en la biosíntesis de ácidos nucleicos, previene así la proliferación de células involucradas en la determinación y amplificación de la respuesta inmune. Sus principales efectos secundarios son: mielosupresión, hepatotoxicidad, entre otros.
- **Micofenolato de Mofetil:** Es un éster del Ácido micofenólico, que inhibe la enzima inosina monofosfato deshidrogenasa impidiendo la proliferación de linfocitos y la formación de moléculas de adhesión en respuesta a un estímulo antigénico o mitógeno. Las moléculas de adhesión se encuentran en la superficie de las células T activadas. Sus principales efectos secundarios son gastrointestinales.
- **Corticoides:** Induce la transcripción y la síntesis de proteínas específicas. Algunas de las acciones mediadas por los glucocorticoides son la inhibición de la infiltración de leucocitos en los lugares inflamados, la interferencia con los mediadores de la inflamación y la supresión de las respuestas humorales. Hay que hacer notar que la terapia de mantenimiento debe ser de por vida, y que, en el momento de suspenderla, existirá rechazo agudo del riñón trasplantado.

Como se puede apreciar, la inmunosupresión puede provocar muchos problemas, pero es muy importante que la gente tome conciencia de que la calidad de vida otorgada a un paciente trasplantado es muchísimo mejor que mantenerlo en diálisis. Devolviendo al paciente posibilidad de reincorporarse y ser útil a la sociedad. (27)

5.11. Complicaciones del trasplante

Las complicaciones del trasplante se dividen en dos: agudas y crónicas.

5.11.1. omplicaciones agudas

- **Retraso en la función del injerto:** se define como la necesidad de hemodiálisis en la primera semana después del trasplante siendo las causas:
- **Necrosis Tubular Aguda:** Esta se resuelve espontáneamente en días y a veces semanas. La recuperación aparece con un aumento paulatino de diuresis y disminución de la necesidad de hemodiálisis. Si a la segunda semana del trasplante no hay recuperación debe realizarse una biopsia del injerto para descartar un rechazo agudo. Los factores de riesgo para la NTA son:
 - *Relativos al donante:* donante mayor de edad (mayor de 55 años); donante con antecedentes de NTA; tiempo de isquemia prolongado;
 - *Relativos a la cirugía:* tiempo de anastomosis vascular prolongado; tracción de los vasos renales; hipotensión intraoperatoria.
 - *Relativos al receptor:* trasplantes previos sin éxito; ultrafiltración exagerada en hemodiálisis pre operatoria; hipotensión o hipovolemia en el post operatorio.
- **Rechazo agudo:** Es la principal complicación de trasplante renal se divide en:
 - *El rechazo hiperagudo:* es el más intenso y aparece inmediatamente después de la revascularización del injerto, se presenta durante la cirugía o hasta 48 horas después. Se produce por la presencia de anticuerpos en el receptor que actúan contra

los antígenos del donante, estos anticuerpos se unen al endotelio de los vasos sanguíneos del injerto y provocan trombosis, isquemia y necrosis del injerto. Histológicamente se debe a trombosis extravascular. Este rechazo es difícil de tratar, pero fácil de prevenir.

- *Rechazo agudo*: puede darse principalmente en el primer año, pero puede aparecer en cualquier momento. Desde la era de la ciclosporina la tasa de rechazo agudo ha disminuido considerablemente, y mucho más desde la utilización de los anticuerpos monoclonales (anti-receptor IL2). Se define como deterioro agudo de la función renal asociada a cambios específicos patológicos, de acuerdo a la clasificación de Baníf. Histológicamente se divide en: rechazo celular, cuando hay presencia de "tubulitis" que consiste en interposición de linfocitos entre las células epiteliales de los túbulos. Generalmente responden bien a pulsos de corticoides a dosis altas (metilprednisolona).
- *Rechazo vascular o humoral*: es un rechazo mediado por anticuerpos, mucho más grave, ocurre en el 15 a 30% de todos los rechazos agudos. Se caracteriza histológicamente por presencia de marginación de los leucocitos que se adhieren a las células endoteliales "endotelialitis" que provocarán arteritis necrotizante. Son cortico-resistentes, por lo que se debe realizar terapéutica inmunosupresora muy agresiva (plasma-foresis, inmunoglobulina policlonal), consiguiendo revertir el rechazo hasta en un 70% de los casos.
- **Rechazo Crónico**, ocurre a partir de los tres meses por un deterioro progresivo del órgano trasplantado. La etiología de este rechazo no está bien definida, pero factores como la isquemia y la consiguiente pérdida de función del injerto pueden ser los responsables. (18)

5.11.2. Complicaciones crónicas

Se refiere a la aparición del rechazo crónico o Nefropatía Crónica del injerto que puede aparecer después de 8 a 15 años de la cirugía. O a la aparición de problemas crónicos relacionados con la inmunosupresión, es decir, infecciones oportunistas, tumores.

- Infecciones debidas a la disminución de las defensas del organismo que producen los fármacos inmunosupresores requeridos para disminuir el riesgo de rechazo
- Infecciones bacterianas de cualquier localización.
- Infecciones virales, siendo los agentes más importantes infecciones por hongos.
- Una tendencia discretamente mayor a padecer algunos tipos de cáncer, también como resultado del tratamiento inmunosupresor (incidencia del 3% en el primer año, y hasta el 50% a los quince años), siendo el más frecuente el cáncer de piel.
- Desequilibrio de los electrolitos, incluyendo calcio y el fosfato, que pueden conducir, entre otras cosas, a problemas en los huesos.
- Otros efectos secundarios de los medicamentos, incluyendo la inflamación y la ulceración gastrointestinal del estómago y del esófago. (28)

6. POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO

6.1. Definición

Tiempo comprendido desde la recuperación anestésica hasta 72 horas después. El punto de partida a tener en cuenta para el recuento cronológico de las complicaciones inmunológicas, urológicas, quirúrgicas y clínicas que pueden sobrevenir en el aloinjerto, comienza a medirse desde el desclampage arterial y se extiende hasta las 8:00 horas del siguiente día. (29)

Es necesario tener en cuenta que en esta etapa del postrasplante, el injerto se encuentra en un estado caracterizado por una resistencia vascular intrarrenal incrementada por un edema intersticial debido al síndrome de isquemia reperfusión frecuente en estos casos. Este es más intenso en la medida en que la isquemia fría a que está sometido el injerto es más prolongada. Otros factores que pueden contribuir al estado anterior serían mediados por el uso de fármacos tales como: Ciclosporina, tacrolimus y otros. Por ello, es mandatorio el mantener en esta etapa un control estricto del balance hidromineral con el fin de evitar episodios de Hipovolemia real que puedan crear un estado de hipoperfusión del órgano, con la consiguiente producción de una necrosis tubular aguda.

6.2. Intervenciones de Enfermería

El período inmediato es crítico, el paciente debe ser vigilado atenta y constantemente hasta que los principales efectos de la anestesia hayan desaparecido y el estado general esté estabilizado.

- Conocer los hallazgos transoperatorios y el reporte anestésico.
- El paciente debe estar aislado (en la medida de lo posible) en atmósfera estéril de 5 a 10 días por el alto riesgo de infección debido al tratamiento inmunosupresor (de barrera inversa).
- Durante este período debe respetarse la asepsia y antisepsia estrictamente.
- Estado respiratorio (vigilar permeabilidad de las vías aéreas)
- Estado neurológico. Nivel de consciencia.
- Examinar estado circulatorio (TA, Fc, PVC, Ta, FR, color de las mucosas). Las constantes deben tomarse cada 15 minutos
- Bienestar. Evitar el dolor mediante analgesia.
- Control de náuseas y vómitos.
- Control Eliminación. Vigilancia de la diuresis.
- Seguir órdenes médicas de reposición de la misma.
- Drenajes (contenido y cantidad).
- Anotar en la hoja de enfermería todo el equipo que el paciente lleva:
Es importante tener en cuenta que la frecuencia de los controles va a variar según sea la evolución del paciente. Así, en las 2-3 primeras horas se realiza cada 10-15'. Posteriormente, cada hora a partir de las 48-72 horas cada 6-8 horas.

En estas primeras horas, o días, es frecuente que el paciente presente: signos y síntomas de alarma PVC baja, hipotensión, dolor brusco e intenso sangrado del sitio de la incisión, respuesta inadecuada de diuresis, fiebre, obstrucción de las vías sonda vesical, catéter de nefrostomía, drenaje. En caso de presentarse cualquier alteración, se debe actuar lo más rápidamente posible, informar a su médico tratante y registrar en la historia clínica. (31)

7. COMPETENCIAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

7.1. Definición

La competencia de la enfermera es: adquirir conocimientos, actitudes y habilidades en el ejercicio profesional. Calificadas en categorías:

- *El saber hacer de la enfermera*, que comprende lo práctico, lo técnico y lo científico; su adquisición es formal y profesional.
- *El saber ser de la enfermera*, que incluye rasgos de personalidad y carácter.
- *El saber actuar en enfermería*, como servicio profesional, el cual permite la toma de decisiones y la intervención oportuna.

Su razón de ser y/o objetivo es el cuidado a la persona en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual, por lo que requiere aplicar las competencias de la profesión de la enfermería a las personas con el fin de prevenir, promover, conservar y recuperar la salud.

Para la cual los profesionales de enfermería requieren de fundamentos científicos propios, en el proceso enfermero que guíe en forma sistematizada, planeada y organizada su quehacer diario. Estas competencias requieren una serie de conocimientos, habilidades y actitudes incorporados en procesos intelectuales complejos, lo que permite su aplicación. Las competencias se han agrupado bajo títulos genéricos: Proceso de atención de cuidados, prevención y promoción de la salud, guías, procedimientos y protocolos, atención a enfermos en situaciones específicas. (32)

7.2. Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería individualizados mediante un método de intervención sistemático y organizado.

7.2.1. acción diagnóstica: Formulación de problemas.

Objetivo: Obtener y analizar los datos (objetivos, subjetivos, síntomas, signos) para determinar el estado de salud persona/usuario y describir sus capacidades y/o problemas.

- Hacer la entrevista clínica completa (ámbitos orgánicos, psicológicos y sociales) con el paciente y/o personas significativas.
- Observar y valorar datos objetivos: saber hacer una exploración física.
- Realizar acciones y procedimientos que permitan validar el problema identificado.
- Registrar y expresar de forma sistemática los datos prioritarios de la información recogida.
- Identificar y valorar los datos significativos y, con base en ellos, definir los problemas reales y/o potenciales. (Diagnósticos de enfermería)

7.2.2. aneación y ejecución: Priorización y actuación.

Objetivo: Priorizar los problemas detectados de la persona, desarrollar y ejecutar un plan de acción para disminuirlos y/o eliminarlos, y promover su salud y autonomía.

- Priorizar los problemas detectados y, con base en ellos, elaborar un plan de cuidados que incluya objetivos e intervenciones adecuadas al/los problema/as definido/s.

- Planificar actividades de cuidados para resolver los problemas de salud del paciente/usuario/cliente (con los recursos disponibles y según la política de la organización).
- Elaborar, decidir y seleccionar los protocolos y procedimientos más adecuados a la actividad planificada con base en su adecuación, validez y eficiencia.
- Ejecutar las actividades planificadas, tanto por lo que corresponde al rol autónomo como al de colaboración.
- Mantener la planificación de actividades de forma actualizada.
- Planificar el alta de acuerdo con la fecha prevista.
- Diseñar y adaptar el plan de cuidados y el plan terapéutico de forma individualizada a las necesidades del paciente/usuario.

7.2.3. Evaluación

Objetivo: Evaluar de forma continuada y sistemática la efectividad del plan de acción en relación a los objetivos y/o criterios de resultados establecidos.

- Establecer criterios de resultados.
- Hacer la evaluación continuada del proceso de cuidados.
- Rediseñar los objetivos y las actividades según la evaluación
- Evaluar los objetivos formulados en el plan de cuidados.

7.2.4. Prevención y promoción de la salud

Objetivo: Desarrollar acciones que conduzcan a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación en los diferentes ámbitos de la práctica.

- Identificar los problemas potenciales de salud.
- Evaluar el entorno socio-familiar.
- Enseñar medios de prevención, riesgo y promoción de la salud.
- Realizar acciones educativas
- Promover actitudes de autorresponsabilidad en relación con la salud.

7.2.5. tos y protocolos

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería de forma sistematizada teniendo en cuenta la situación individual del paciente y haciendo énfasis en la comunicación e información.

- Explicar al paciente las etapas de los procedimientos.
- Seleccionar y preparar el material adecuado.
- Valorar y vigilar las respuestas del paciente durante la atención
- Brindar al paciente atención psicológica.
- Realizar vigilancia y detención precoz de posibles complicaciones.
- Registrar las acciones y/o sus incidencias.
- Realizar y/o colaborar en los procedimientos de apoyo al diagnóstico y/o tratamiento.
- Interpretar y ejecutar las prescripciones médicas.
- Coordinarse con otros profesionales y actuar conjuntamente.

7.2.6. Comunicación / Relación con el paciente

Objetivo: Conseguir una comunicación efectiva y establecer una relación terapéutica con el paciente.

- Llevar a cabo las actividades, protocolos y procedimientos con empatía y respeto.
- Promover un entorno favorable a la comunicación.
- Llevar a cabo la entrevista clínica con empatía y respeto.
- Facilitar la comunicación.
- Tener especial cuidado en la comunicación con pacientes con dificultades de comunicación y/o comprensión.
- Integrar al usuario en los planes de cuidados.

7.2.7. Trabajo en equipo y relación multidisciplinaria

Objetivo: Brindar una atención integral y coordinada mediante el trabajo en equipo.

- Definir y formular los objetivos en el seno del equipo de trabajo con claridad y derivar un plan de actuación, así como evaluar los resultados.
- Escuchar y recoger las opiniones de los diferentes miembros del equipo de trabajo.
- Asumir y desarrollar el rol que le corresponda en cada circunstancia.
- Fomentar en el equipo espacios de intercambio y de análisis de la actividad profesional realizada.
- Reconocer las habilidades, competencias y los papeles de los otros profesionales en salud.

- Delegar las actividades de acuerdo a los conocimientos, habilidades y capacidades de quien habrá de realizar la tarea.

7.2.8. Comunicación multidisciplinaria

Objetivo: Garantizar la continuidad de los cuidados utilizando la comunicación formal y estructurada.

- Elaborar informes de enfermería escritos, legibles y concisos.
- Redactar informes para comunicar los problemas identificados.

7.2.9. Mantenimiento de las competencias profesionales

Objetivo: Brindar una respuesta profesional y de calidad a las diferentes situaciones de la práctica.

- Evaluar los propios conocimientos, actitudes y habilidades.
- Utilizar diferentes métodos de aprendizaje para identificar y corregir, si fuera el caso, los déficits de conocimientos, actitudes o habilidades.
- Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje.
- Participar en procesos de evaluación profesional.
- Evaluar críticamente los métodos de trabajo.
- Fundamentar la práctica en los resultados de la investigación.
- Realizar actividades de investigación.
- Utilizar de forma sistemática los resultados de los estudios de calidad.
- Llevar a cabo actividades docentes en los diferentes niveles profesionales.

7.2.10. valores y aspectos legales

Objetivo: Incorporar a la práctica los principios éticos y legales que guíen la profesión.

- Desarrollar una práctica profesional fundamentada en el respeto de los derechos de la persona /usuario/cliente guiada por el Código Ético de Enfermería. (Ley 911 de 2004)
- Identificar las posibles vulneraciones de los derechos de la persona /usuario/cliente y emprender las medidas/acciones destinadas a preservarlos.
- Ajustar las decisiones y comportamientos a los principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. (Ley 266 de 1996)
- Identificar los dilemas éticos y aplicar el razonamiento y juicio crítico en su análisis y resolución.
- Participar activamente en el trabajo de los Comités de Ética Asistencial y/o Comités Éticos de Investigación Clínica.
- Adecuar las acciones de enfermería a la libre elección de la persona /usuario/cliente en las decisiones de salud, dando continuidad al proceso de cuidados. (Consentimiento informado)
- Desarrollar una práctica profesional correcta en el aspecto científico, técnico-ético y ajustada a las diferentes normativas legales y judiciales reguladoras de las actividades asistenciales.
- Proponer y decidir de forma razonada excepciones a la aplicación de la norma y ejercicio de la objeción de conciencia.
- Asumir la responsabilidad de sus decisiones y acciones.

7.2.11. cación y compromiso profesional

Objetivo: Destacar el compromiso profesional con la sociedad a través de la participación e implicación.

- Participar e implicarse en la definición de las políticas de salud en los diferentes niveles asistenciales e institucionales.
- Gestionar los recursos y establecer métodos de trabajo para la correcta prestación de los cuidados de enfermería.
- Establecer los estándares y criterios de resultados de la práctica profesional.
- Garantizar la calidad de los cuidados de enfermería mediante los indicadores de calidad.
- Participar en la definición de políticas de búsqueda, investigación y docencia relacionadas con el ámbito de la profesión.
- Diseñar líneas de investigación y búsqueda en el ámbito propio de la profesión y hacer de ello una difusión adecuada.
- Tener un sólido compromiso con la sociedad para dar una respuesta ajustada a sus necesidades.

7.3. Niveles de desarrollo de competencias en enfermería

- **Enfermera novicia o principiante:** Tiene la competencia de ejecutar tareas por medio del conocimiento de atributos que no requieren poseer experiencia previa, es decir, tareas que requieren solo del conocimiento teórico para su ejecución (conocimiento en acción).
- **Enfermera principiante avanzada:** Es aquella que demuestra un rendimiento de nivel aceptable, pudiendo ejecutar tareas de mayor complejidad en donde se requiere al menos un nivel mínimo de experiencia previa en alguna situación similar. En estos niveles, las

enfermeras necesitan apoyo en el desempeño clínico y ayuda para establecer prioridades, ya que aún no son capaces de identificar qué es lo más importante.

- **Enfermera competente:** En cambio, es aquella que tiene de dos a tres años de experiencia, es capaz de comenzar a ver sus acciones como planes o metas a largo plazo y contemplar de manera abstracta y analítica un problema. Su práctica está basada en respuestas flexibles que se producen por los cambios y las necesidades de los pacientes. Puede organizarse mejor en sus tareas y presenta una sensación de dominio y la capacidad de hacer frente y solucionar problemas contingentes de la práctica clínica, aunque aún no tiene la velocidad y la flexibilidad de la enfermera que ha alcanzado el nivel de competencia mayor.
- **Enfermera competente mayor:** Es capaz de realizar una planificación consciente y deliberadamente ayuda a lograr un nivel de eficiencia y organización en el desempeño de su trabajo, puede coordinar demandas complejas y tomar decisiones.
- **Enfermera capaz:** Puede percibir las situaciones como un todo debido a la presencia de una agudeza perceptual y a la habilidad de captar la situación y el ambiente. Esta profesional va guardando sus experiencias pasadas y puede adelantarse a la ocurrencia de eventos típicos ante situaciones determinadas. Es capaz de analizar la situación y darse cuenta cuando la normalidad está ausente. También es capaz de comprender de manera holística una determinada situación, lo que mejora la toma de decisiones.
- **El nivel de enfermera experta:** Es el más alto desarrollo de la competencia, se posee una comprensión intuitiva y profunda de la situación debido a la enorme experiencia y capacidad de adaptación. La actuación de la enfermera experta es integral, no de procedimiento fraccionado como la principiante. (33)

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes que presentan problemas graves en el funcionamiento de un órgano vital. Así, por ejemplo, el trasplante renal está indicado cuando los pacientes sufren insuficiencia renal crónica, lo cual conlleva a un cambio radical en el estilo de vida, restricciones dietéticas y dependencia de diálisis que les obliga a desplazarse dos o tres veces por semana, además de repercusiones psicosociales.

Someterse a un trasplante puede desencadenar complicaciones, por este motivo el paciente es atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En la Unidad de Terapia Intensiva se ha podido ver que hay una discrepancia en el manejo de paciente postrasplantado debido a que no existen guías de intervenciones y tampoco manual de funciones, protocolos actualizados, lo cual repercute en el manejo de la atención por el personal nuevo que ingresa a la Institución y la falta de actualización permanente del personal.

La importancia de las intervenciones según las competencias de enfermería radica en la atención del paciente: el saber hacer de la enfermera, que comprende lo práctico, lo técnico y lo científico; el saber ser de la enfermera; el saber actuar en enfermería, como servicio profesional, lo que le permite la toma de decisiones y la intervención oportuna, lo cual no se pone en práctica por el personal permanente con el personal nuevo por falta de capacitación continua.

Para hacer frente a esta problemática es necesario la actualización de las guías de intervención y/o flujogramas, estandarizar, unificar el rol específico

de enfermería en la atención de pacientes con trasplante renal en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1 de la Caja Nacional de Salud La Paz, es de gran interés del profesional de enfermería tener un conocimiento amplio y científico, principalmente en los cuidados inmediatos y mediatos de enfermería, que debe brindar para optimizar y contribuir en la recuperación del paciente postrasplantado y así contribuir a su reinserción al núcleo familiar y social.

IX. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles serán las competencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1 de la Caja Nacional de Salud, gestión 2018?

X. HIPÓTESIS

El cuidado inmediato del paciente postrasplante renal implica una alta efectividad del profesional de enfermería reflejado en las competencias que implementa para evitar complicaciones agudas y contribuir a la aceptación del nuevo órgano.

Las competencias reflejadas en la atención de enfermería a pacientes postrasplante renal guardan relación con la evolución favorable del proceso quirúrgico.

XI. OBJETIVOS

11.1. Objetivo general

- Determinar las competencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva.

11.2. Objetivos específicos

1. Identificar datos sociodemográficos del profesional de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.
2. Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva.
3. Describir las competencias que desempeña el profesional de enfermería en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva.
4. Elaborar la Guía de Intervención en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva.
5. Proponer la aplicación de la Guía de Intervención en el cuidado de paciente postrasplante renal al profesional de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.

XII. DISEÑO METODOLÓGICO

12.1. Área de estudio

Se realizó en la institución de la Caja Nacional de Salud La Paz Hospital Obrero N° 1, en la Unidad de Terapia Intensiva.

12.2. Tipo de estudio

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y corte transversal.

- **Cuantitativo.** Se miden las variables de forma estadística, numérica porcentual y con representación gráfica. Busca medir los conocimientos e identificar las competencias que desempeña el profesional en enfermería en la atención de pacientes postrasplantados, información que es recabada en un único momento sin realizar seguimiento de las variables en estudio.
- **Corte transversal,** porque los datos serán obtenidos en un tiempo determinado, en los meses de septiembre a octubre, se trabajó la investigación en el tercer trimestre de la gestión 2018.

12.3. Universo y muestra

- **UNIVERSO:** Está conformado por las profesionales de enfermería de diferentes turnos del Hospital Obrero N° 1, de la ciudad de La Paz, perteneciente a la Caja Nacional de Salud, ubicado en la zona de Miraflores en la avenida Brasil Nro. 1745, entre calles Lucas Jaimes y José Gutiérrez.

- **MUESTRA:** Se tomó en cuenta a 30 profesionales de enfermería del Hospital Obrero que trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva, lo que representa el 100%.

12.4. Criterios de inclusión y exclusión

- **INCLUSIÓN**
 - Personal profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva.
 - Enfermera profesional que trabaja en los servicios, como ser Unidad Coronaria, Cuidados Intermedios.
- **EXCLUSIÓN**
 - Enfermeras profesionales que no acepten ser parte del estudio.
 - Enfermeras profesionales que se encuentran con vacación.
 - Enfermera profesional que trabaja en otros servicios.

12.5. Instrumento

El instrumento empleado en la investigación fue un cuestionario con 16 ítems. Fue revisado y validado por profesional de enfermería para la aplicación. (Ver anexo N° 4)

12.6. Estado de variables

- **Variable Dependiente:** Cuidado inmediato de paciente postrasplantado
- **Variable Independiente:** Competencia del profesional de enfermería

12.7. Listado de variables

12.7.1. Variable dependiente

- Edad.
- Experiencia laboral en la Unidad de Terapia Intensiva.
- Atención al paciente en la Unidad de Terapia Intensiva.
- Formación académica en terapia intensiva.

12.7.2. Variable independiente

- Acción de los inmunosupresores.
- Administración de inmunosupresores.
- Complicaciones.
- Rechazo del injerto.
- Signos y síntomas de alarma.
- Cuidados de enfermería.
- Protocolo operatorio.
- Patrón urinario.
- Herida operatoria.
- Síntomas de alarma.
- Comunicación terapéutica.
- Existe protocolo.

12.8. Operacionalización de variables

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cualitativo ordinal politómica	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	a) De 20 a 30 años b) De 31 a 40 años c) De 41 a 50 años d) De 51 a 60 años e) Más de 70 años	Porcentual Frecuencial
Experiencia en UTI	Cualitativo ordinal politómica	Es la acumulación de conocimientos prácticos que una persona o empresa ha adquirido en el desempeño de sus funciones.	a) Menor de un año b) De 1 a 2 años c) De 3 a 4 años d) De 5 a 6 años e) Más de 7 años	Porcentual Frecuencial
Atención a pacientes	Cualitativa, ordinales dicotómicas	Son medidas que se emplean para la atención al paciente.	a) Sí b) No c) Alguna Vez d) Rara vez e) Ocasionalmente	Porcentual Frecuencial
Formación en terapia intensiva	Cualitativa ordinal politómica	Es tener una especialidad o un curso que le permite ser competente.	a) Diplomado b) Especialidad c) Maestría d) Doctorado e) Otros.	Porcentual Frecuencial
Acción de los inmunosupresores	Cualitativa ordinal politómica	Fármacos capaces de suprimir la respuesta inmunológica a un estímulo antigénico, ya sea producido por un antígeno externo o inmunodepresora.	a) Bloquean las reacciones inmunitarias. b) Suprimen la respuesta inmunológica. c) Inhiben la activación de las células T. d) Todos e) Ninguno	Porcentual Frecuencial

Administración de inmunosupresores	Cualitativa ordinal politómica	Sirve para evitar que una persona rechace un trasplante de que el sistema inmunitario es hiperactivo, como las enfermedades autoinmunitarias.	a) Fijar un horario. b) Fuera de las comidas. c) No modificar la dosis por iniciativa propia.	Porcentual Frecuencial
Complicaciones	Cualitativa ordinal politómica	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente.	a) Medidas de aislamiento. b) Verificar que cuente con ropa estéril. c) Verificar que la toma de cultivo sea negativa de la unidad. d) Todos e) Ninguno	Porcentual Frecuencial
Rechazo del injerto	Cualitativa ordinal politómica	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente.	a) Rechazo hiperagudo. b) Rechazo acelerado. c) Rechazo agudo. d) Muerte	Porcentual Frecuencial
Signos y síntomas de alarma	Cualitativa ordinal politómica	Son las manifestaciones objetivas y observadas en la exploración médica. Síntoma elemento subjetivo percibidas por el paciente.	a) Dolor intenso, fiebre. b) Aumento de volumen de la zona operatoria. c) Oliguria, anuria. d) Todos e) Ninguno	Porcentual Frecuencial
Cuidados de Enfermería	Cualitativa ordinal politómica	El papel de la enfermería ante los pacientes trasplantados en la UTI, debe ser fundamental que tenga conocimientos científicos respecto a la fisiopatología,	a) Medidas de aislamiento. b) Verificar que se cuente con ropa estéril. c) Verificar que la toma de cultivo sea negativa de la unidad. d) Verificar que se cumpla el	Porcentual Frecuencial

		<p>dado que ejerce un papel extremadamente importante. Estos procedimientos son necesarios para que la donación tenga lugar de manera satisfactoria.</p>	<p>protocolo. e) Todos f) Ninguno</p>	
Protocolo operatorio	Cualitativa ordinal politómica	<p>Es un documento que describe el procedimiento técnico médico necesarios para una atención específica. Definen la atención que va a recibir el paciente.</p>	<p>a) Tiempo de isquemia. b) Peso del paciente. c) Verificar cultivo negativo. d) Todos c) Ninguno</p>	Porcentual Frecuencial
Patrón urinario	Cualitativa ordinal politómica	<p>Describe la regulación y el control de la evacuación de desechos en el cuerpo</p>	<p>a) Características de la diuresis. b) Obstrucción de la sonda. c) Dolor en la inserción de la sonda Foley Solo. d) Todos e) Ninguno</p>	Porcentual Frecuencial
Herida operatoria	Cualitativa ordinal politómica	<p>Una incisión es un corte a través de la piel que se hace durante una cirugía.</p>	<p>a) Herida de sangrado. b) Presencia de drenaje. c) Signos y síntomas. d) Solo A y B. e) Todos f) Ninguno</p>	Porcentual Frecuencial
Los síntomas de alarma	Cualitativa ordinal politómica	<p>Son más específicos e indican un tipo particular de dolor o malestar en el paciente.</p>	<p>a) Sangrado profuso de herida operatoria. b) Dolor intenso, fiebre. c) Aumento de volumen de la zona operatoria oliguria, anuria</p>	Porcentual Frecuencial

			d) Obstrucción de la sonda vesical catéter de nefrostomía. e) Todos f) Ninguno	
Comunicación terapéutica	Cualitativa ordinal politómica	La implementación constituye la realización de determinados procesos y estructuras en un sistema.	a) Escucha activa b) Atención física c) La escucha receptiva y reflexiva. d) Todos c) Ninguno	Porcentual Frecuencial
Existe protocolo	Cualitativa ordinal politómica	Conjunto de procedimientos	a) Sí b) No c) No sé. d) No he visto.	Porcentual Frecuencial

12.9. Técnicas y procedimiento

12.9.1. Obtención de la información

Antes de la recolección de datos se solicita previas autorizaciones del director del Hospital y del Departamento de Enfermería, a quien se dirigió por escrito. Dirección del Hospital Obrero. Comité de Enseñanza, Jefatura Médica de Terapia Intensiva, Jefatura de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva (Anexo N° 2). Antes de la recolección de datos se solicita el consentimiento del profesional de enfermería para ser parte de esta investigación. (Consentimiento informado, Anexo N° 3)

Los datos fueron obtenidos durante los días de turno del profesional de enfermería teniendo en cuenta la disponibilidad del tiempo del mismo.

Al realizar el llenado de cuestionario se explicó en forma verbal de manera clara y sencilla lo que se pretende recolectar en esta investigación.

12.9.2. ento de los datos

Se ordena el instrumento aplicando la tabulación de resultados a sí mismo para dar respuesta a nuestros objetivos de investigación y se aplica la estadística frecuencia porcentual.

12.9.3. Análisis estadístico

La información obtenida se aplica el llenado de los datos al programa estadístico SPSS representando en tablas. Los datos reflejados en las mismas serán analizados de manera descriptiva, relacionando los conocimientos de las profesionales en enfermería con cada uno de ellos se realiza análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

XIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- **Definición de consentimiento informado**

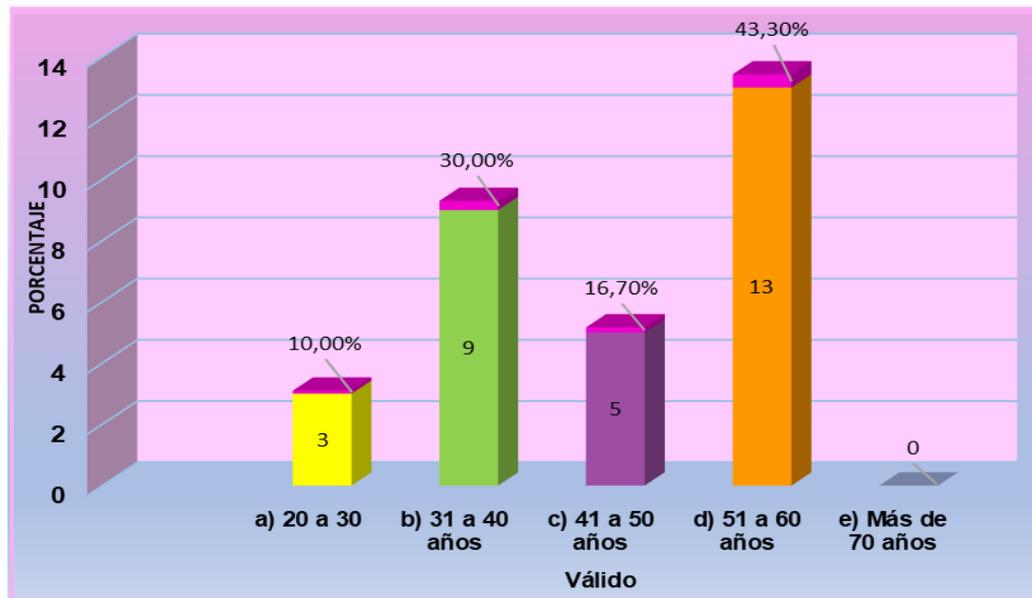
El "consentimiento informado" se puede definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Esto se convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad y de la ciencia.

(35)

La presente investigación se halla enmarcada dentro de las bases fundamentales del estado y respeto a los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no mala eficiencia y justicia, para lo cual se aplica la hoja de información y el consentimiento informado. (Ver anexo N° 3)

XIV. RESULTADOS

Gráfico N° 1
Edad del profesional de enfermería Unidad de Terapia Intensiva
Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



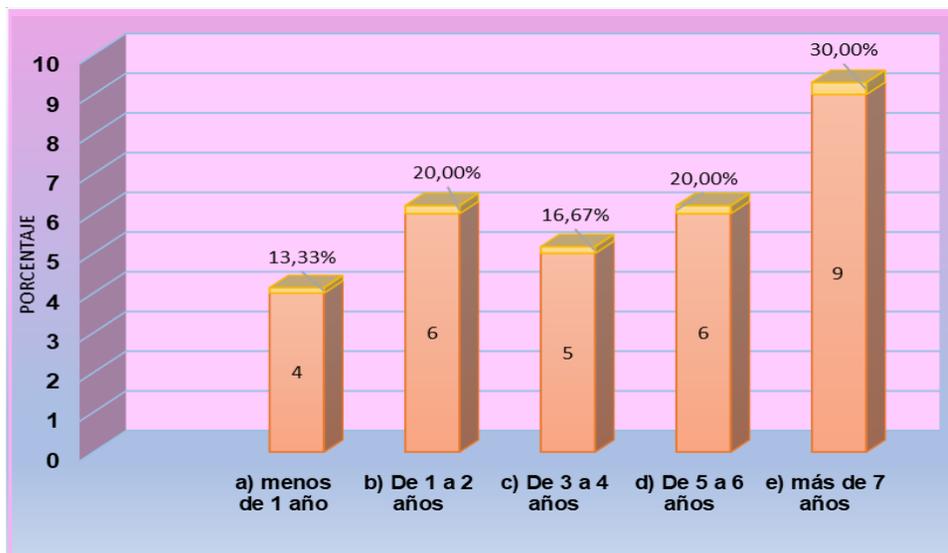
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Según resultados obtenidos, del 100%, el 43.3% está entre las edades de 51 a 60 años; el 30% de 31 a 40 años; con el 16.7% de 41 a 50 años y 10% de 20 a 30 años.

ANÁLISIS: Se puede observar que el personal profesional de enfermería que trabaja en Terapia Intensiva está conformado casi en el 50% con 51 años de edad, lo que implica que tienen varios años de trabajo o en el desempeño de la profesión, esto les brinda experiencia para poder desempeñar su trabajo de manera más segura.

Gráfico N° 2

Años de experiencia del profesional de enfermería en la atención de paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



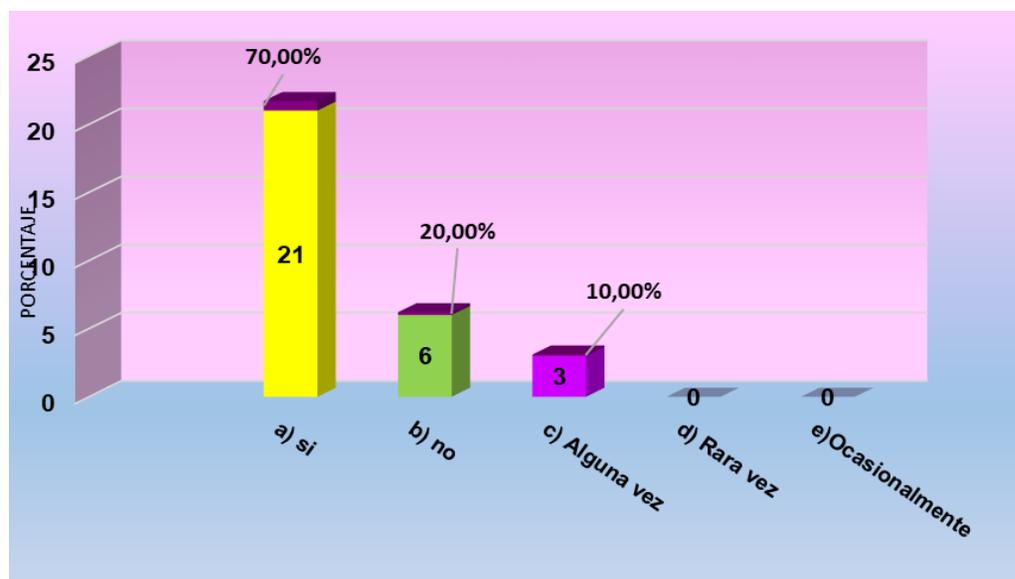
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 30% de personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva cuenta con más de 7 años de antigüedad, el 20% de 5 a 6 años, el 13.3% una antigüedad menor a un año. En el caso en que llevan trabajando entre 1 a 2 años, se puede considerar que no cuentan con la experiencia suficiente, pero sí con el entusiasmo del profesional joven.

ANÁLISIS: Se puede considerar que no cuentan con la experiencia suficiente, pero sí con el entusiasmo del profesional joven, lo que no excluye que este personal necesite de mayor supervisión y acompañamiento por parte de las supervisoras y el personal antiguo, no obstante, la institución no incentiva a la superación profesional.

Gráfico N° 3

Usted atendió a paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



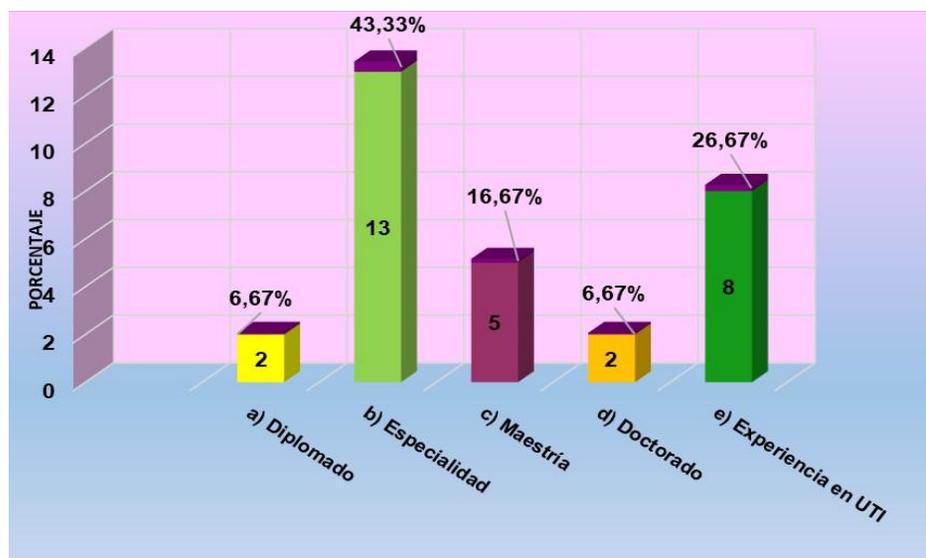
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: En el presente gráfico se observa que el 70% del personal de enfermería cuenta con experiencia en la atención de pacientes postrasplante renal, un 20% menciona que no y el 10% que alguna vez participó en este cuidado.

ANÁLISIS: El antecedente de haber brindado cuidados a pacientes críticos postrasplante renal, que caracteriza a la mayoría de las enfermeras que trabajan en el servicio, da cuenta de que se trata de personal con experiencia y que cuenta con los elementos prácticos y vivenciales necesarios para reconocer sintomatología de peligro e implementar las acciones necesarias para garantizar o contribuir con la efectividad del tratamiento multidisciplinario. Una cuarta parte del personal que no tuvo la oportunidad ni experiencia requiere de capacitación y acompañamiento al momento de tener que brindar asistencia a pacientes postrasplante.

Gráfico N° 4

Formación académica del profesional de enfermería, Unidad De Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



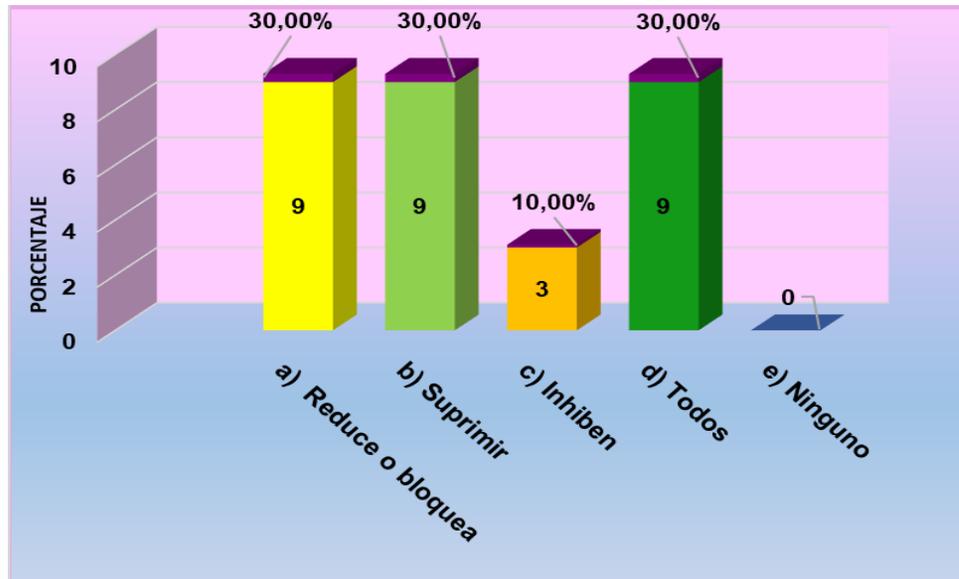
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Del total de profesionales que trabajan en el servicio de Terapia Intensiva, el 43.3% cuentan con especialidad, 16.7% con maestría y porcentajes menores que tienen diplomado o doctorado, 6.7%; el 26,7% solo cuenta con la experiencia otorgada por los años de trabajo en la Unidad, es decir que no cuenta con formación posgradual.

ANÁLISIS: La formación profesional a nivel de licenciatura no es suficiente para un desempeño eficiente en servicios de alta complejidad como es Terapia Intensiva más aun cuando se atienden pacientes críticos como son los trasplantados. Si bien un elevado porcentaje del personal cuenta con cursos de posgrado, se observa que una cuarta parte solo cuenta con el nivel de licenciatura, lo que amerita implementar políticas que incentiven a estos profesionales a optar por algún nivel de formación de posgrado.

Gráfico N° 5

Conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre la acción farmacológica de los inmunosupresores Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



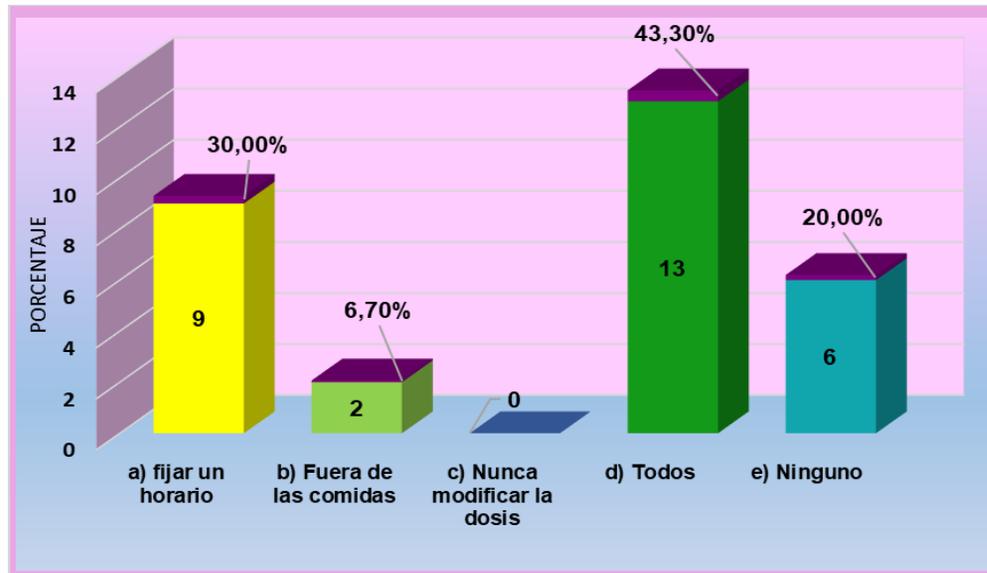
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Respecto al conocimiento sobre la acción de los fármacos inmunosupresores, casi la totalidad del personal de enfermería tiene un conocimiento correcto, ya que el 30% indica que reduce o bloquea el sistema inmunológico; otro 30%, que suprime el mismo y otro 30% indica ambas respuestas que, de alguna manera, son correctas.

ANÁLISIS: La función que cumplen estos medicamentos es la de suprimir la acción del sistema inmunológico para evitar que éste reconozca al órgano nuevo como un cuerpo extraño y desencadene el rechazo del mismo. Es de gran importancia el conocimiento previo.

Gráfico N° 6

Correcta administración de inmunosupresores en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



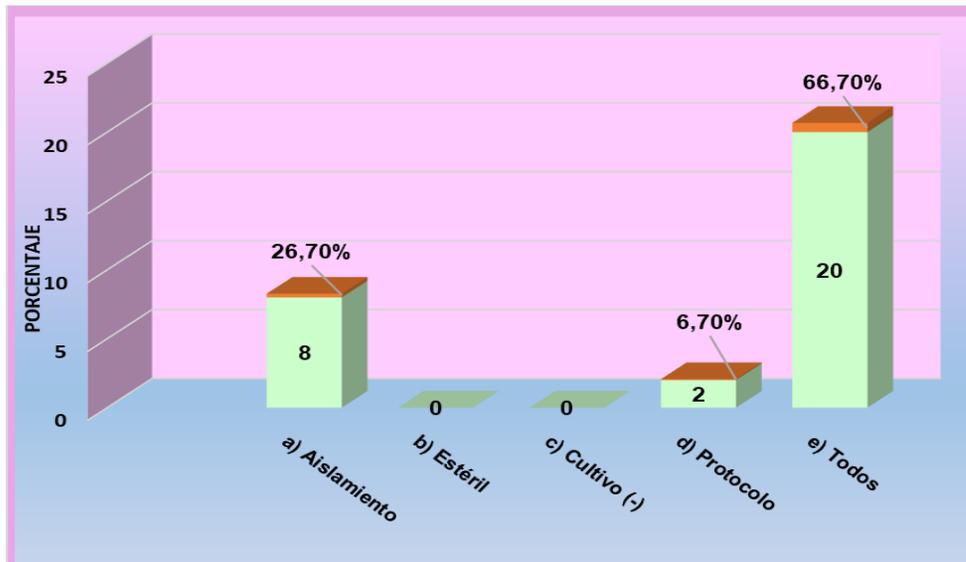
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 43.3% tiene un conocimiento correcto y completo; el 30% menciona la importancia de fijar un horario; el 6.7%, que se deben administrar fuera de las comidas y un 20% indica que ninguno de los cuidados es necesario para garantizar la efectividad de los fármacos.

ANÁLISIS: Reforzar los conocimientos sobre la forma correcta de administración de medicamentos inmunosupresores, pues además del horario, se debe tomar en cuenta el momento de administración; la presencia de alimentos puede interferir con la absorción intestinal de los mismos reduciendo la concentración plasmática y la efectividad terapéutica, lo que no es tomado en cuenta por el personal; una parte mínima que desconoce los cuidados relacionados con el horario y momento de administración, hacen necesario implementar cursos de actualización respecto a la acción y forma de administración de medicamentos como los inmunosupresores.

Gráfico N° 7

Intervenciones de la enfermera profesional 24 horas antes en paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



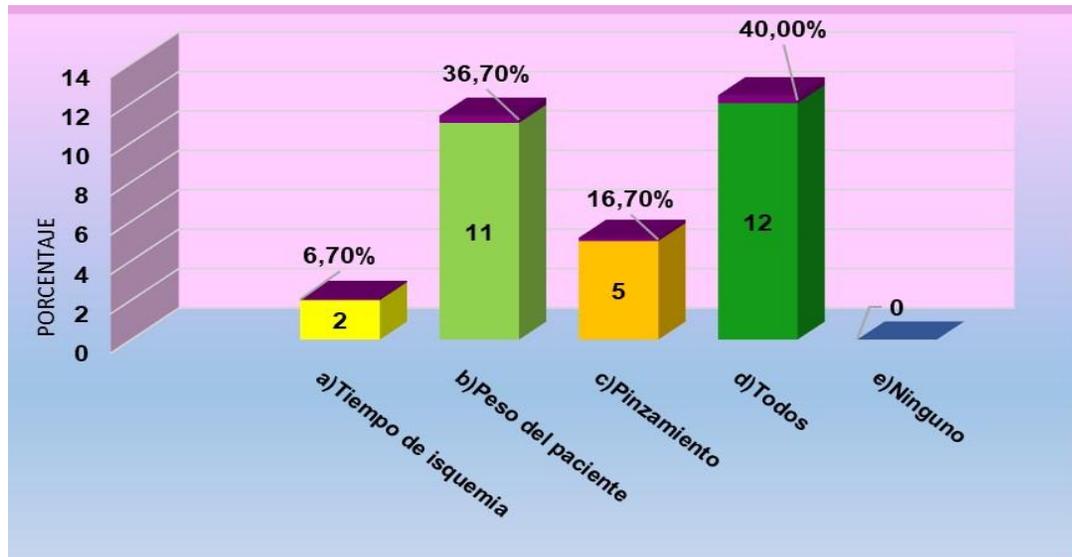
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 66.7% del personal conoce los cuidados que deben realizarse 24 horas antes del procedimiento quirúrgico; el 26.7%, solo menciona las medidas de aislamiento; y el 6.7%, la necesidad de implementar protocolos de cuidados para este tipo de pacientes.

ANÁLISIS: El 50% de las enfermeras profesionales mencionan la respuesta correcta, es importante recalcar que no solo se deben implementar medidas de aislamiento para prevenir posible contaminación, que daría lugar a procesos infecciosos en el posoperatorio, sino que es necesario implementar una guía de intervención estandarizada de cuidados que abarquen la preparación que requiere el paciente, el ambiente e insumos, y una preparación psicológica y de las medidas de autocuidado.

Gráfico N° 8

Qué considera usted lo más relevante en su valoración del protocolo quirúrgico en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



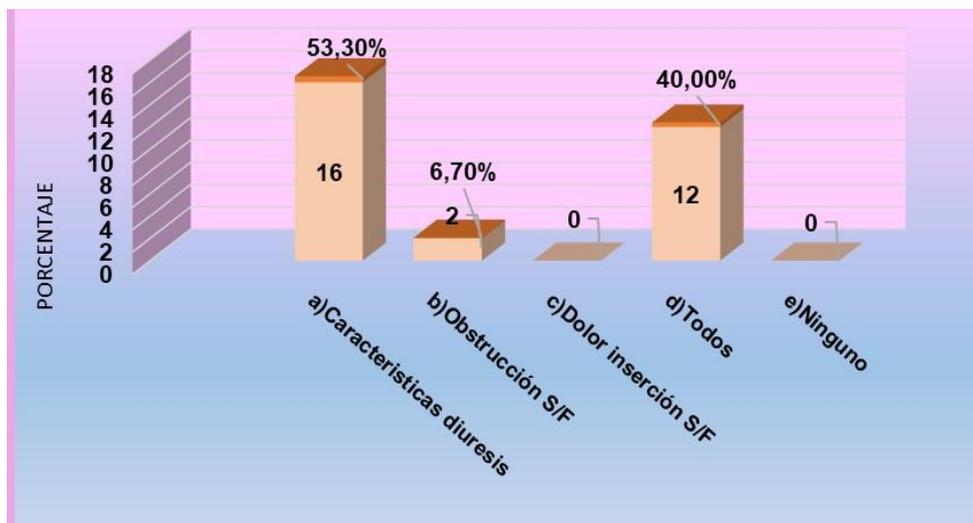
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 40% del personal conoce el protocolo de valoración del paciente quirúrgico de trasplante renal; el 6.7% solo toma en cuenta el tiempo de isquemia, el 36.7% considera de importancia la valoración del peso del paciente; y el 16.7%, el aspecto del riñón tras el pinzamiento.

ANÁLISIS: Respecto a la información de protocolos quirúrgicos, el conocimiento del personal es incompleto en más del 50%, ya que mencionan solo un aspecto de los que se debe tener en cuenta, particularmente en relación a la valoración del tiempo de isquemia y el aspecto del riñón tras el pinzamiento, que son considerados predictores importantes de la vitalidad del órgano trasplantado y de su aceptación por el organismo del receptor; solo el 40% del personal menciona los criterios de valoración de manera completa, lo que amerita que también este aspecto debe ser reforzado.

Gráfico N° 9

En el cuidado posoperatorio inmediato del patrón urinario, qué considera controlar en el paciente, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



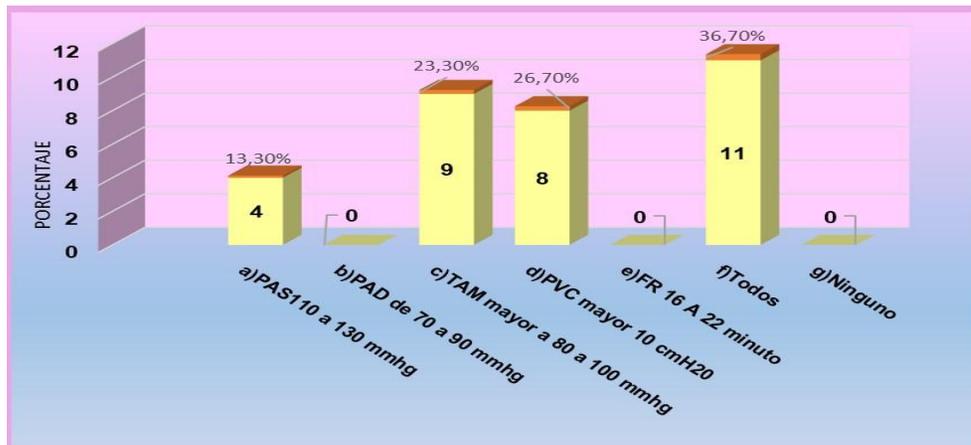
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 53.3% del personal de enfermería considera de importancia las características de la orina del paciente sometido a trasplante renal; solo el 6.7% valora signos de obstrucción de la sonda; y un 40% responde todos.

ANÁLISIS: La valoración integral comprende la medición de la cantidad de orina, sus características, posibles obstrucciones al libre flujo de la misma por la sonda o la presencia de dolor durante la inserción o permanencia del catéter, cuidados que son mencionados solo por el 40% del personal, por lo que se ve la necesidad de reforzar los conocimientos de este aspecto respecto a la valoración de la función urinaria y factores relacionados con ésta en pacientes trasplantados.

Gráfico N° 10

Para mantener una perfusión óptima del injerto, cuáles son los parámetros hemodinámicos que se deben mantener en el receptor postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



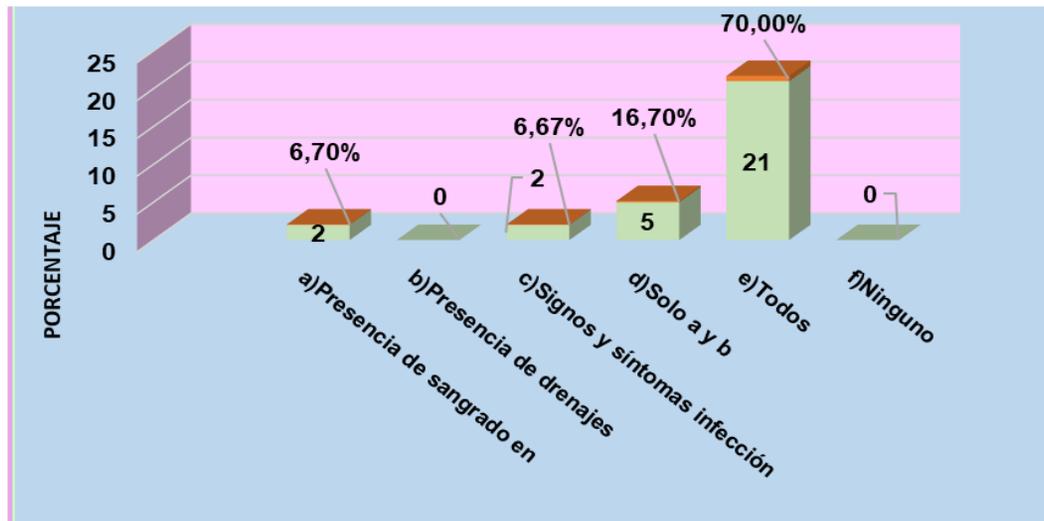
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El conocimiento sobre parámetros hemodinámicos son mencionados de manera correcta por el 36.7% del personal; el 13.3% señala la importancia de mantener una presión arterial sistólica de 110 a 130 mm Hg; el 23.3% considera importante mantener la presión arterial media mayor a 80–100 mm Hg; el 26.7% resalta la medición de la presión venosa central mayor a 10 cm de H₂O; el 60.3% no considera necesaria la valoración de la presión diastólica y la respiración del paciente trasplantado.

ANÁLISIS: Los datos denotan un conocimiento insuficiente del personal respecto a los valores en los que se deben mantener indicadores vitales, aspectos que son conocidos solo por el 36.7%, por lo que se requiere una política de actualización o una guía de intervención que estandarice estos cuidados de importancia en la valoración y seguimiento de la evolución del paciente trasplantado.

Gráfico N° 11

Qué observa de la herida quirúrgica en los pacientes postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018



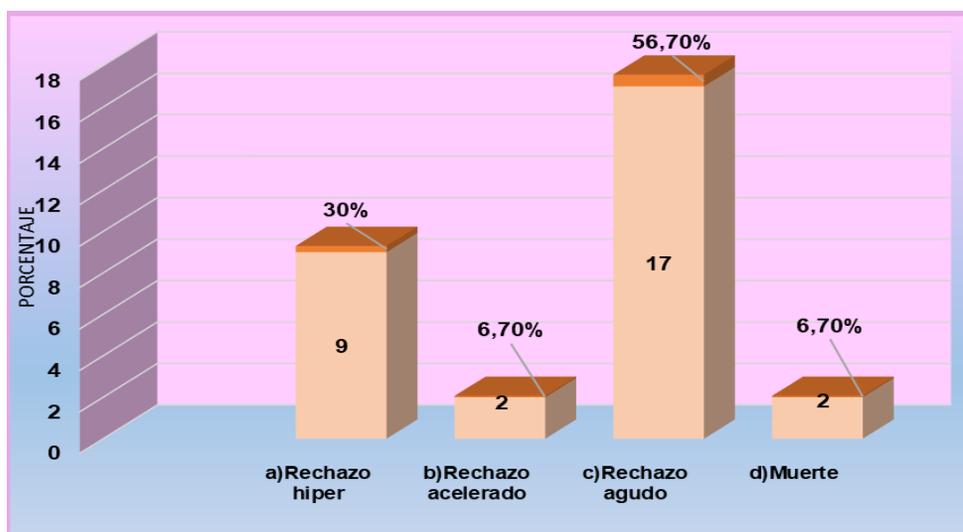
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 70% del personal de enfermería conoce los aspectos que deben ser valorados en la herida quirúrgica del paciente trasplantado, el resto solo hace mención a algún cuidado, como ser: presencia de sangrado o manifestaciones de infección que fue mencionado por el 6.7%, otro porcentaje de 16.7% toma en cuenta la presencia de sangrado y drenajes.

ANÁLISIS: Si bien la mayor proporción del personal tiene un conocimiento completo respecto a la valoración de la herida quirúrgica del paciente trasplantado, se observa que un 30% tiene un conocimiento insuficiente para realizar una valoración integral de la misma e implementar los cuidados adecuados de forma inmediata, lo que hace ver la necesidad de actualización sobre este aspecto del cuidado posquirúrgico.

Gráfico N° 12

Qué tipo de rechazo se presenta en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



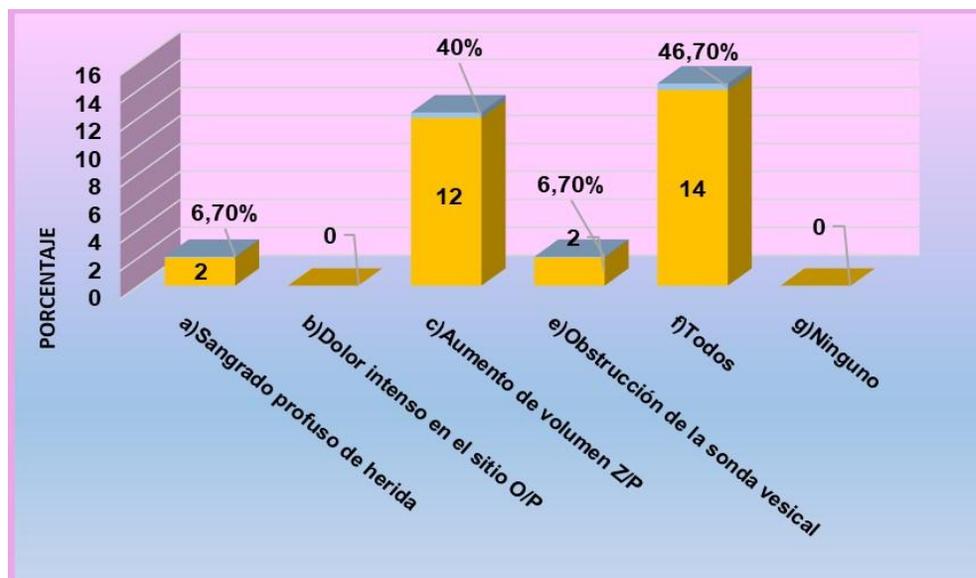
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Solo el 30% del personal identifica el tipo de rechazo que se da en el posoperatorio inmediato, como rechazo hiperagudo, que es correcto; el restante porcentaje dio respuestas incorrectas como ser: rechazo agudo 56.7%, rechazo acelerado 6,7% o muerte mencionado por el 6.7%.

ANÁLISIS: La denominación correcta del tipo de rechazo es importante ya que el reporte verbal o escrito del mismo, aunado a las manifestaciones que permiten identificarlo, son de vital importancia para las decisiones terapéuticas del equipo quirúrgico y, por ende, para el paciente, ya que de esto depende la conducta que se debe asumir en caso de presentarse un rechazo hiperagudo, que es el que ocurre en el proceso de recuperación posquirúrgica del paciente que tiene un manejo diferente al rechazo agudo o tardío.

Gráfico N° 13

Signos y síntomas de alarma que presenta el paciente postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

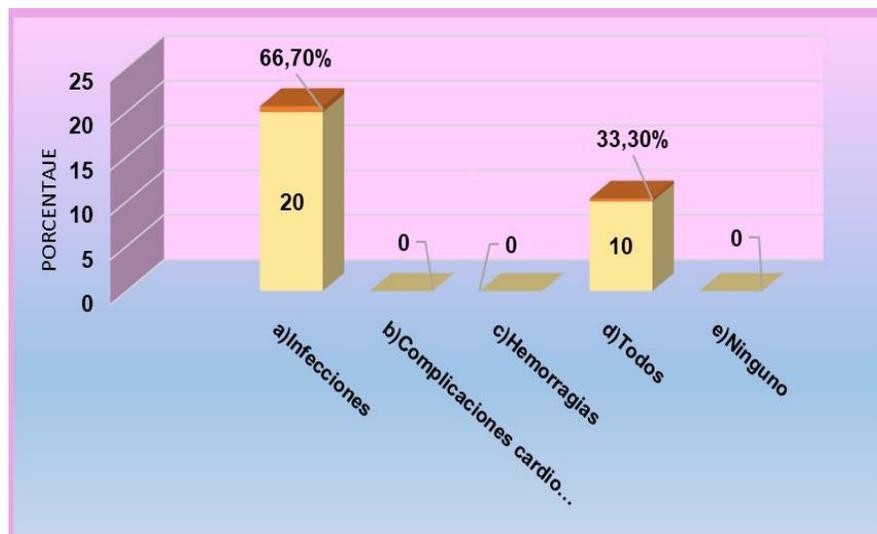
INTERPRETACIÓN: El 46.7% menciona de forma correcta los signos y síntomas de alarma que deben ser valorados en la etapa posquirúrgica del trasplante; el 40% considera de importancia solo la valoración de la oliguria o anuria en el paciente; el 6.7% tiene un conocimiento parcial, ya que hace referencia solo a alguno de ellos como ser: sangrado profuso en la herida, obstrucción de la sonda vesical.

ANÁLISIS: Todas las manifestaciones indicadas deben ser valoradas y monitorizadas de forma continua, ya que cada una puede guardar relación con algún tipo de complicación posquirúrgica como ser la mala hemostasia o dehiscencia de puntos de sutura, que pueden desencadenar una hemorragia, el dolor y la tumefacción que pueden indicar un proceso inflamatorio inusual que puede estar asociado a la infección que también

amerita la medición frecuente de la temperatura, la oliguria o la anuria permitirán detectar un proceso de rechazo hiperagudo o descartando previamente una posible obstrucción de la sonda, lo que amerita implementar cursos de actualización o formación continua para optimizar la atención adecuada a pacientes postrasplante.

Gráfico N° 14

Los cuidados del profesional de enfermería estarán encaminados a evitar posibles complicaciones en los pacientes postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018



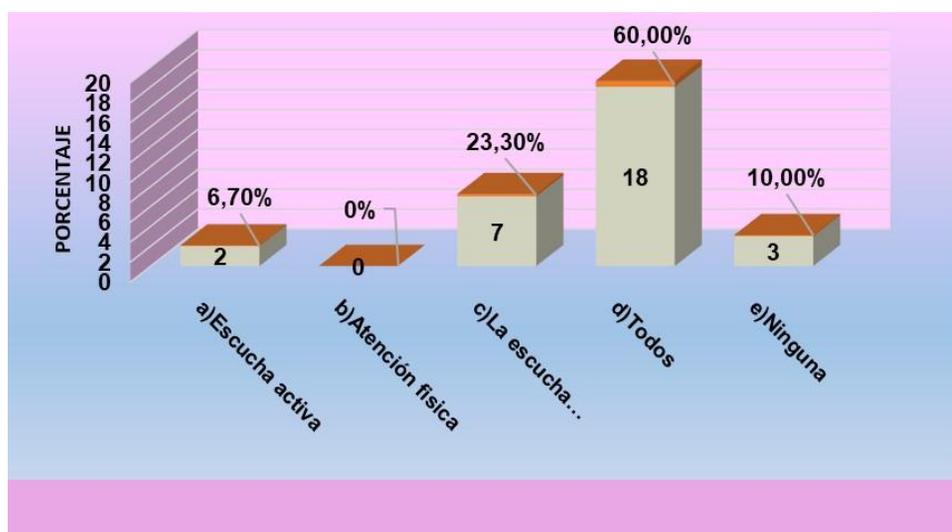
Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 66.7% del personal de enfermería considera importantes solo los cuidados orientados a prevenir la infección en el posoperatorio del paciente trasplantado, lo que indica un conocimiento incompleto ya que los cuidados deben estar orientados a detectar, comunicar y tratar precozmente cualquier tipo de complicación que pudiera presentarse además de las infecciones, como ser las complicaciones cardiocirculatorias, hemorragias, etc., lo que fue mencionado solo por el 33.3% del personal.

ANÁLISIS: Tomando en cuenta los diferentes cuidados o valoración que debe realizar el personal de enfermería en la atención de pacientes trasplantados, se evidencia una necesidad de mayor formación o actualización respecto a la detección de complicaciones que pueden resultar de vital importancia para la evolución favorable del paciente.

Gráfico N° 15

**Usted, como profesional de enfermería, qué tipo de comunicación terapéutica mantiene con el paciente postrasplante renal inmediato
Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018**



Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

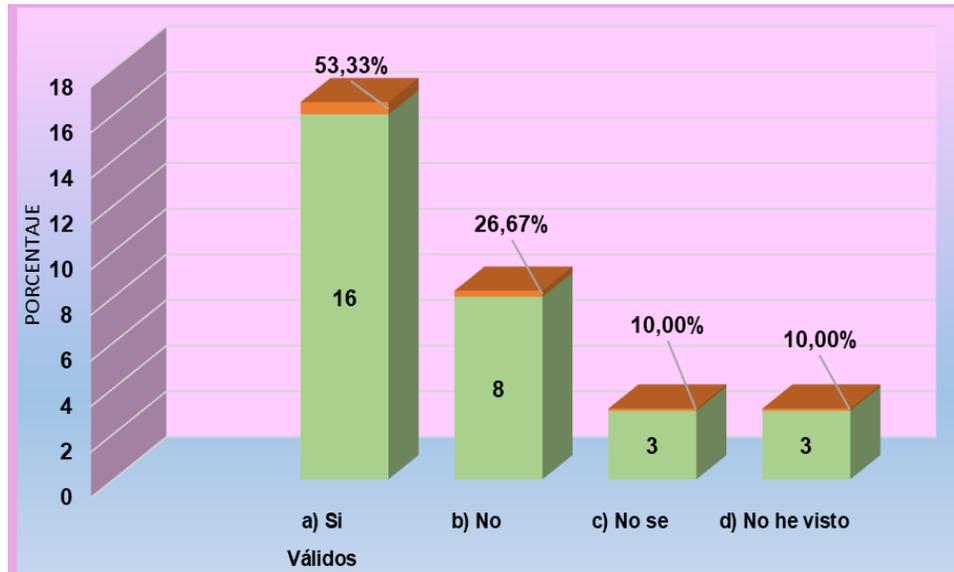
INTERPRETACIÓN: Solo el 6.7% menciona las características de la comunicación terapéutica que se debe mantener con el paciente en la que debe primar la escucha activa, un porcentaje significativo hace mención a otros elementos que no necesariamente están inmersos en la comunicación terapéutica como ser la atención física, la escucha repetitiva y reflexiva que fueron mencionadas por el 60% del personal.

ANÁLISIS: Una comunicación terapéutica y empática entre el paciente y el personal de enfermería es de mucha importancia para poder contar con la confianza del paciente y que éste pueda sentirse seguro y poder comunicar todas sus dudas, temores o malestares. El pilar fundamental es la capacidad de escucha activa del personal, aspecto que es mencionado por un reducido porcentaje del personal que, debido a la presión del trabajo o las múltiples

intervenciones relacionadas con el cuidado propiamente dicho, dejan de lado la importancia que tiene la comunicación terapéutica para la implementación del proceso enfermero que permite realizar una valoración completa (con información subjetiva y objetiva) que permita identificar complicaciones reales o potenciales.

Gráfico N° 16

Existe actualmente protocolo o Manual de Procedimientos de atención al paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero La Paz 2018



Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 53% respondió que sí existe protocolo y un 23% que no hay protocolo; un 10 % “no sé”; y un 6% “no ha visto”.

ANÁLISIS: El manejo de protocolo pone en duda la existencia y manejo de protocolo o no se utiliza porque se debe reformular o actualizar ya que los protocolos son de suma importancia para el manejo correcto en la atención de pacientes con trasplante renal.

XV. DISCUSIÓN

El 66.7% del personal conoce los cuidados que deben implementarse con el paciente a ser sometido a trasplante 24 horas antes del procedimiento quirúrgico.

En España se realizó un estudio sobre los conocimientos de cuidados en el receptor renal en la que se revisaron 37 artículos relacionados con el tema. Mediante el análisis se observó que la aplicación de cuidados continuados de enfermería desde el primer momento es imprescindible para mejorar la calidad de vida de los pacientes trasplantados de riñón y la prestación de cuidados intensivos de calidad.

- En el presente estudio, el 66.7% conoce los cuidados que deben implementarse 24 horas antes, que este porcentaje debería ser 99%. En relación con este estudio en España los cuidados son imprescindibles y cuidados intensivos de calidad, según antecedentes, es líder mundial en tener mayor experiencia en el manejo en pacientes trasplantados.

En el estudio presente, solo el 30% del personal entrevistado identifica el tipo de rechazo que se da en el posoperatorio inmediato, como rechazo hiperagudo que es correcto, el restante 70% dio respuestas incorrectas.

El estudio que se realizó en Bucaramanga describe las características clínicas del rechazo del trasplante renal, se realiza a 76 pacientes durante un período de 102 meses en el cual se presentaron 66 episodios de rechazo: hiperagudo 1.5%; acelerado, 3.0%; agudo 80.4%.

- Analizando este estudio, el rechazo hiperagudo tiene un porcentaje mínimo: 1.5%, es decir que rara vez se presenta. En el estudio presente,

solo el 30% del personal entrevistado identifica el tipo de rechazo que se da en el posoperatorio inmediato, es mínimo el porcentaje aun así el profesional de enfermería debe estar preparado para el manejo en caso de hiperagudo.

El 43.3% tiene un conocimiento correcto y completo, y una parte mínima que desconoce los cuidados relacionados con el horario y momento de administración hacen necesario implementar cursos de actualización respecto a la acción y forma de administración de medicamentos como la inmunosupresión.

Respecto a las implicaciones bioéticas en el uso de medicamentos inmunosupresores en pacientes con trasplante renal, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) Resultados: Se obtuvieron 30 encuestas. De los encuestados 83% fueron médicos, 10% enfermeras y 7% de otras áreas. La percepción de los encuestados es que afecta el uso, monitoreo y esquema de inmunosupresores para el paciente. El sector con el valor promedio más alto fue el privado con 1.512, lo que sugiere que en este sector se tiene más cuidado en cuanto al manejo de inmunosupresores.

- El análisis indica que en el sector privado se tiene más cuidado en el monitoreo. En el presente estudio, que es en el sector público un 43.3% tiene conocimiento correcto y eso llama la atención, lo cual debe mejorar.

Atención de enfermería a los pacientes con trasplante renal en el posoperatorio inmediato. Se revisaron 20 historias clínicas de pacientes sometidos a trasplante renal, en lo relativo al trabajo de Enfermería durante las primeras 24 horas de haber realizado el trasplante. Se analizaron los elementos más significativos y las acciones más importantes. En el posoperatorio inmediato, 5 pacientes necesitaron ventilación artificial mecánica por más de 8 horas. En cuanto a la vigilancia de la diuresis, 14

enfermos tuvieron una diuresis amplia y en 4 el volumen urinario fue inferior a 50 mL por hora. Se destaca la necesidad de manejar estos casos en una Unidad de Cuidados Intensivos por personal de enfermería calificado y entrenado.

La valoración integral comprende la medición de la cantidad de orina, sus características, posibles obstrucciones al libre flujo de la misma por la sonda o la presencia de dolor durante la inserción o permanencia del catéter, cuidados que son mencionados solo por el 40% del personal, por lo que se ve la necesidad de reforzar los conocimientos del mismo respecto a la valoración de la función urinaria y factores relacionados con la misma en pacientes trasplantados.

- Comparando los resultados de ambos estudios, se ve la necesidad de que estos pacientes sí se deben manejar en cuidados críticos intensivos y en el presente estudio se debe reforzar los conocimientos para un buen manejo.

XVI. CONCLUSIONES

15.1. Según el primer objetivo específico

1. Identificar datos sociodemográficos del profesional de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.

Según resultados obtenidos, del 100%, el 43,3% está entre las edades de 51 a 60 años, y un 10% de 20 a 30 años.

El 30% del profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva tiene más de 7 años de antigüedad, y quienes llevan trabajando entre 1 a 2 años se puede considerar que no cuentan con la experiencia suficiente.

El 70% del personal de enfermería cuenta con experiencia en la atención de pacientes postrasplante renal, y el 10% que alguna vez participó en este cuidado.

Del total de profesionales que trabajan en el Servicio de Terapia Intensiva, el 43.3% cuenta con especialidad, el 26.7% solo con la experiencia otorgada por los años de trabajo en la Unidad, es decir que no cuenta con formación posgradual.

15.2. Según el segundo objetivo específico

2. Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva.

El conocimiento sobre los parámetros hemodinámicos son mencionados de manera correcta solo por el 36.7% del personal de enfermería, el 13.3% solo menciona la importancia de mantener una presión arterial sistólica de 110 a 130 mm Hg, el 23.3% considera la importancia de mantener la presión arterial media mayor a 80 – 100 mm Hg, el 26.7% menciona la importancia de la medición de la presión venosa central mayor a 10 cm de H₂O, el 60.3% no considera necesaria la valoración de la presión diastólica y la respiración del paciente trasplantado.

Estos datos denotan un conocimiento insuficiente del personal respecto a los valores en los que se deben mantener indicadores vitales, aspectos que son conocidos solo por el 36.7%, por lo que se requiere una política de actualización o una guía de intervención que estandarice estos cuidados de importancia en la valoración y seguimiento de la evolución del paciente trasplantado.

15.3. er objetivo específico

3. Determinar las competencias que desempeña el profesional de enfermería en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia intensiva.

- **Competencia cognitiva: (saber)**

El 43.3% tiene un conocimiento correcto y completo de la administración de los inmunosupresores, el 30% menciona la importancia de fijar un horario, el 6.7% que se deben administrar fuera de las comidas y un 20% indica que ninguno de los cuidados es necesario para garantizar la efectividad de los fármacos.

Reforzar los conocimientos sobre la forma correcta de administración de medicamentos inmunosupresores, pues no solo se debe tomar en cuenta el horario sino que además el momento de su administración, ya que la presencia de alimentos puede interferir con la absorción intestinal de los inmunosupresores, reduciendo la concentración plasmática y la efectividad terapéutica de éstos, lo que no es tomado en cuenta por el personal, y una parte mínima que desconoce los cuidados relacionados con el momento de administración hacen necesario implementar cursos de actualización respecto a la acción y forma de administración de medicamentos como los de inmunosupresión.

- **Competencia técnica: (saber hacer)**

El 66.7% del personal de enfermería considera importantes solo los cuidados orientados a prevenir la infección en el posoperatorio del paciente trasplantado, lo que indica un conocimiento incompleto, ya que los cuidados deben estar orientados a detectar, comunicar y tratar precozmente cualquier tipo de complicación que pudiera presentarse además de las infecciones, como ser las complicaciones cardiocirculatorias, hemorragias, etc., lo que fue mencionado solo por el 33.3% del personal.

Tomando en cuenta los diferentes cuidados o valoración que debe realizar el personal de enfermería en la atención de pacientes trasplantados, se evidencia una necesidad de mayor formación o actualización respecto a la detección de complicaciones que pueden resultar de vital importancia para la evolución favorable del paciente.

- **Competencias actitudinales: (saber ser)**

Solo el 6.7% menciona las características de la comunicación terapéutica que se debe mantener con el paciente, en la que debe primar la escucha activa, un porcentaje significativo hace mención a otros elementos que no necesariamente están inmersos en la comunicación terapéutica como ser la atención física, la escucha repetitiva y reflexiva, que fueron mencionadas por el 60% del personal.

Una comunicación terapéutica y empática entre el paciente y el personal de enfermería es de mucha importancia para poder contar con la confianza del paciente y que éste pueda sentirse seguro y poder comunicar todas sus dudas, temores o malestares, el pilar fundamental es la capacidad de escucha activa del personal, aspecto que es mencionado por un reducido porcentaje del personal que debido a la presión del trabajo o las múltiples intervenciones relacionadas con el cuidado propiamente dicho, dejan de lado la importancia que tiene la comunicación terapéutica para la implementación del proceso enfermero que permite realizar una valoración completa (con información subjetiva y objetiva) que permita identificar complicaciones reales o potenciales.

15.4. Según el cuarto objetivo específico

4. Elaborar la Guía de Intervención en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva.

En el presente estudio se elaboró la Guía de Intervención para el profesional de enfermería con las siguientes características:

- Preparación de la Unidad de Terapia Intensiva 24 horas antes.
- Cuidados Inmediatos en el paciente postrasplante renal.
- Prevención de infecciones.

15.5. to objetivo específico

5. Proponer la aplicación de la Guía de Intervención en el cuidado del paciente postrasplante renal al profesional de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva.

Inicialmente se han programado las sesiones académicas con el profesional de enfermería para exponer los temas de manejo del paciente postrasplante renal inmediato que comprende la guía.

15.6. Según el objetivo general

Determinar las competencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva gestión 2018.

La profesional de Enfermería tiene un papel importante en el manejo postrasplante renal inmediato, lo que requiere aplicar las competencias de la profesión hacia el paciente y su entorno con el fin de prevenir, promover, conservar la salud y requiere de fundamentos científicos y tecnológicos actualizados para poder contribuir al proceso de recuperación y aceptación del órgano trasplantado.

Los resultados del presente estudio muestran que, si bien el personal de enfermería de la institución cuenta con formación posgradual o años de

experiencia de trabajo en el servicio de Terapia Intensiva, sus conocimientos respecto al uso de inmunosupresores, los indicadores de valoración de la presión arterial, presión venosa central, función renal y signos a los que debe estar alerta para detectar un posible rechazo hiperagudo o agudo en el posoperatorio, aún son insuficientes. Por otro lado, la existencia de un protocolo que estandarice estos cuidados solo fue mencionado por el 53% de la muestra, lo que implica que casi la mitad de las entrevistadas lo desconocen porque no fue socializado o simplemente porque no preguntaron acerca de la existencia de éste.

Estos resultados hacen ver la necesidad de revisar el protocolo de cuidados con el que cuentan en el servicio, actualizarlo y socializarlo para que sea de conocimiento y aceptación de todo el personal de enfermería, ya que en el mismo se contemplan todas las competencias propias de este personal para que su actuar en el cuidado que brindan a los pacientes trasplantados sea de calidad y calidez en beneficio del usuario y también de la institución.

XVII. RECOMENDACIONES

▪ INSTITUCIONAL

El profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva debe describir las principales competencias del profesional de enfermería en pacientes postrasplantados, ya que están en constante interacción y tienen experiencia en la atención.

El profesional capacitado en manejo de pacientes postrasplantados debe realizar permanente capacitación práctica y teórica al personal antiguo y nuevo para proveer en esos momentos que no se cuenta con el personal capacitado, así evitaremos posibles riesgos, tanto para el profesional de enfermería y el paciente.

Área que se ha convertido en un espacio en donde la profesional de enfermería puede mostrar su potencial como profesional, al poseer conocimientos científicos, administrativos y de liderazgo fundamentales para la institución y el restablecimiento de la salud de los pacientes.

▪ ACADÉMICO

Se recomienda a la Máxima Autoridad Ejecutiva que otorgue permisos de horario de estudio al profesional de enfermería para su capacitación continua.

Se recomienda a las universidades estatales que creen la especialidad en Atención al Paciente Trasplantado, debido a que no se reconoce a la enfermería de trasplantes como una especialización, por tal motivo el impacto académico y profesional de la investigación se podría reflejar en la

necesidad de establecer que la enfermera postrasplante tenga la especialidad, que requiera educación posgraduada para la formación del recurso humano en el área de trasplantes teniendo en cuenta que este campo requiere formación y entrenamiento especializados.

XVIII. LIOGRAFÍA

1. NT O. www.ont.es. [Online]; 2017 [cited 2017 septiembre 8. Available from: www.ont.es.
2. MCG B. Bedat MCG Latinoamérica. *Nefrol Latinoam*. [Online].; 2017 [cited 2016 septiembre 13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nefrol.2016.12.002>.
3. Md S. Salud Md. [Online].; 2017 [cited 2017 septiembre 20. Available from: <http://www.minsalud.gob.bo>.
4. Md S. Salud Md. [Online].; 2018 [cited 2018 julio 12. Available from: <https://mail.minsalud.gob.bo>.
5. GG. H. *Rechazo en pacientes con trasplante renal*. Rechazo en pacientes con trasplante renal. 1991 Octubre; XVI(5).
6. LT. G. Giuliana LT. [Online].; 2017 [cited 2017 septiembre 10. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/721>.
7. JCSGMJGBGPIM ENRL. *Manejo perioperatorio en el receptor de trasplante renal*. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS. *Revista Mexicana de Trasplantes*. 2016 Enero; V(1): p. 27-33.
8. AJRARGJCMMSFSGCRCJ. CQG. Cantu Quintanilla. [Online].; 2017 [cited 2017. Available from: <https://scholar.google.com>.
9. MROFLR APCA. *Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Angeles Pedregal*. [Online].; 2011 [cited 2011 Septiembre. Available from: <https://scholar.google.com>.
10. CR. L. *Cuidados en el proceso de trasplante renal*. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre 2. Available from: <http://scholar.google.com>.

11. JTSEEDJGM JTS. *Sobrevida del injerto en pacientes con trasplante renal*. 2011 Noviembre; 34(2).
12. MCAC GB. *Relación entre los resultados de la biopsia del trasplante renal, según la clasificación de Banff del 2011*. [Online].; 2016 [cited 2016 Febrero 25. Available from: <http://scielo.sld.cu>.
13. OLIVERA FURTADO AM, DE SOUZA SRdOeS, LOPEZ DE OLIVEIRA B, NOVAES GARCIA C. *El enfermero asistencial y educador en una unidad de trasplante renal: un desafío*. [Online].; 2012 [cited 2012 julio. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300019>.
14. Revista de la sociedad española de enfermería nefrológica. *Problemas de enfermería en el trasplante a pacientes añosos*. 2009 octubre; 12(4).
15. CALZADO MRR. *La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal*. *Enfermería nefrológica*. 2013 octubre; 16(4).
16. PÉREZ Alejandro Ley IMSDADH. *Atención de enfermería a los pacientes con trasplante renal en el posoperatorio inmediato*. *Revista Cubana de Enfermería*. 1995 mayo; 11(2).
17. IAHG OM. *Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica*. [Online].; 2014 [cited 2014 Febrero. Available from: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-documento-sociedad-española-nefrologia-sobre-las-guias-kdigo-evauacion-el->.
18. National Kidney Foundation K/DOQI. *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification*. [Online].; 2002 [cited 2002.
19. Foundation NK. K/DOQI. *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease*.
20. Foundation. NK. K/DOQI *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and strsttinattion*. 2002; 39(2).

21. J.A. G. *Historia del trasplante renal*. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre. Available from: <https://docplayer.es/13826489-Historia-del-trasplante-renal-capitulo1-j-alvarez-grande.html>.
22. D.G. V. *Situación de los trasplantes en América Latina*. 2004 Febrero.
23. LAIRBBP MOJC. *Trasplante renal del donador cadavérico: un reto que no deja de ser actual*. Revista Médica La Paz. 2011 Agosto; XVII(1).
24. BESTARD O. MARTORELL J. G. *Inmunobiología del Trasplante Renal y bases del tratamiento Inmunosupresor*. Avendaño L, et al: Nefrología Clínica. 2009;(3).
25. J.G.C. *El donante de riñón. Tipos de donante. Evaluación y selección de los donantes*. Avendaño L, et al: Nefrología Clínica. 2009.
26. VIVAS CAHDJML. *Renal Trasplantation in patients 65 years old or older*. 2009.
27. CRUZADO J. Bestard Matamoros O GBJ. *Terapéutica Inmunosupresora*. 3rd Ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana.; 2009.
28. MORALES J.M. AA. *Necrosis tubular aguda y rechazo agudo*. 1st ed. Madrid: ED. Comunicación Médica; 2005.
29. Club Ensayos.com. *Pos operatorio inmediato, mediato y tardío*. 2012 Octubre; VIII.
30. SUDARDART B. *Enfermería Medico Quirúrgico*. Novena ed. México: Editores Mc Graw-Hill Interamericana Editores; 2005.
31. Deportes MdSy. *Norma Nacional de Procedimiento de Trasplante Renal*. Salud Md, editor. La Paz: La Paz; 2016.
32. GONZALES. *Formación de competencias laborales*. Primera Ed. México: Interamericana Ed.; 2002.

33. SF. H. *Cuidados de enfermería en el trasplante renal, basados en el modelo de Virginia Anderson*. [Online].; 1996 [cited 1996 Abril 12. Available from: www.revistaseden.org.
34. HERNÁNDEZ SAMPIERI FCBL. *Metodología de la Investigación*. Quinta Ed. Hernandes Se, editor. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010.
35. OV. C. *Consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica*. 2016th Ed. México: Interamericana; 2016.

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE GANT

CRONOGRAMA DE GANT

ACTIVIDADES		JUNIO	JULIO	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1	Instrucción académica	X						
2	Observación de posibles temas de investigación	X						
3	Diagnóstico inicial	X						
4	Revisión bibliográfica	XXXX	X	X	X	X	X	X
5	Realización del marco teórico	XX	XXXX	X	X			
6	Elaboración del perfil			XX				
7	Determinación del tipo de investigación			X				
8	Determinación de universo y muestra			X				
9	Elección y elaboración de técnicas e instrumentos para la recolección de datos				XX			
10	Implementación del instrumento de recolección de datos					XX		
11	Procesamiento de la recolección de datos					XX		
12	Tabulación y análisis de datos obtenidos						XX	

13	Formulación de conclusiones y resumen						XX	
14	Tutoría y asesoramiento	X	X	X	X	X	X	
15	Revisión del trabajo					XX	XX	
16	Presentación del trabajo						XX	
17	Defensa del trabajo						X	X

PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS

Dar cumplimiento al Pos-grado

a) Responsables de la tesis:

- Tutora de la tesis.

b) Personal de apoyo para la ejecución de la tesis:

Asesoramiento en metodología y desarrollo del trabajo

- Asesor en estadística

RECURSOS MATERIALES

- Los recursos económicos para el presente trabajo de propuesta de intervención fueron financiados por las autoras de estudio.

Especificaciones de materiales y costo

N°	BIENES	CANTIDAD	MONTO TOTAL Bs
1	Papel tamaño carta	700 unidades	300,00
2	Material de escritorio	2 unidades	100,00
3	Fotocopias	unidades	100,00
4	Libros	2 unidades	366,00
5	Computadora, impresión	Varias veces	200
6	Internet	4 meses	1500
7	Impresiones	9 ejemplares	1000
8	Data Show	2 uso	300
9	Transporte	1	500
10	Ayudas Audiovisuales	1	500
TOTAL			4866

RECURSOS FINANCIEROS

El presupuesto de inversión en la maestría es de 25,000 Bs

El presupuesto para la elaboración de la tesis tendrá como fuentes de financiamiento:

- Cursantes de la Maestría

ANEXO N° 2

SOLICITUD DE CARTAS DE PERMISO

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CI.....

Habiendo recibido la información sobre la investigación que se lleva a cabo, he accedido a participar voluntaria y anónimamente en la investigación:

COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CRÍTICA, HOSPITAL OBRERO N° 1 CAJA NACIONAL DE LA PAZ, LA PAZ, BOLIVIA 2018

Presentado por la Lic. Miriam López Uruchi, cursante del Pos-Grado Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Universidad Mayor de San Andrés de la ciudad de La Paz.

El objetivo de esta investigación: Determinar las competencias de enfermería en el cuidado de pacientes trasplantados renal inmediato en la Unidad de Cuidados Críticos de la Caja Nacional de Salud Hospital Obrero N°1. La Paz Bolivia, 2018.

Aclaro que durante el tiempo de mi participación puedo retirarme en el momento que desee sin recibir sanción alguna y que no involucra ningún riesgo para mi salud física o mental. Es de mi conocimiento que la información entregada será confidencial y anónima; que su uso exclusivo será para este estudio. Los resultados de la investigación los conoceré de forma escrita por medio de la autoridad pertinente del área de trabajo que involucra el estudio.

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podré contactarme con la profesional: Lic. Miriam López Uruchi del Departamento de Pos-Grado Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Universidad Mayor de San Andrés, Fono 2420968.

Si deseo hacer un reclamo, con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, podré dirigirme al presidente del Comité Ético Científico de la Universidad Mayor de San Andrés con Lic. Martha Cruz Estrada, Fono 2420968, acercarme personalmente a las oficinas del Comité, ubicada en la calle Av. Francisco Salazar N°45 en horario de 09.00 a 13.00 horas, de 14:30 a 17:00 horas.

NOTA: Este documento se firma en dos ejemplares, quedando en poder de cada una de las partes.

.....
Nombre del investigador

FECHA:

.....
Nombre del participante

FECHA:

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA 2018

Instructivo: Encerrar en un círculo las respuestas que seleccione, la información que nos proporciona es anónima y confidencial, por lo que le rogamos veracidad en las respuestas.

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuál es su edad?

- a) De 20 a 30 años
- b) De 31 a 40 años
- c) De 41 a 50 años
- d) De 51 a 60 años
- e) Mas de 70 años

2.- ¿Cuántos años de experiencia de trabajo tiene en la atención de paciente postrasplante renal en la Unidad de Terapia Hospital Obrero?

- a) Menos de un año
- b) De 1 a 2 años
- c) De 3 a 4 años
- d) De 5 a 6 años
- e) Más de 7 años

3. ¿Usted atendió a pacientes postrasplante renal en la Unidad de Terapia intensiva Hospital Obrero?

- a) Sí
- b) No
- c) Alguna vez
- d) Rara vez
- e) Ocasionalmente

4. ¿Su formación académica en la Unidad Terapia Intensiva Hospital Obrero es?

- a) Diplomado
- b) Especialidad
- c) Maestría
- d) Doctorado
- e) Lic. con experiencia en la formación de postrasplante renal

II. CONOCIMIENTO

5. ¿Cuál es la acción farmacológica de los inmunosupresores Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Reducen o bloquean las reacciones inmunitarias del organismo.
- b) Capaces de suprimir la respuesta inmunológica a un antigénico externo o interno.
- c) Inhiben la activación de las células T.
- d) Todos
- e) Ninguno

6. ¿Cuál es la correcta administración de inmunosupresores Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Fijar un horario.
- b) Se tomarán preferentemente fuera de las comidas.
- c) Nunca modificar la dosis por iniciativa propia.
- d) Todos
- e) Ninguno

7. ¿Cuáles son las intervenciones de la enfermera profesional 24 horas antes en pacientes postrasplante renal Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Medidas de aislamiento (barrera inversa).
- b) Verificar que se cuente con ropa estéril.
- c) Verificar que la toma de cultivo sea negativa de la unidad.
- d) Conocer el protocolo del manejo del paciente postrasplantado.
- e) Todos
- f) Ninguno

III. POSOPERATORIO INMEDIATO

8. Es fundamental conocer los hallazgos transoperatorios al verificar y leer el protocolo quirúrgico, ¿qué considera usted lo más relevante en su valoración en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Tiempo de isquemia.
- b) Peso del paciente.

- c) Aspecto del riñón tras pinzamiento, color turgencia, presencia de diuresis y sus características.
- d) Todos
- e) Ninguno

9. En el cuidado posoperatorio inmediato del patrón urinario, ¿qué considera controlar en el paciente Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Características de la diuresis, volumen, color, densidad.
- b) Obstrucción de la sonda.
- c) Dolor en la inserción de la sonda Foley.
- d) Todos
- e) Ninguno

10. Para mantener una perfusión óptima del injerto, ¿cuáles son los parámetros hemodinámicos que se deben mantener en el receptor postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) PAS Sistólica de 110 a 130mmhg
- b) PAD Diastólica de 70 a 90mmhg
- c) TAM mayor 80 a 100mmhg
- d) PVC mayor 10 cmH₂O
- e) FR 16 a 22 minuto
- f) Todos
- g) Ninguno

9 ¿Que observa de la herida quirúrgica en los pacientes postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Presencia de sangrado en herida operatoria.
- b) Presencia de drenajes.
- c) Signos y síntomas infección.
- d) Solo a y b
- e) Todos
- f) Ninguno

12. ¿Qué tipo de rechazo se presenta en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero? Identifique la respuesta correcta.

- a) Rechazo hiperagudo
- b) Rechazo acelerado
- c) Rechazo agudo
- d) Rechazo crónico
- e) Muerte

13. Mencione los síntomas y signos de alarma que presenta el paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Sangrado profuso de herida operatoria.
- b) Dolor intenso, fiebre.
- c) Aumento de volumen de la zona operatoria, oliguria, anuria.
- d) Obstrucción de la sonda vesical catéter de nefrectomía.
- e) Todos
- f) Ninguno

14. Los cuidados del profesional de enfermería estarán encaminados a evitar las posibles complicaciones en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero, como ser:

- a) Infecciones
- b) Complicaciones cardiovasculares.
- c) Hemorragias
- d) Todos
- e) Ninguno

15. Usted, como profesional de enfermería, ¿qué tipo de comunicación terapéutica mantiene con el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Escucha activa.
- b) Atención física.
- c) La escucha receptiva y reflexiva.
- d) Todos
- e) Ninguno

16. ¿Existe actualmente protocolo o manual de procedimientos de atención de paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé.
- d) No he visto.

¡Gracias por la colaboración!

ANEXO N° 5

RESULTADOS DEL

CUESTIONARIO

CUADROS

Cuadro N° 1
Edad del profesional de enfermería Unidad de Terapia Intensiva hospital
Obrero La Paz 2018

Opción		Frecuencia	Porcentaje
Válido	a) 20 a 30	3	10,00%
	b) 31 a 40 años	9	30,00%
	c) 41 a 50 años	5	16,70%
	d) 51 a 60 años	13	43,30%
	e) Más de 70 años	0	
	Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Según resultados obtenidos, del 100%, el 43.3% está entre las edades de 51 a 60 años; el 30% de 31 a 40 años; con el 16.7% de 41 a 50 años y 10% de 20 a 30 años.

ANÁLISIS: Se puede observar que el personal profesional de enfermería que trabaja en Terapia Intensiva está conformado casi en el 50% con 51 años de edad, lo que implica que tienen varios años de trabajo o en el desempeño de la profesión, esto les brinda experiencia para poder desempeñar su trabajo de manera más segura.

Cuadro N° 2

Años de experiencia del profesional de enfermería en la atención de paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción		Frecuencia	Porcentaje
	a) menos de 1 año	4	13,33%
	b) De 1 a 2 años	6	20,00%
	c) De 3 a 4 años	5	16,67%
	d) De 5 a 6 años	6	20,00%
	e) más de 7 años	9	30,00%
	Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 30% de personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva cuenta con más de 7 años de antigüedad, el 20% de 5 a 6 años, el 13.3% una antigüedad menor a un año. En el caso en que llevan trabajando entre 1 a 2 años, se puede considerar que no cuentan con la experiencia suficiente, pero sí con el entusiasmo del profesional joven.

ANÁLISIS: Se puede considerar que no cuentan con la experiencia suficiente, pero sí con el entusiasmo del profesional joven, lo que no excluye que este personal necesite de mayor supervisión y acompañamiento por parte de las supervisoras y el personal antiguo, no obstante, la institución no incentiva a la superación profesional.

Cuadro N° 3

Usted atendió a paciente postrasplante renal inmediato en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción		Frecuencia	Porcentaje
a) Sí		21	70,00%
b) no		6	20,00%
c) Alguna vez		3	10,00%
d) Rara vez		0	
e) Ocasionalmente		0	
Total		30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: En el presente gráfico se observa que el 70% del personal de enfermería cuenta con experiencia en la atención de pacientes postrasplante renal, un 20% menciona que no y el 10% que alguna vez participó en este cuidado.

ANÁLISIS: El antecedente de haber tenido la posibilidad de brindar cuidados a pacientes críticos postrasplante renal, que caracteriza a la mayoría de las enfermeras que trabajan en el servicio, da cuenta de que se trata de personal con experiencia y que cuenta con los elementos prácticos y vivenciales necesarios para reconocer sintomatología de peligro e implementar las acciones necesarias para garantizar o contribuir con la efectividad del tratamiento multidisciplinario. Una cuarta parte del personal que no tuvo la oportunidad ni experiencia requiere de capacitación y acompañamiento al momento de tener que brindar asistencia a pacientes postrasplante.

Cuadro N° 4

Formación académica del profesional de enfermería Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Diplomado	2	6,67%
b) Especialidad	13	43,33%
c) Maestría	5	16,67%
d) Doctorado	2	6,67%
e) Experiencia en UTI	8	26,67%
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Del total de profesionales que trabajan en el servicio de Terapia Intensiva, el 43.3% cuentan con especialidad, 16.7% con maestría y porcentajes menores que tienen diplomado o doctorado, 6.7%; el 26,7% solo cuenta con la experiencia otorgada por los años de trabajo en la Unidad, es decir que no cuenta con formación posgradual.

ANÁLISIS: La formación profesional a nivel de licenciatura no es suficiente para un desempeño eficiente en servicios de alta complejidad como es Terapia Intensiva más aun cuando se atienden pacientes críticos como son los trasplantados. Si bien un elevado porcentaje del personal cuenta con cursos de posgrado, se observa que una cuarta parte solo cuenta con el nivel de licenciatura, lo que amerita implementar políticas que incentiven a estos profesionales a optar por algún nivel de formación de posgrado.

Cuadro N° 5

Conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre la acción farmacológica de los inmunosupresores Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Reduce o bloquea	9	30,00%
b) Suprimir	9	30,00%
c) Inhiben	3	10,00%
d) Todos	9	30,00%
e) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Respecto al conocimiento sobre la acción de los fármacos inmunosupresores, casi la totalidad del personal de enfermería tiene un conocimiento correcto, ya que el 30% indica que reduce o bloquea el sistema inmunológico; otro 30%, que suprime el mismo y otro 30% indica ambas respuestas que, de alguna manera, son correctas.

ANÁLISIS: La función que cumplen estos medicamentos es la de suprimir la acción del sistema inmunológico para evitar que éste reconozca al órgano nuevo como un cuerpo extraño y desencadene el rechazo del mismo. Es de gran importancia el conocimiento previo.

Cuadro N° 6

Correcta administración de inmunosupresores en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) fijar un horario	9	30,00%
b) Fuera de las comidas	2	6,70%
c) Nunca modificar la dosis	0	
d) Todos	13	43,30%
e) Ninguno	6	20,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 43.3% tiene un conocimiento correcto y completo; el 30% menciona la importancia de fijar un horario; el 6.7%, que se deben administrar fuera de las comidas y un 20% indica que ninguno de los cuidados es necesario para garantizar la efectividad de los fármacos.

ANÁLISIS: Reforzar los conocimientos sobre la forma correcta de administración de medicamentos inmunosupresores, ya que no solo se debe tomar en cuenta el horario sino también el momento de administración, ya que la presencia de alimentos puede interferir con la absorción intestinal de los mismos reduciendo la concentración plasmática y la efectividad terapéutica, lo que no es tomado en cuenta por el personal; una parte mínima que desconoce los cuidados relacionados con el horario y momento de administración hacen necesario implementar cursos de actualización respecto a la acción y forma de administración de medicamentos como los inmunosupresores.

Cuadro N° 7

Intervenciones de la enfermera profesional 24 horas antes en paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Aislamiento	8	26,70%
b) Estéril	0	
c) Cultivo (-)	0	
d) Protocolo	2	6,70%
e) Todos	20	66,70%
f) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 66.7% del personal conoce los cuidados que deben realizarse 24 horas antes del procedimiento quirúrgico; el 26.7%, solo menciona las medidas de aislamiento; y el 6.7%, la necesidad de implementar protocolos de cuidados para este tipo de pacientes.

ANÁLISIS: El 50% de las enfermeras profesionales mencionan la respuesta correcta, es importante recalcar que no solo se deben implementar medidas de aislamiento para prevenir posible contaminación, que daría lugar a procesos infecciosos en el posoperatorio, sino que es necesario implementar una guía de intervención estandarizada de cuidados que abarquen la preparación que requiere el paciente, el ambiente e insumos, y una preparación psicológica y de las medidas de autocuidado.

Cuadro N° 8

Qué considera usted lo más relevante en su valoración del protocolo quirúrgico en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Tiempo de isquemia	2	6,70%
b) Peso del paciente	11	36,70%
c) Pinzamiento	5	16,70%
d) Todos	12	40,00%
e) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Que del 100 % del total, el 40% del personal conoce el protocolo de valoración del paciente quirúrgico de trasplante renal, el 6.7% solo toma en cuenta el tiempo de isquemia, el 36.7% considera de importancia la valoración del peso del paciente y el 16.7% el aspecto del riñón tras el pinzamiento.

ANÁLISIS: Respecto a la información de protocolo quirúrgico, el conocimiento del personal es incompleto en más del 50%, ya que mencionan solo un aspecto de los que se debe tener en cuenta, particularmente en relación a la valoración del tiempo de isquemia y el aspecto del riñón tras el pinzamiento que son considerados predictores importantes de la vitalidad del órgano trasplantado y de su aceptación por el organismo del receptor, solo el 40% del personal menciona los criterios de valoración de manera completa, lo que amerita que también este aspecto debe ser reforzado.

Cuadro N° 9

En el cuidado posoperatorio inmediato del patrón urinario, qué considera controlar en el paciente, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Características diuresis	16	53,30%
b) Obstrucción S/F	2	6,70%
c) Dolor inserción S/F	0	
d) Todos	12	40,00%
e) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 53.3% del personal considera de importancia las características de la orina del paciente sometido a trasplante renal; solo el 6.7% valora signos de obstrucción de la sonda; y un 40% responde todos.

ANÁLISIS: La valoración integral comprende la medición de la cantidad de orina, sus características, posibles obstrucciones al libre flujo de la misma por la sonda o la presencia de dolor durante la inserción o permanencia del catéter, cuidados que son mencionados solo por el 40% del personal, por lo que se ve la necesidad de reforzar los conocimientos de este aspecto respecto a la valoración de la función urinaria y factores relacionados con ésta en pacientes trasplantados.

Cuadro N° 10

Para mantener una perfusión óptima del injerto, cuáles son los parámetros hemodinámicos que se deben mantener en el receptor postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) PAS110 a 130 mmhg	4	13,30%
b) PAD de 70 a 90 mmhg	0	
c)TAM mayor a 80 a 100 mmhg	9	23,30%
d)PVC mayor 10 cmH2O	8	26,70%
e) FR 16 A 22 minuto	0	
f) Todos	11	36,70%
g) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El conocimiento sobre los parámetros hemodinámicos son mencionados de manera correcta por el 36.7% del personal de enfermería; el 13.3% solo menciona la importancia de mantener una presión arterial sistólica de 110 a 130 mm Hg; el 23.3% considera la importancia de mantener la presión arterial media mayor a 80 – 100 mm Hg; el 26.7% menciona la importancia de la medición de la presión venosa central mayor a 10 cm de H2O; el 60.3% no considera necesaria la valoración de la presión diastólica y la respiración del paciente trasplantado.

ANÁLISIS: Estos datos denotan un conocimiento insuficiente del personal respecto a los valores en los que se deben mantener indicadores vitales, aspectos que son conocidos solo por el 36.7%, por lo que se requiere una política de actualización o una guía de intervención que estandarice estos cuidados de importancia en la valoración y seguimiento de la evolución del paciente trasplantado.

Cuadro N° 11

Qué observa de la herida quirúrgica en los pacientes postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N°1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Presencia de sangrado en	2	6,70%
b) Presencia de drenajes	0	
c) Signos y síntomas infección	2	6,67%
d) Solo a y b	5	16,70%
e) Todos	21	70,00%
f) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 70% del personal de enfermería conoce los aspectos que deben ser valorados en la herida quirúrgica del paciente trasplantado, el resto solo hace mención a algún cuidado, como ser: presencia de sangrado o manifestaciones de infección que fue mencionado por el 6.7%, otro porcentaje de 16.7% toma en cuenta la presencia de sangrado y drenajes.

ANÁLISIS: Si bien la mayor proporción del personal tiene un conocimiento completo respecto a la valoración de la herida quirúrgica del paciente trasplantado, se observa que un 30% tiene un conocimiento insuficiente para realizar una valoración integral de la misma e implementar los cuidados adecuados de forma inmediata, lo que hace ver la necesidad de actualización sobre este aspecto del cuidado posquirúrgico.

Cuadro N° 12

Qué tipo de rechazo se presenta en el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Rechazo hiper	9	30%
b) Rechazo acelerado	2	6,70%
c) Rechazo agudo	17	56,70%
d) Muerte	2	6,70%
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Solo el 30% del personal identifica el tipo de rechazo que se da en el posoperatorio inmediato, como rechazo hiperagudo, que es correcto; el restante porcentaje dio respuestas incorrectas como ser: rechazo agudo 56.7%, rechazo acelerado 6,7% o muerte mencionado por el 6.7%.

ANÁLISIS: La denominación correcta del tipo de rechazo es importante ya que el reporte verbal o escrito del mismo, aunado a las manifestaciones que permiten identificarlo, son de vital importancia para las decisiones terapéuticas del equipo quirúrgico y, por ende, para el paciente, ya que de esto depende la conducta que se debe asumir en caso de presentarse un rechazo hiperagudo, que es el que ocurre en el proceso de recuperación posquirúrgica del paciente que tiene un manejo diferente al rechazo agudo o tardío.

Cuadro N° 13

Signos y síntomas de alarma que presenta el paciente postrasplante renal inmediato, Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Sangrado profuso de herida	2	6,70%
b) Dolor intenso en el sitio O/P	0	
c) Aumento de volumen Z/P	12	40%
e) Obstrucción de la sonda vesical	2	6,70%
f) Todos	14	46,70%
g) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 46.7% menciona de forma correcta los signos y síntomas de alarma que deben ser valorados en la etapa posquirúrgica del trasplante; el 40% considera de importancia solo la valoración de la oliguria o anuria en el paciente; el 6.7% tiene un conocimiento parcial, ya que hace referencia solo a alguno de ellos como ser: sangrado profuso en la herida, obstrucción de la sonda vesical.

ANÁLISIS: Todas las manifestaciones indicadas deben ser valoradas y monitorizadas de forma continua, ya que cada una puede guardar relación con algún tipo de complicación posquirúrgica como ser la mala hemostasia o

dehiscencia de puntos de sutura, que pueden desencadenar una hemorragia, el dolor y la tumefacción que pueden indicar un proceso inflamatorio inusual que puede estar asociado a la infección que también amerita la medición frecuente de la temperatura, la oliguria o la anuria permitirán detectar un proceso de rechazo hiperagudo o descartando previamente una posible obstrucción de la sonda, lo que amerita implementar cursos de actualización o formación continua para optimizar la atención adecuada a pacientes postrasplante.

Cuadro N° 14

Los cuidados del profesional de enfermería estarán encaminados a evitar posibles complicaciones en los pacientes postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Infecciones	20	66,70%
b) Complicaciones cardiovasculares	0	
c) Hemorragias	0	
d) Todos	10	33,30%
e) Ninguno	0	
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 66.7% del personal de enfermería considera importantes solo los cuidados orientados a prevenir la infección en el posoperatorio del paciente trasplantado, lo que indica un conocimiento incompleto ya que los cuidados deben estar orientados a detectar, comunicar y tratar precozmente cualquier tipo de complicación que pudiera presentarse además de las infecciones, como ser las complicaciones cardiocirculatorias, hemorragias, etc., lo que fue mencionado solo por el 33.3% del personal.

ANÁLISIS: Tomando en cuenta los diferentes cuidados o valoración que debe realizar el personal de enfermería en la atención de pacientes trasplantados, se evidencia una necesidad de mayor formación o actualización respecto a la detección de complicaciones que pueden resultar de vital importancia para la evolución favorable del paciente.

Cuadro N° 15

Usted, como profesional de enfermería, qué tipo de comunicación terapéutica mantiene con el paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero N° 1 La Paz 2018

Opción	Frecuencia	Porcentaje
a) Escucha activa	2	6,70%
b) Atención física	0	0%
c) La escucha repetitiva, reflexiva	7	23,30%
d) Todos	18	60,00%
e) Ninguna	3	10,00%
Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: Solo el 6.7% menciona las características de la comunicación terapéutica que se debe mantener con el paciente en la que debe primar la escucha activa, un porcentaje significativo hace mención a otros elementos que no necesariamente están inmersos en la comunicación terapéutica como ser la atención física, la escucha repetitiva y reflexiva que fueron mencionadas por el 60% del personal.

ANÁLISIS: Una comunicación terapéutica y empática entre el paciente y el personal de enfermería es de mucha importancia para poder contar con la confianza del paciente y que éste pueda sentirse seguro y poder comunicar todas sus dudas, temores o malestares. El pilar fundamental es la capacidad de escucha activa del personal, aspecto que es mencionado por un reducido porcentaje del personal que, debido a la presión del trabajo o las múltiples intervenciones relacionadas con el cuidado propiamente dicho, dejan de lado

la importancia que tiene la comunicación terapéutica para la implementación del proceso enfermero que permite realizar una valoración completa (con información subjetiva y objetiva) que permita identificar complicaciones reales o potenciales

Cuadro N° 16

Existe actualmente protocolo o Manual de Procedimientos de atención al paciente postrasplante renal inmediato Unidad de Terapia Intensiva Hospital Obrero La Paz 2018

Opción		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	a) Sí	16	53,33%
	b) No	8	26,67%
	c) No sé	3	10,00%
	d) No he visto	3	10,00%
	Total	30	100,00%

Fuente: Elaboración propia: L.M.U. 2018

INTERPRETACIÓN: El 53% respondió que sí existe protocolo y un 23% que no hay protocolo; un 10 % “no sé”; y un 6% “no ha visto”.

ANÁLISIS: El manejo de protocolo pone en duda la existencia y manejo de protocolo o no se utiliza porque se debe reformular o actualizar ya que los protocolos son de suma importancia para el manejo correcto en la atención de pacientes con trasplante renal.

ANEXO N° 6

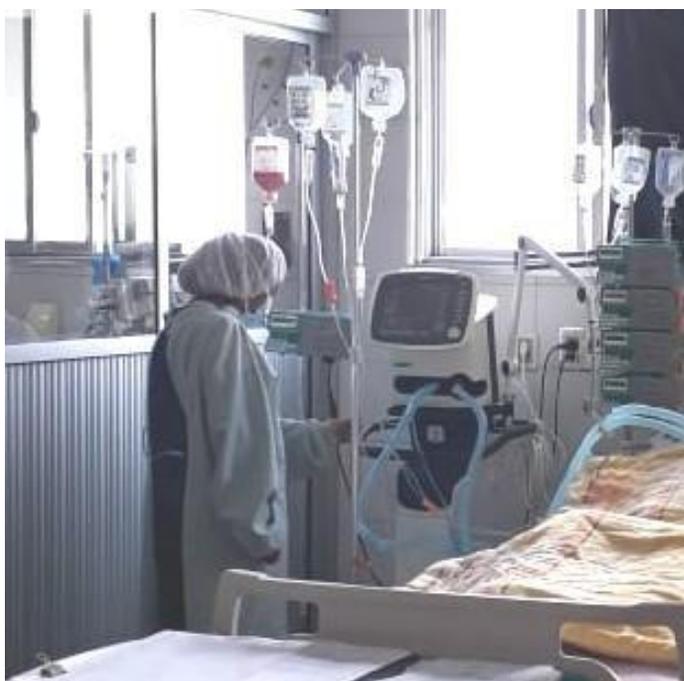
GUÍA DE INTERVENCIÓN

PARA PACIENTE

POSTRASPLANTE RENAL

INMEDIATO

GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTE POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL OBRERO N°1 CAJA NACIONAL DE SALUD 2019



AUTORA: LIC. MIRIAM LÓPEZ URUCHI

LA PAZ - BOLIVIA

2019

1. Introducción

Los cuidados de enfermería en el posoperatorio inmediato del paciente postrasplantado renal son fundamentales, favorecen a la supervivencia del injerto y detectan precozmente posibles complicaciones, aplicando una guía de intervenciones que facilita una información científica en la que podemos poner en práctica las intervenciones unificadas y de manera segura con el objetivo de una mejor calidad en la atención al paciente.

2. Justificación

La complejidad misma de los procesos terapéuticos en la medicina actual demanda de una sistematización y una actualización continua del conocimiento que tenga como base la mejor evidencia científica disponible, que ayude al desarrollo de las diversas disciplinas y a brindar servicios de mayor calidad y seguridad para los pacientes postrasplantados, como parte fundamental de la atención de la salud.

La enfermería se desenvuelve en dicha competencia estableciendo instrumentos de cambio y dándole sentido a los esfuerzos por profesionalizar la atención. Prueba de ello es este trabajo que representa una guía técnica útil para el personal de enfermería, ya que contiene parámetros necesarios para gestionar la calidad de atención desde la perspectiva de la práctica de la enfermería.

Sus fundamentos dan sustento a una práctica profundamente humanitaria que ha evolucionado con el avance científico y tecnológico de las ciencias de la salud, por ello requiere ampliar su esfuerzo de investigación para perfeccionar su práctica en el área de trasplante. Hoy en día la deshumanización de los profesionales que le confieren, ante todo, un valor material a su labor, la excesiva burocracia y la escasez de recursos humanos aunado a la falta de eficacia en algunos servicios afecta a los problemas del paciente y su familia.

3. Objetivo

Dar a conocer la Guía de Intervenciones para el cuidado del paciente postrasplantado renal a las profesionales de enfermería y lograr su aplicación en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N° 1 La Paz en la gestión 2019.

4. Definición

El trasplante renal es un procedimiento quirúrgico que consiste en el implante de un riñón de un donante (paciente sano sin enfermedad renal) a un paciente con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal avanzada-estadios 3 a 5 clasificación K/ DOQI) (Tabla 1)

Estadio	Filtrado Glomerular (ml/ min/ 1.73m2)	Descripción
1	>90	Daño renal con FG normal
2	60-69	Daño renal, ligero descenso de FG
3	30-59	Descenso moderado de FG
4	15-29	Descenso moderado de FG
5	<15 o diálisis	Predialisis / diálisis

5. Postrasplante renal inmediato. Definición

Tiempo comprendido desde la recuperación anestésica hasta 72 horas después. A diferencia de las demás cirugías, el posoperatorio del trasplante renal tiene una duración de 72 horas.

Punto de partida a tener en cuenta para el recuento cronológico de las complicaciones inmunológicas, urológicas, quirúrgicas y clínicas que pueden sobrevenir en el injerto; comienza a medirse desde el desclampage arterial y se extiende hasta las 08:00 horas del siguiente día.

Es necesario tener en cuenta que en esta etapa del postrasplante el injerto se encuentra en un estado caracterizado por una resistencia vascular intrarrenal incrementada por un edema intersticial debido al síndrome de isquemia, reperfusión frecuente en estos casos. Éste es más intenso en la medida en que la isquemia fría a que está sometido el injerto es más

prolongada. Otros factores que pueden contribuir al estado anterior serían mediados por el uso de fármacos tales como: ciclosporina, tacrolimus y otros. Por ello, es primordial el mantener en esta etapa un control estricto del balance hidromineral con el fin de evitar episodios de hipovolemia real que puedan crear un estado de hipoperfusión del órgano, con la consiguiente producción de una necrosis tubular aguda.

6. Preparación de la Unidad de Terapia Intensiva 24 horas antes

Mientras el paciente se encuentre en el transoperatorio, el profesional de enfermería se encargará de preparar en la Unidad de Terapia Intensiva:

- Coordina que se realice la limpieza general del mobiliario, el piso, las paredes y los equipos 24 horas antes.
- Aplicar luego la solución desinfectante en todos los aparatos y mobiliarios a usarse (hipoclorito de sodio al 1 %).
- Toma de hisopeado del inmueble.
- Proveer ropa estéril de cama y del paciente.
- Preparar la unidad del paciente, que deberá reunir las condiciones de un área de cuidados intensivos.

6.1. 6.1. Equipos

- Monitor de control electrocardiográfico y transductor de presión.
- Comprobar funcionamiento.
- Manta eléctrica.
- Equipo de aspiración y oxígeno.
- Bomba de infusión.
- Ventilador manométrico y volumétrico.
- Electrocardiógrafo

La enfermera también revisará el estado y funcionamiento del mobiliario clínico, camas, mesas, portasueros y otros, así como las condiciones ambientales, temperatura e iluminación.

Ilustración N° 1 Equipos Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Elaboración propia LMU 2018

6.2. Materiales

- Barbijo, gorra, botas descartables, apósitos, torundas, tijeras.
- Set de jeringuillas: 20 ml, 10 ml, 5 ml y 1 ml; agujas N° 18, 19, 20 y 21.
- Equipos de suero.
- Apósitos estériles.
- Equipos de bombas de infusión.
- Sondas de diferentes tipos y calibres: vesical Foley y Nélaton, rectales y de aspiración.
- Guantes desechables y quirúrgicos de diferentes tallas.

6.3. Medicamentos

- Carro de paro habilitado con equipo de reanimación.
- Diferentes tipos de soluciones como: Dextrosa al 50%, Solución Salina Fisiológica al 0.9%, soluciones hipertónicas como dextrosa al 30% y el resto de los medicamentos se encuentra en el carro de paro.
- Los antibióticos de elección se solicitarán según criterio médico.

Los medicamentos inmunosupresores están en dependencia del protocolo a utilizar en el enfermo, por lo que la enfermera deberá ubicarlos a su alcance. Una vez organizada el área, ya se encontrará listo para recepcionar al paciente trasplantado.

La enfermera deberá tener en cuenta los aspectos siguientes:

- Cama de anestesia.
- Mantener encendida (unos minutos antes de la recepción) la manta eléctrica, con el fin de que el ambiente esté tibio y agradable para el paciente, que casi siempre llega con frío.
- Al recepcionar al paciente, la enfermera y el resto del equipo de salud procederán al lavado de las manos y se pondrán el vestuario establecido.
- Trasladar al paciente de la camilla a la cama: este proceder se hará con todos los mecanismos establecidos; se le brindará seguridad al enfermo y se limitarán sus movimientos, para evitar complicaciones.

El período inmediato es crítico, el paciente debe ser vigilado atenta y constantemente hasta que los principales efectos de la anestesia hayan desaparecido y el estado general esté estabilizado.

- Conocer los hallazgos transoperatorios y el reporte anestésico. Ejemplo: tiempo de isquemia, pinzamiento de la arteria renal y venosa.
- El paciente debe estar aislado (en la medida de lo posible) en atmósfera estéril de 5 a 10 días por el alto riesgo de infección debido al tratamiento inmunosupresor (de barrera inversa).
- Ubicar a la cama 15 a 30 grados para reposo absoluto por las 24 horas.
- Durante este período debe respetarse la asepsia y antisepsia estrictamente.
- Nada por vía oral (NPO).
- Revisar permeabilidad de las vías invasivas (Catéter venoso central).
- Estado respiratorio (vigilar permeabilidad de las vías aéreas, se pueden obstruir por la lengua o por acúmulo de secreciones, se puede producir hipoventilación).
- Estado neurológico. Nivel de consciencia (Escala de RASS).
- Examinar estado circulatorio monitorización (TA, Fc, PVC, Ta, FR, color de las mucosas). Las constantes deben tomarse cada 15 minutos.
- Bienestar. Evitar el dolor mediante analgesia (catéter peridural).
- Control de náuseas y vómitos.
- Revisar condiciones y características de apósito de herida posoperatoria, vigilar si hay sangrado de la herida quirúrgica o hematuria a través de la sonda vesical.
- Control de la diuresis horaria y características, reposición según esquema e indicación médica.
- Seguir órdenes médicas de reposición de la misma.
- Drenajes (contenido y cantidad).
- Administración estrictamente antibioticoterapia fármacos inmunosupresores, mediante los 10 correctos.

- Distribuir adecuadamente los horarios de administración de los inmunosupresores con criterio farmacológico y profesional.
- Efectuar higiene y protección del meato urinario con crema antimicrobiana (gentamicina) de acuerdo a indicación médica.
- Realizar colutorios por turno con nistatina de acuerdo a indicación médica.
- Apoyo psicológico.
- Efectuar solicitud de laboratorios y otros estudios según criterio médico.
- Anotar en la hoja de enfermería todo el equipo que el paciente lleva.

Es importante tener en cuenta que la frecuencia de los controles va a variar según sea la evolución del paciente. Así, en las 2-3 primeras horas se realiza cada 10-15'. Posteriormente, cada hora, a partir de las 48-72 horas cada 6-8 horas.

7. Reposición de líquidos

Es esencial mantener una buena hidratación en todo momento para asegurar la perfusión del injerto y evitar la posibilidad de necrosis tubular aguda (NTA) y promover la diuresis temprana. Los cristaloides son los más utilizados como líquido de reposición y entre éstos está la solución salina al 0,9% que tiene menos electrolito de cloruro de potasio y minimiza el riesgo de arritmias inducida por electrolitos, también es usual que se utilice glucosalino o glucosa al 10% en diabéticos para evitar hipoglicemia y la reposición se realiza de acuerdo a la diuresis, siendo esta reposición horaria, las primeras 24 horas se recomienda el uso de solución mixta: dos litros al día como solución de base de la siguiente manera:

Si el Gasto fue menor 100cm³	Reposición 100% por hora
Si el Gasto fue menor 100-200cm ³	Reposición 75% por hora
Si el Gasto fue menor 200cm ³	Reposición 50% por hora

Las reposiciones horarias se continúan hasta el día tres posterior al trasplante, siempre y cuando exista función adecuada del injerto. El balance hídrico debe mantenerse neutro o ligeramente positivo, el potasio se agrega según requerimiento del mismo puesto que puede existir hipocalcemia cuando hay poliuria importante, de acuerdo con la evolución las soluciones parenterales van disminuyéndose hasta suspender a las 72 horas y continuar con ingesta hídrica oral de 2 a 3 litros al día.

8. Parámetros hemodinámicos

El monitoreo del estado hemodinámico posterior al trasplante es vital porque las alteraciones pueden representar amenazas para el paciente o el injerto. Es probable que la sobrecarga de volumen ocasione edema agudo pulmonar y la hipovolemia puede llevar a trombosis del injerto y predisponer a un evento cardiaco o a un evento vascular cerebral. Los parámetros que deben mantenerse en el receptor durante en trasoperatorio son:

PAS SISTÓLICO 110 A 130 MMHG
PAS diastólico 70 a 90 mmHg
TAM 80 a 100 mmHg
PVC > 10 mmHg
Presión de la arteria pulmonar > 20 mmHg
FR 16 a 22 min
FC 80min

Como ya se ha mencionado, la finalidad es asegurar una perfusión óptima del injerto y la recuperación rápida de la función renal. Una de las principales formas para monitorear la administración de líquidos es la PVC.

Hipertensión arterial sistémica: factores tales como aumento del volumen intravascular, dolor posoperatorio, suspensión preoperatoria de fármacos antihipertensivos, uso de inmunosupresores (esteroides, inhibidores de calcineurina) y con menor frecuencia, estenosis de la arteria renal. Respecto a esta última, es un diagnóstico diferencial a considerar en casos de hipertensión severa postrasplante, ya que puede presentarse por compresión extrínseca secundaria a una colección peri injerto. La hipertensión contribuye a la morbimortalidad del paciente trasplantado y tiene efectos nocivos en el injerto renal, puesto que la denervación conlleva a una inapropiada autorregulación hemodinámica del injerto. A diferencia de los riñones nativos, el tejido renal del donador carece de la habilidad de autorregular el flujo sanguíneo renal. Esto da como resultado que un aumento de la presión sistémica se traslade directamente al endotelio del injerto. La activación biomecánica del endotelio expuesto a altas fuerzas resulta en un aumento de la adhesión leucocitaria y la expresión de aloantígenos. Por otro lado, bajas presiones de perfusión pueden ocasionar isquemia y retrasar la función del injerto. El control temprano de la presión arterial tiene el potencial de influir en el desarrollo de la función retardada del injerto e inclusive del rechazo, un aumento de la presión sistólica posoperatoria estuvo asociada a un aumento del riesgo de rechazo agudo (HR de 1.008 por cada mmHg), independientemente de otras covariables y que la PA diastólica estuvo inversamente asociada al riesgo de función retardada del injerto (OR de 0.956 por mmHg). Si la PA es superior a 160/90 mmHg, primeramente, deberá suspenderse todo fármaco vasoactivo, incluso en presencia de oligoanuria. En el escenario de sobrecarga hídrica deberá disminuirse el aporte de soluciones intravenosas y valorar el inicio de

diurético. En la actualidad, el tratamiento antihipertensivo de elección es el amlodipino 5 mg cada 12 horas o 10 mg cada 24 horas (sin exceder 10 mg al día). De persistir el descontrol, pueden utilizarse bloqueadores beta o bloqueadores alfa. Se intentará evitar los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los antagonistas del receptor de angiotensina 2 (ARA2) por el riesgo de disfunción renal y los bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridínicos por la interacción con los inhibidores de calcineurina. En caso de crisis hipertensiva es posible llegar a requerir el uso de fármacos intravenosos para evitar daño a órgano blanco, aunque es raro. Por otro lado, deberá de evitarse el tratamiento agresivo de la hipertensión durante los primeros días postrasplante. Una meta de PAS entre 140-160 mmHg y PAD 90-100 mmHg es adecuada para alcanzar una perfusión adecuada del injerto.

9. Gasto urinario

La vigilancia del gasto urinario durante el posoperatorio inmediato es de vital importancia porque en las primeras horas postrasplante, el paciente puede presentar desde anuria hasta poliuria superior a los 500 ml/hora. El 90% de los pacientes de donante vivo tienen una función inmediata del injerto. El inicio inmediato de producción de orina es predictor de buen pronóstico para el injerto y el paciente. Cuando el inicio de la diuresis se retrasa por más de 12 horas. Durante la cirugía de trasplante con frecuencia se utilizan diuréticos, especialmente los de asa y un diurético osmótico como el manitol. El beneficio de los diuréticos de asa es que protegen al riñón al contrarrestar la respuesta elevada a la hormona antidiurética desencadenada por el estrés quirúrgico y, por tanto, facilitan la diuresis, adicionalmente disminuyen el consumo tubular de oxígeno al bloquear el transporte activo, lo cual confiere al riñón mayor resistencia a la isquemia. De los diuréticos de asa, el más utilizado es la furosemida a dosis de 1 mg/kg. El manitol protege contra la

isquemia cortical renal por diferentes mecanismos: aumento del volumen intravascular; reducción de la reabsorción de agua en el túbulo proximal, lo que disminuye la posibilidad de obstrucción tubular; elimina radicales libres y aumenta la producción de prostaglandinas infrarrenales. Su uso a dosis de 12.5 gramos, 10 minutos antes de que el injerto sea repercutido, ha mostrado mejoría en la fase temprana postrasplante con menor incidencia de necrosis tubular aguda y necesidad de diálisis. Sin embargo, el uso de manitol también tiene riesgos: la rápida expansión de volumen puede llevar a falla cardíaca y edema pulmonar. Dosis de manitol mayores de 200 gramos al día o más de 400 gramos en 48 horas producen lesión renal por un mecanismo de toxicidad mediada por vasoconstricción renal, aunque el uso transoperatorio de diuréticos como prevención de la necrosis tubular aguda (NTA) es más bien anecdótico y la evidencia es escasa.

Por lo tanto, cada paciente necesita un régimen intra y posoperatorio individualizado del uso de diuréticos según el estado de volumen, el gasto urinario debe ser medido cada una o dos horas las primeras 24 horas y diariamente hasta que la función del injerto presente adecuada funcionalidad de acuerdo a las guías k/DIGO.

10. Analgésicos

Una analgesia insuficiente se asocia a la presencia de oliguria, retención urinaria e incremento en el tono del esfínter urinario. Por otro lado, el incremento de la frecuencia cardíaca asociada al dolor móxico, el gasto cardíaco, favorece la presencia de isquemia renal y cardíaca. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) reducen significativamente la excreción urinaria de sodio, potasio y la depuración de creatinina en 21-28% el primer día de su administración. Asimismo, los AINES presentan un efecto procoagulante, el cual pudiera incidir en la frecuencia de trombosis vascular

renal; por este motivo no se recomiendan en este grupo de pacientes. Por el riesgo de isquemia renal, los AINES tampoco se consideran como primera elección porque provocan una inhibición en la producción de prostaglandinas vasodilatadoras (prostaglandinas E2 e I2), llevando a una disminución en el flujo sanguíneo renal y por tanto a la tasa de filtración glomerular. Estos cambios son significativos en pacientes susceptibles a daño renal, incluso en los pacientes postrasplantados.

A pesar de que el paracetamol presenta una reducción en la excreción urinaria de sodio y agua de forma similar a los AINES y COXIB, carece de inhibición plaquetaria y de irritación gastrointestinal, por lo que es un analgésico adecuado para este grupo de pacientes.

11. Prevención de las infecciones

Prevención de infecciones en cuanto a: sondaje vesical, vías venosas, cura de heridas, control de vías invasivas, fisioterapia respiratoria.

- **Sondas y drenajes:** Se mide el gasto por el drenaje del lecho quirúrgico en un inicio cada hora y posteriormente por turno. El débito desproporcionado por el drenaje perirrenal de un líquido seroso obligará a descartar una fístula urinaria o un linfocele mediante la medición de creatinina urinaria y por el gasto del drenaje, comparando ésta con la creatinina sérica. El débito hemático obligará a descartar una hemorragia. Fijamos sonda, Vigilamos permeabilidad. Manipulamos lo mínimo imprescindible y con medidas asépticas. Realizamos higiene exhaustiva del meato urinario. Los cultivos se realizan según protocolo y ante la presencia de signos o síntomas de infección. Se retira entre el 4º a 6º día postrasplante y el drenaje al día siguiente, siempre y cuando el gasto sea menor de 100 cm³. Se

tomará urocultivo posterior al retiro de la sonda. El catéter JJ debe ser retirado lo antes posible para disminuir el riesgo de infecciones urinarias, idealmente entre la segunda y cuarta semana.

- **Vías venosas centrales:** Fijamos la vía. Protegemos la inserción y conexiones con Tegaderm con clorhexidina. Ponemos fecha. Inspeccionamos si presenta dolor o tomamos cultivo ante signos o síntomas de infección y siempre que se retira la vía. Desinfectamos el sistema antes de administrar cualquier solución. Si es preciso desconectar el sistema, utilizamos las medidas asépticas establecidas. Retirada precoz (en 48 horas).
- **Herida quirúrgica:** Si el apósito está limpio no se cambia hasta el 3º o 4º día (salvo que tenga que realizar alguna prueba diagnóstica). De no ser así, se cambia según las necesidades, manteniéndolo siempre seco. Ante la presencia de dolor o distermia se inspecciona la herida exhaustivamente y, si es preciso, se toma muestra para cultivo. En el apósito de la herida ponemos siempre la fecha de la curación y en los registros de enfermería, su evolución. Evitar las movilizaciones bruscas que puedan comprometer las suturas y las sondas de drenajes.
- **Fisioterapia respiratoria:** Tiene como objeto reducir el riesgo de infecciones respiratorias. En las primeras horas se le enseña a toser y respirar de forma eficaz, sujetándole la herida. Posteriormente se le proporciona un espirómetro y se le estimula para que realice los ejercicios cada 1 a 2 horas, progresivamente y sin fatigarse, por lo que se iniciarán los ejercicios; de ser posible, se le orientará al paciente a insuflar globos: hacer inspiraciones y expiraciones profundas. Inflado de globos iniciar el primer día del posoperatorio, debe inflar un globo

hasta 5 o más veces con previa desinfección luego desechar o colocar en la pared.

- **El ingreso de los equipos de rayos x de ecografía.** Estos equipos deben ser estrictamente desinfectados con hipoclorito de sodio para minimizar la posibilidad de contaminación y reducir infecciones nosocomiales
- **Los técnicos de laboratorio** deben ingresar en casos extremos con la misma aplicación de medidas de bioseguridad y las muestras de sangre serán recolectadas por el profesional de enfermería.
- **Transporte del paciente a ecografía, rayos X o hemodiálisis,** debe ir en silla de ruedas o camilla bien desinfectada con hipoclorito de sodio. El paciente debe ir con barbijo y gorra bien abrigado en compañía de la profesional de enfermería. En el ascensor debe ir solo el paciente no con otros pacientes esto para disminuir las infecciones nosocomiales.

12. Dieta en el posoperatorio

Como norma general comenzamos con dieta líquida a las 12 a 24 horas, valorando tolerancia. Progresivamente se le va aumentando la dieta hasta que al 3º y 4º día se le pasa a dieta blanda blanca con las restricciones que su situación clínica indique.

DÍA	TIPO
0	Ayuno
1	Líquidos claros
2	Líquida
3	Blanda blanca
	Al menos 2 litros de agua

13. Deambulación

Con el objeto de prevenir los problemas circulatorios y facilitar la ventilación procuramos una movilización precoz. En 48 horas animamos al paciente a hacer ejercicios con las extremidades inferiores y realizamos cambios posturales. Salvo contraindicación se levanta a las 24-48 horas y empieza a caminar progresivamente según lo tolere. La higiene y la comodidad son muy importantes en este período, pues hay que tener en cuenta que pasan alrededor de 48h en cama, con poca movilización.

- La movilización deberá comenzarse una vez que el cirujano o el equipo de atención considere el momento preciso y cuando no se presenten problemas.
- Evitar las movilizaciones bruscas que puedan comprometer las suturas y las sondas de drenajes.
- Realizar diariamente los análisis de sangre, que incluyen creatinina, hemograma, urea, TGO, TGP y otros, para lo cual la enfermera coordinará su ejecución y control, así como la realización, en el

laboratorio de urgencia, y avisará al médico ante las alteraciones, por su importancia, de:

- ✓ Leucocitos: para ajustar la dosis de los inmunosupresora y para evitar la leucopenia.
 - ✓ Glicemia: Para valorar la necesidad de insulina.
 - ✓ Cifras de potasio: evitar hipo o hiperpotasemia.
 - ✓ Cifras de sodio: evitar hipo o hipernatremia.
 - ✓ Equilibrio ácido – base (EAB): evitar y corregir desequilibrios.
-
- Recoger la orina de las primeras 24h
 - Hemograma, ultrasonido y rayos X, entre otros, según indicación médica.

Si fuera necesario realizar hemodiálisis, se mantendrán todas las normas, pues estamos frente a un paciente con una insuficiencia renal aguda del riñón trasplantado. Se debe evitar la hipotensión arterial puesto que condiciona la instauración de necrosis tubular aguda por hipoperfusión del riñón. Se deben administrar los inmunosupresores poshemodiálisis.

Conservar durante todo este período la fístula arteriovenosa (en caso de ser necesaria su utilización) para evitar hipotensiones o pérdidas sanguíneas importantes que la afecten.

Vigilancia intensiva en la aparición de signos de rechazo en las primeras horas o posterior a las 72h; deberá observar la caída de la diuresis, el deterioro de la función renal, la aparición de edemas e hipertensión; también puede aparecer fiebre y dolor en la zona del injerto.

En estas primeras horas, o días, es frecuente que el paciente presente: signos y síntomas de alarma PVC baja, hipotensión, dolor brusco e intenso

sangrado del sitio de la incisión, respuesta inadecuada de diuresis, fiebre, obstrucción de las vías sonda vesical, catéter de nefrectomía, drenaje. En caso de presentarse cualquier alteración, actuaremos lo más rápidamente posible, informar a su médico tratante y registrar en la historia clínica

14. Control de peso diario

Constituye una herramienta de gran importancia para evaluar el estado de hidratación y sobrecarga de volumen, también nos ayuda a buscar un estado de norma hidratación, mediante la obtención de peso seco. Y debe realizarse en ayunas a horas 06 am desde el primer día del posoperatorio, hasta el alta médica, para ello la balanza debe ser adecuadamente desinfectada con hipoclorito de sodio antes de cada procedimiento.

15. Medición de la circunferencia abdominal

Es importante realizar la medición de la circunferencia abdominal, ya que a través de ésta se puede conocer los riesgos de hipervolemia. La medición debe realizarse en ayunas todos los días y el paciente debe estar en posición decúbito dorsal o de pie. Los pies deben estar juntos con las manos a los lados y el abdomen relajado, colocar cinta métrica por encima de la sínfisis púbica y por debajo del ombligo, sin presionar, indicar al paciente que realice inspiración profunda y al momento de espiración tomar la medida, también tomar la medida de la circunferencia de los muslos de las extremidades inferiores y comparar los resultados obtenidos, ya que en algunos pacientes tienden a aumentar el volumen del lado del injerto.

16. Educación postrasplante

La educación se ajusta según sea la evolución del paciente y su nivel cultural. El método que usamos es la enseñanza individualizada. Prestamos en todo momento apoyo psicológico. Si detectamos que nuestra ayuda no es suficiente, se lo comunicamos al resto del equipo por si requiere apoyo psicológico especializado. Si la evolución es buena, a las 48-72 horas de la intervención, se inicia el programa educativo: Se les explica todo el tratamiento haciendo hincapié en los inmunosupresores y sus efectos secundarios.

Antes del alta, se le explica al paciente la necesidad del autocontrol en su domicilio, vigilando los siguientes síntomas: fiebre, vómitos, diarrea, dolor en la zona del injerto, edemas, disminución de la diuresis, fatiga, hipertensión arterial, etc. En caso de presentársele algunos de estos síntomas, insistimos en la conveniencia de ponerse en contacto con el Servicio de Nefrología habitual o la Unidad de TR.

Los pacientes que en el postrasplante se hacen diabéticos insulino dependientes, son objeto de un programa educativo especial que incluye: Posibilidad de que el proceso sea autolimitado; Concepto de diabetes secundaria; Complicaciones agudas (Hipo-Hiper glucemia); Autocontrol; Técnica de administración de insulina: Qué es la insulina, conservación, importancia de la autoadministración, zona de inyección (zona de preferencia), ángulo de incidencia, rotación, etc.

Ilustración N° 2: Capacitación y aplicación de la Guía



Fuente: Elaboración propia LUM2018

Ilustración N° 3: Facilitadora de la capacitación



Fuente: Elaboración propia LUM2018

DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN

ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	DIMENSIONES	RECURSO FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
Inicio de la sesión académica en la Unidad de Terapia Intensiva en horas de descanso.	El profesional de enfermería será capaz de poner en práctica, mediante el conocimiento, las competencias de enfermería en el paciente postrasplante renal inmediato.	Competencias. Monitorización. Hemodinámica. Monitorización del injerto renal. Monitorización del tratamiento de inmunosupresión. Control y manejo de líquidos. Manejo de bioseguridad.	Enfermeras profesionales de la Unidad de Terapia Intensiva.	Guía de Intervenciones.	La investigadora.

17. Bibliografía

1. JCSGMJGBGPIM ENRL. *Manejo perioperatorio en el receptor de trasplante renal. Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional "La Raza IMSS. Revista Mexicana de Trasplantes. 2016 Enero; V(1): p. 27-33.*
2. MROFLR APCA. *Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Angeles Pedregal.* [Online].; 2011 [cited 2011 Septiembre. Available from: <https://scholar.google.com>.
3. CR. L. *Cuidados en el proceso de trasplante renal.* [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre 2. Available from: <http://scholar.google.com>.
4. JTSEEDJGM JTS. *Sobrevida del injerto en pacientes con trasplante renal.* 2011 Noviembre; 34(2).
5. PÉREZ, Alejandro. Ley IMSDADH. *Atención de enfermería a los pacientes con trasplante renal en el posoperatorio inmediato.* Revista Cubana de Enfermería. 1995 mayo; 11(2).
6. IAHG OM. *Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica.* [Online]; 2014 [cited 2014].
7. ANDUJAR J, *Cuidados de enfermería en el posoperatorio del trasplante renal* En: Llach Andreu L. Force E; *La Enfermera y el trasplante de organo* Madrid: Ed Medica Panamericana; 2004.
- 8 . ESCOBAR GARCÍA, MJ. *Elaboración de una guía para el trasplante renal.* Enfermeria Nefrologica Vol 9n2; 2006