



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD

Problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Adriana Esteffanía Sotomayor Briones (ORCID: 0000-0002-6151-3331)

ASESOR:

Dr. Vladimir Gutierrez Huancayo (ORCID: 0000-0002-2986-7711)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los servicios de salud

PIURA-PERÚ

2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y a mi hijo Santiago por ser quienes se motivan a seguir adelante cuando he querido decaer, me han ayudado a seguir escalando hasta cumplir mis metas.

Autora: Adriana Esteffanía Sotomayor
Briones

AGRADECIMIENTO

Como primer escalón agradezco a Dios, a ciertas directivas de la Universidad por el apoyo incondicional para poder continuar mi postgrado pese a las dificultades que como extranjera y médico estaba teniendo, a mi esposo porque fue con quién compartí cada momento de agobio durante este proceso.

Autora: Adriana Esteffanía Sotomayor
Briones

PÁGINA DEL JURADO

 UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a) **SOTOMAYOR BRIONES ADRIANA ESTEFFANIA**, cuyo título es: "**Problemática en la Valoración Pre Trasplante en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de Noviembre del 2016 a Noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo**", Reunido en fecha 10 de Julio de 2019, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: *Aprobada por mayoría*

Piura, 10 de Julio de 2019


.....

Dr. Briones Mendoza Mario Napoleón

PRESIDENTE


.....

Dra. Vargas Farías Ana Melva

SECRETARIO


.....

Dr. Córdova Pintado Manuel Jesús

VOCAL



DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **Adriana Esteffania Sotomayor Briones**, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, con CI: 0927234070, con la tesis titulada **“Problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el hospital Teodoro Maldonado Carbo”**.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto, la tesis no ha sido plagada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a sus autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros) asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Piura, 31 de diciembre de 2017


Br. Adriana Sotomayor Briones
DNI-N° 0927234070

ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODO.....	16
2.1 Tipo y diseño de investigación	16
2.2 Operacionalización de las variables.....	16
2.2.1 Variables.....	16
2.2.2 Operacionalización de variables	17
2.3 Población, muestra y muestreo.....	17
2.3.1 Población.....	17
2.3.2 Muestra:.....	17
2.3.3 Técnica de muestreo.....	17
2.4 Criterios de selección.....	18
Criterio de inclusión	18
Criterios de exclusión.....	18
2.5 Técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	18
2.5.1 Técnica:	18
2.5.2 Validez y confiabilidad.....	18
2.6 Procedimiento.....	19
2.7 Métodos de análisis de datos	19
2.8 Aspectos éticos	19
III RESULTADOS.....	21
TABLA N° 1	21
TABLA N° 2	22
TABLA N° 3	23
TABLA N° 4	24
IV. DISCUSIÓN	25
V. CONCLUSIONES	26
VI. RECOMENDACIONES	27

REFERENCIAS	28
ANEXOS.....	32

RESUMEN

La presente investigación denominada: Problemática en la Valoración Pre Trasplante en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de Noviembre del 2016 a Noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo; el estudio fue de tipo no experimental, de un paradigma positivista, la finalidad de la investigación fue básico. De carácter descriptivo simple pues se estudió y describió el fenómeno tal como se encontró en la realidad, el universo muestral estuvo constituido por los 164 pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que acudieron al Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde noviembre del 2016 a Noviembre del 2017. Los resultados describen que el 84.15% de los pacientes son considerados no aptos para el trasplante renal y solo el 15.85% es declarado aptos, según la valoración clínica. Dentro del grupo de los declarados no aptos para el trasplante renal el 64.49% se encuentra aún en estudio, el 10.87% presenta diversas patologías, el 17.39% ha presentado varias cirugías y solo el 7.25% no ha asistido a sus evaluaciones posteriores. Además el 94% de los pacientes forman parte del programa de hemodiálisis y solo el 6% se realiza diálisis peritoneal y en relación al tiempo que desarrollan en el programa el 72.56% ya lleva 1 a 4 años, el 11.59% menos de 01 años, el 10.37% entre 5 a 8 años, el 4.27% entre 9 y 13 años; finalmente el 1.22% Lleva entre 14 y 18 años.

Palabras claves: Valoración, Riñón, Trasplante, Diálisis, Enfermedad

ABSTRACT

The present so-called investigation: problems in the Pre Transplant assessment in patients with failure Renal chronic Terminal of November 2016 2017 Hospital Teodoro Maldonado Carbo in November. the study was non-experimental type, a positivist paradigm, the purpose of the research was basic. Descriptive, simple because I study and described the phenomenon as found in reality. the sample universe was made up of 164 patients with diagnosis of Chronic Renal Failure who attend Hospital Teodoro Maldonado Carbo since November 2016 2017 November. Describe the results that the 84.15% of patients are considered unsuitable for renal transplantation and only the 15.85% is declared the Act, according to the its clinical assessment. Within the Group of the declared unfit for the kidney transplant the 64.49% is still in study the 10.87% presents various pathologies, the 17.39% has had several surgeries and just the 7.25% has not attended its subsequent evaluations. In addition 94% of patients are part of the hemodialysis program and only 6% is relationship and peritoneal dialysis at the time that developed in the program the 72.56% already has 1 to 4 years, the 11.59% less than 01 years, the 10.37% between 5 to 8 years , the 4.27% between 9 and 13 years; Finally the 1.22% takes between 14 and 18 years.

Keywords: Evaluation, Kidney, Transplant, Dialysis, Disease,

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial específicamente en el país de España esta cirugía de trasplante renal se implementó el año 1965, lográndose en el año 2001 realizar más de 27.000 trasplantes. Durante el año 2015 se han realizado aproximadamente 2.905 trasplantes renales de los que 54 eran trasplantes infantiles (2,2), esto es un incremento del 8,5% respecto a 2014. En el año 2016 se calculó más de 32.000 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de los cuales un 40% tiene un trasplante renal funcional¹

Cada año se diagnostican en España entre 4.600 y 4.800 nuevos casos de IRC terminal, lo que supone una tasa de incidencia cercana a 120 pacientes nuevos por millón de población, muy similar a la que presentan otros países de nuestro entorno. La mitad de estos pacientes tiene menos de 65 años y aproximadamente entre el 40 y el 45% de los pacientes nuevos tendrían indicación de trasplante como modalidad terapéutica¹.

La tasa de trasplante renal de cadáver por millón de población se sitúa en 54 que los coloca como el país con la mayor tasa en este tipo de trasplantes. En la actualidad se dispone en España de 46 centros de trasplante renal autorizados, 39 de adultos y 7 de trasplante infantil. La distribución de la actividad trasplantadora de cada centro y por Comunidades Autónomas¹.

Según Juan Moscoso² quien es Gerente general de Centro de Diálisis en Ecuador afirma que aproximadamente existen 10.000 personas que padecen insuficiencia renal que requieran diálisis. Según el último reporte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) hasta el 2014 en el país se contabilizaban 6.611 personas con insuficiencia renal crónica. No obstante Moscoso explicó que las estadísticas han crecido “no porque aumentó la prevalencia de la enfermedad sino porque hay más acceso a la salud” y por ende ha mejorado el diagnóstico temprano.

En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo², según estadística revelan que en los últimos 3 meses ha aumentado el número de pacientes que desean entrar a la lista de espera para un riñón, cada día llegan al área de trasplante renal entre 2 a 3 nuevos pacientes para iniciar su estudio pre trasplante, con la ilusión de poder mejorar su estilo de vida, se ha podido

detectar en muchos de los casos en los pacientes no aptos para trasplante, la falla en ciertas Unidades de Hemodiálisis y el tiempo prolongado de tratamiento dialítico, de tal manera que los pacientes suelen llegar descompensados y con criterios clínicos irreversibles que contraindican el trasplante, por la cual el paciente es informado de aquello; en los casos que son reversibles, se maneja al paciente hasta que puedan ser aptos, por lo que esto retrasa el proceso para ingresar a la lista de espera.

Con este estudio podremos saber cuáles son las causas más frecuentes de contraindicación para trasplante en los pacientes que llegan al Hospital, una vez determinadas las causas, trabajar en conjunto con Unidad de Hemodiálisis evitando complicaciones y con Servicio de Nefrología para que sugieran al paciente empezar su estudio antes de iniciar con algún programa dialítico, de tal manera que sean excluidas menor cantidad de pacientes a la lista de espera.

A nivel internacional encontramos a Torrijos que realizó una investigación en el año 2015 denominada Prevalencia y Características Clínicas de la Insuficiencia Renal Crónica en el ámbito Hospitalario perteneciente la Universidad de las Islas Baleares, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la IRC en pacientes hospitalizados mediante las ecuaciones MDRD-IDMS y CKD-EPI y correlacionar los valores obtenidos por ambas fórmulas, recogió 1400 casos para su estudio mediante la recopilación en una base de datos informatizada, el estudio fue descriptivo, prospectivo, describe en su investigación que la prevalencia de insuficiencia renal en el ámbito hospitalario fue del 15.6 % y del 15.3% y que el principal factor de riesgo es la edad en la aparición del IRC (sobre todo en pacientes > 65 años) (Torrijo, 2015).

García en el año 2013 realizó una investigación cuyo nombre fue evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada de la Universidad autónoma de Madrid, que tuvo tres objetivos generales presentar una revisión bibliográfica sistemática en la que se identifiquen, incluyan, analicen y discutan aquellas publicaciones de los últimos diez años que relacionan en variables psicológicas como ansiedad, depresión y estrés con adhesión a tratamientos y CVRS en pacientes en diálisis, el segundo fue describir el estado emocional (ansiedad, depresión y estrés percibido), la adhesión a los tratamientos y la CVRS de los pacientes en programa de HD y DP del servicio de nefrología del Hospital Universitario La Paz. El tercero fue estimación de la eficacia de un programa psicoeducativo breve sobre el estado emocional (ansiedad y depresión), la adhesión a los tratamientos y la CVRS de los pacientes en la Unidad de ERCA (pre-diálisis) del Hospital Universitario La Paz. La muestra final fue de 38 casos incluidos abarcando un total de 6997 usuarios, el instrumento utilizado un cuestionario, fue un estudio correlacional, describió en su estudio que la adhesión a los tratamientos para la insuficiencia renal con una asociación positiva a la adhesión a los tratamientos, con la calidad de vida relacionada con las dimensiones como: de salud física, vitalidad y función social. Además se concluye que a mayor adherencia al tratamiento mayor es la calidad de vida relacionada con la salud (CRVS) (García, 2013).

Bermeo y Jiménez presentaron en el año 2015 un estudio denominado evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro Hemodial-Azogues, Azogues 2014, en la Universidad de Cuenca – Ecuador, cuyo

objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro Hemodial-Azogues, Azogues 2014 donde se entrevistaron a 87 pacientes de un centro de hemodiálisis, utilizaron un cuestionario validado, el estudio fue de tipo observacional, descriptivo transversal y los resultados mostraron que la edad promedio de los pacientes fue de 56.4 y el 61.9% padece de la enfermedad entre 1 y 5 años; además el 4.8% ha recibido trasplante renal. La investigación concluye que la calidad de vida de estos pacientes es mala (Bermeo y Jiménez, 2015).

Rosero, Puente y Bravo en el año 2016 en el Ecuador publicaron y presentaron en el comercio un titular denominado: Lista de 1000 pacientes en la lista de espera para recibir un trasplante, donde al trasplante renal se le estima que aún existen grupos que no aceptan pacientes de edad avanzada con co -morbilidades por considerar tener menor sobrevida, así como también existen algunos centros que derivan de manera anticipada al estudio pre trasplante antes de iniciar diálisis (Rosero, Puente y Bravo, 2016).

A diferencia de nuestro País, en los Estados Unidos los pacientes con insuficiencia renal se consideran estar en lista de espera desde el momento que entran a diálisis, mas no desde que entran a la lista, en nuestro País, aún hay pacientes con pleno desconocimiento de esta alternativa de tratamiento sustitutivo renal, de hecho, podrían pasar años e incluso morir sin conocerlo (Cáceres, sf).

A nivel Local no se ha logrado recopilar investigaciones de este tipo que cumplan con el tiempo de antigüedad requerida por la institución que se precede, por lo cual podemos informar que Tumbes como ciudad en la que se ofreció estudios académicos carece de investigación en estos temas.

La insuficiencia renal crónica reduce en el organismo de la persona enferma la filtración glomerular en el riñón que trabaja de manera forzada, esta situación es irreversible y progresiva, desencadenada por múltiples factores presentes en un solo organismo, llevando o dirigiendo al enfermo a la etapa terminal por lo que las razones para depender de un tratamiento renal son convenientes y permanentes (Hernangómez, 2012; Servicio Madrileño de Salud, 2015; Maceira y De la Fuente, 2013).

El procedimiento de mejor elección en casos de insuficiencia renal es el trasplante del riñón esta contribuye si no hubiera rechazo del injerto a prescindir de la terapia de diálisis y de indicaciones severas, posee ventajas de gran importancia. El trasplante de un riñón es de elección para una población evaluada y seleccionada en el manejo de la insuficiencia renal crónica terminal, aunque presenta una alta mortalidad a nivel social. Este órgano ajeno al cuerpo del receptor viene a ser un injerto que un donante en vida o cadáver ofrece, este injerto reemplaza las funciones de un riñón enfermo en una enfermedad crónica, avanzada o terminal. El desaprovechamiento de un injerto se debe a la muerte del receptor y en otras situaciones la disfunción renal crónica del mismo (Valdéz, 2008; Pérez, et al., 2003; Martín y Errasti, 2006).

Se encuentra protocolizado la selección de donantes en la mayoría de los servicios para trasplantes de órganos, basándose en no someter a riesgo a la persona en condición de donante excluyendo aquellos individuos que presenten enfermedades crónicas, si padece alguna enfermedad psiquiátrica, si presenta el virus inmunodeficiencia humana o si posee hepatitis B o C. Otro de los principios que aplica los servicios de trasplante de órganos es la compatibilidad inmunológica entre donador y receptor, para que compartan la mayor cantidad de antígenos para reducir el consumo de dosis de medicamento inmunosupresores a la par reduce los efectos secundarios (Valdéz, 2008; Martín y Errasti, 2006).

La adquisición de un órgano determinado es sometido por la disponibilidad limitada de donantes según cada país, mientras la demanda asciende en la lista de espera de un trasplante renal, pretendiendo acceder a un riñón de un donante cadavérico, el trasplante de un donante en vida es una opción alterna que requiere de

un donante con firmeza en su decisión, compromiso y solidaridad para entregar parte de su cuerpo de manera solidaria (Valdéz, 2008; Martín y Errasti, 2006; Gentil y Pereira, 2010).

La elección del donante efectivo de una forma general, que implica que el grupo sanguíneo, el factor Rh debe coincidir entre el receptor y el donante, con realización de pruebas cruzadas para identificar anticuerpos, por último busca realizar el proceso de desensibilización como alternativa y reducir el rechazo del órgano donado (Valdéz, 2008 y Centro de trasplantes de órganos de Kovler de Northwestern Medicine, 2009).

Esta protocolizado para la elección del paciente en condición de receptor que debe cumplir con una probabilidad de vida mayor de un año, no poseer alguna enfermedad neoplásica maligna metastásica, que no posea enfermedades psiquiátricas no controlada, que no posea enfermedades crónicas, que no sea dependiente a medicamentos y que posea compatibilidad con el donador (Valdéz, 2008).

Toda persona en condición de donante pasa por una evaluación rigurosa desde una historia clínica completa, un examen físico, con la evaluación de los signos vitales con importancia de la toma de presión arterial una vez por semana con tres especificaciones de la tensión arterial, con toma de exámenes auxiliares de sangre como de creatinina, urea, ácido úrico, triglicéridos, perfil hepático, colesterol, bilirrubina, proteína c reactiva, glucosa, perfil de coagulación, perfil lipídico, perfil hematológico, se solicita exámenes de orina y otras evaluaciones inmunológicas, exámenes como evaluar la función renal como el aclaramiento de creatinina y pruebas isotópicas según se requiera, estudios especializados bajo la probabilidad de enfermedades infecciosas, la toma de radiología necesarias de abdomen- torax, electrocardiograma, otras pruebas diagnósticas requeridas para identificar el riesgo. La evaluación exhaustiva determina la necesidad de los exámenes para diagnóstico e identificación ante la posibilidad de los factores de riesgo.

El donante debe poseer una función renal que asegure que tanto él como el receptor registren una aceptable función del riñón previa extirpación del órgano. Personas con enfermedades crónicas como diabetes mellitus están contraindicadas para ser donantes

Potenciales por el posible riesgo de acelerar el problema renal del donador aunque en su evaluación posea una función renal normal sin presencia de proteinuria. En situaciones de donantes con antecedentes familiares asociados a la obesidad con posible riesgo de desarrollar la diabetes mellitus tipo 2 llega ser uno de los casos que requiere una evaluación delicada para ser considerado como donador potencial.

Las personas con hipertensión arterial son rechazadas como posibles donantes por el riesgo de presentar insuficiencia renal crónica. Existe evidencia y estudio de soporte que posibilita a los donantes con hipertensión arterial de fácil control que requieren de un solo medicamento como tratamiento y con función renal adecuada, considerados para donar en personas mayores de cincuenta años de edad. La población con obesidad no poseen contraindicación para donar un riñón ya que es un factor de riesgo que de manera aislada no se relacionan con enfermedades como la hipertensión arterial diabetes mellitus y otra enfermedades relacionadas con la presencia de proteinuria, en casos de ser donante con obesidad la recomendación es reducir el peso corporal a un índice de masa corporal mayor de 30 y menor de 35, antes de la extirpación del órgano posiblemente donado.

En caso de pacientes con presencia de proteinuria mayor de 300 miligramos en 24 horas mediante la evaluación de orina, estos individuos son descartados para ser donantes, en la determinación de proteinuria ortostática requiere de una evaluación minuciosa ya que a la larga muestra una función renal normal. La evidencia de micro albuminuria en posibles donantes requiere seguimiento constante ya que el micro albuminuria se puede presentar en problemas renales de manera precoz. La existencia de micro hematuria indica que el proceso de evaluación debe ser minucioso con biopsia renal, evaluación histológica o en conclusión requiere evaluación urológica completa. La presencia de litiasis recurrente o asociado a otras enfermedades metabólicas o como infecciones persistentes son considerados casos contraindicados para ser un donante potencial para el trasplante renal. La presencia de dislipidemia no es un factor que contraindique la donación de riñón pero es considerado como factor de riesgo por la progresión de padecimientos en el riñón y corazón (Gutiérrez, Saurina y Faura, 2005).

El trasplante renal posee escasas contraindicaciones que puedan causar enfermedades renales crónicas y a pesar del riesgo de desarrollarlas después de haber trasplantado el injerto u órgano donado a un receptor, sin embargo es incierto el desarrollo de estas complicaciones por tal motivo el control es de importancia. Los receptores obesos están sometidos al protocolo de evaluación y sometidos a reducir su peso corporal por las complicaciones que puede desarrollar como retardar el funcionamiento del riñón trasplantado, otras son las complicaciones en la herida quirúrgica, en casos particulares son aceptados los pacientes con un índice de masa corporal entre 31 a 35 kilogramos por metro cuadrado. La edad avanzada no es contraindicación para el receptor que tenga una sobrevivida mayor al de la esperada. Las alteraciones del metabolismo mineral óseo no forman parte del rechazo del proceso de trasplante de un riñón.

Las enfermedades sistémicas son casos especiales para el trasplante renal que debe considerar en el momento de proceder con el trasplante, pero no son contraindicaciones absolutas, se puede realizar el trasplante renal en pacientes con diabetes mellitus, con presencia hiperoxaluria primaria con reducidos depósitos de oxalatos. Enfermedades renales poliquísticas autosómicas se intervienen un tiempo prudente, ósea antes de un trasplante de riñón. La enfermedad de Fabry considera el riesgo cardiovascular para la realización de la intervención pero no forma parte de una contraindicación. Y otras consideraciones como la enfermedad anti membrana basal glomerular, esclerodermia, vasculitis, amiloidosis sin relación a mieloma múltiple y otras situaciones como lupus eritematoso generalizado que son evaluadas para proceder con el trasplante renal (Correa, et al., 2015).

El trasplante renal de manera general está indicado en receptores con problemas renales como pielonefritis, glomerulonefritis, uropatía obstructiva, nefropatía toxica y aguda irreversible, metabolopatías, enfermedades hereditarias, enfermedades sistémicas, síndrome hemolítico-urémico, tumores, enfermedades congénitas, trauma. La restricciones relativas al trasplante de riñón son tener cáncer no controlado, tener una edad mayor de 75 años, malformaciones de las vías urinarias graves, consumo de alcohol, consumo de droga, no haber cumplido con terapias, nefropatía clínica activa o serológica, riesgo de recurrencia grave, hepatitis B con replicación viral, coagulopatía.

Severa, retraso mental severo, tener el virus de inmunodeficiencia adquirida humana. La restricción absoluta para el trasplante renal es la existencia de cáncer ya sea reciente o metastásico, infecciones crónicas o agudas activas, elevado riesgo de morir en la intervención, contar con una expectativa de vida menor de dos años, enfermedad psiquiátrica grave no controlada (Martín y Errasti, 2006).

El consumo de alcohol y drogas reduce en los individuos que se encuentran en espera de un riñón donado la adherencia del injerto u órgano donado. En caso de adicción y dependencia al consumo de alcohol y droga, estas personas no son incluidas en la lista de espera por el evidente fracaso a la adherencia del injerto posiblemente trasplantado. El receptor debe cumplir con los cuidados ante la existencia de enfermedades metabólicas, renales crónicas, cumplir con las evaluaciones pertinentes ante protocolos estandarizados para el donante y receptor (Valdéz, 2008; Martín y Errasti, 2006).

El receptor es evaluado para integrar la lista de espera de un donante, considerando la edad y compromiso cardiovascular, además las evaluaciones implican exámenes regulares entre ellos la evaluación del filtro glomerular que debe constar alrededor de 20 mililitros por minuto para acceder a un trasplante de riñón en situaciones previas a la diálisis, contar con evaluación exhaustiva con historia clínica completa, exámenes auxiliares necesarios y otros exámenes de ayuda diagnóstica.

La entrega de información al receptor en espera de un riñón consisten en brindar conocimiento de los posibles riesgos quirúrgicos en el momento de la intervención médica, tener la necesidad de consumir inmunosupresores todo el tiempo de vida, estar expuesto a infecciones y neoplasias, poseer la esporádica necesidad de someterse a diálisis por diversas complicaciones como el rechazo al órgano trasplantado, la evaluación incluye las pruebas cruzadas, el grado de compatibilidad HDA y otras evaluaciones protocolizadas (Martín y Errasti, 2006).

El trasplante renal, diálisis peritoneal o la hemodiálisis son procesos terapéuticos como sustitución de la función renal normal que requiere del compromiso del paciente para evitar las complicaciones de un órgano vital que no desempeña

adecuadamente sus funciones colocando en riesgo su salud. La terapéutica seleccionada implica la valoración personal del paciente, social, laboral, factores de riesgo, beneficio y otros puntos de importancia, los tratamientos con los que se recurre en el nivel del sector salud son acogidos para mejorar la vida de una persona con enfermedades renales crónicas y son terapias permanentes requeridas para preservar la vida de un individuo enfermo (Martín y Errasti, 2006; Espinoza, Muñoz y Sánchez, 2017).

El programa de diálisis es un proceso estructurado y organizado con estrategias educativas basadas en la salud de la persona, tiene área administrativa, asistencial. El programa tiene metas trazadas con funciones, valores, brinda conocimientos básicos al enfermo y a su familia para que la integración del paciente a la comunidad sea efectiva y reduzcan las complicaciones de la insuficiencia renal asociada a conductas favorables, mejorando el estilo de vida, con tratamientos constante y efectivos (Anónimo, 2006).

Ante la falla renal o en enfermedades renales crónicas en estadio V la cual es irreversible, la terapia de diálisis es potencial para sustituir la función del riñón que se encuentra deteriorado, durante el proceso de diálisis se realiza el intercambio de líquidos y sustancias a través de la membrana semipermeable ya sea natural o artificial, reduciendo el síndrome urémico o reduce el acúmulo de toxinas en la sangre, que cuando el riñón está normal lo elimina. La técnica implica hemodiálisis y diálisis peritoneal (Anónimo, 2006 y Fundación Nacional del Riñón [NKF], 2006).

La diálisis peritoneal considera a los pacientes jóvenes como candidato al proceso de diálisis asociado a otros factores como solidaridad de la familia, flexibilidad al cambio para mejorar su vivencia diaria, siendo necesario para integrar el programa dialítico para tener conocimiento del proceso y asistencia para ser efectivo la intervención. La diálisis peritoneal esta sugerida en las enfermedades renales crónicas en el estadio V (Espinoza, et al., 2017; Ministerio de salud pública, 2011 y Doñate, 2005).

El programa de diálisis peritoneal rechaza los candidatos con problemas en el peritoneo, cuando tiene enfermedades psíquicas, cáncer avanzado o enfermedades terminales esto en concesión con el comité de ética del sector médico hospitalario y familiares del enfermo. Además cuando la membrana peritoneal está deteriorada o con fallo severo, cuando hay evidencia de hernia diafragmática, extrofia vesical, cuando el paciente con insuficiencia renal cuenta con una reciente cirugía abdominal y con adherencia peritoneal, cuando hay un problema psiquiátrico o cuando las tomas de decisiones estén afectadas, ante la evidencia de tuberculosis peritoneal, carcinomatosis peritoneal, aneurisma de aorta abdominal, peritonitis bacteriana y fúngica, colostomía, problemas congénitos que comprometan la pared abdominal, insuficiencia respiratoria, derivaciones ventrículo peritoneales y prótesis abdominales (Espinoza, et al., 2017; Ministerio de salud pública y deporte, 2011 y Benavides, 2017).

La diálisis peritoneal es la terapia que transfiere líquido a través de la membrana peritoneal usando glucosa para generar los líquidos de la terapia de diálisis. El individuo sometido a diálisis selecciona la modalidad que más se apega a sus necesidades clínicas, teniendo en la selección la diálisis peritoneal automatizada, otra de las opciones es la diálisis peritoneal continua ambulatoria, existe también la diálisis peritoneal continua cíclica, la diálisis peritoneal nocturna intermitente. El usuario en condición de requerir la diálisis, evalúa el tipo de terapia junto con las prescripciones y medidas que requiere el proceso, además de requerir de la evaluación exhaustiva que amerita la enfermedad, mediante exámenes auxiliares realizados al mes de iniciada la terapia seleccionada, al igual de valorar el catéter que se usa en el procedimiento para prevenir y manejar las complicaciones (Espinoza, et al., 2017).

La diálisis peritoneal tiene añadidas complicaciones definidas en el proceso, de manera temprana esta la colocación del catéter y durante el tiempo de cicatrización. Otras complicaciones son las de manera tardía como las asociadas a la actividad mecánica siendo un problema el balance de líquidos. Las infecciones que se puedan presentar es otra complicación tardía que se producen por la mala praxis médica, donde la infección de la piel en el orificio de salida es más común que se evidencie asociado a los staphilococo epidermidis, en caso de perdurar la infección el causante es el staphilococo aureus (Murgos, 2015 y Espinoza, et al., 2017).

La infección en el área peritoneal es la complicación más grave de la terapia dialítica implica al sistema inmune reprimido por acción de la uremia, el líquido de diálisis en la cavidad peritoneal y por tener el procedimiento el uso de un cuerpo extraño como es el catéter que perfora la piel facilitando el ingreso de gérmenes a la cavidad peritoneal. Las peritonitis producidas por bacterias es la más común en los pacientes sometidos a diálisis, en individuos diabéticos o aquellos que fueron tratados con medicamento previos a la diálisis, en ellos la peritonitis más común es la producida por las candidas (Espinoza, et al., 2017).

La hemodiálisis es el proceso dializador que usa la fistula como acceso al sistema circulatorio, eliminando las toxinas del cuerpo para el equilibrio del organismo con el adecuado funcionamiento de los órganos. La hemodiálisis requiere de horas establecidas para su realización, su proceso se ejecuta tres veces por semana por tiempo aproximado de tres a cinco horas la alimentación es estricta entre sesiones para no alterar el proceso de hemodiálisis (Murgos, 2015; Sociedad española de nefrología [SEN], 2015 e Instituto Nacional de Salud [INS], 2007).

La diálisis peritoneal requiere una recurrencia y apego a la intervención que considera el peso del paciente, nivel de función del riñón, el resultado de exámenes bioquímicos bajo este conocimiento el personal médico define el número de diálisis que requiere el paciente con insuficiencia renal crónica, define el día la cantidad de veces y horas que requiere de la diálisis. A diferencia de la hemodiálisis el consumo de alimentos en la dieta diaria es menos restrictiva (Ministerio de salud pública y deporte, 2011 y Benavides, 2017).

El servicio, el personal de salud y el individuo en condición de paciente juegan un papel importante al socializar y cumplir las normas para control del enfermo con insuficiencia renal crónica y para crear un entorno seguro. Al cumplir con el protocolo estandarizado y considerar la actividades preventivas para considerar un suceso como complicación de la terapia, en el plan dialítico es esencial que el paciente crónicos se encuentre estable para recibir la intervención (Espinoza, et al., 2017 y Anónimo, 2006)

En la terapéutica, las técnicas utilizadas para realizar la diálisis pueden ser cambiadas ya sea por la falta de tolerancia a la intervención, dificultad para adaptarse, por las complicaciones que surjan, por necesidad del paciente. Los cambios pueden ser de hemodiálisis a diálisis peritoneal o viceversa. El programa dialítico está comprometido a informar los riesgos, complicaciones y cuidados. Informa que es un requisito el cuidado protocolizado y riguroso durante la diálisis para que el paciente con insuficiencia renal crónica tenga la posibilidad de ser trasplantado y tener menos complicaciones o reducir el rechazo del órgano que se asocia a las características particulares del individuo en condición de receptor (SEN, 2015).

El tratamiento e integración al plan dialítico se indica a las personas con insuficiencia renal crónica en el estadio ya mencionado anteriormente (fase 5), con filtración glomerular por debajo de 15 mililitros por minuto, al aparecer signos y síntomas y compromisos de otros órganos. Además, considera la integración a un programa dialítico a individuos con filtración glomerular entre 15 a 20 mililitros por minuto en enfermedades crónicas como diabetes, cardiopatías. Los casos especiales ante la evaluación de pacientes con función renal deteriorada pero que presenta tumores malignos, con un pronóstico de vida reducido a menor de tres meses, enfermedades terminales que involucran el funcionamiento del corazón, pulmón, hígado, estas situaciones reducen la posibilidad de ser incluidos a un programa dialítico.

El salir de un programa de diálisis implica que la función renal presenta mejoras en los controles clínicos, por ser un paciente con un trasplante de riñón con respuesta exitosa, por que el paciente falleció, otras razones que se presenten en el sustento médico para retirar de manera pertinente a la persona con deficiente función renal y además en otros casos es por voluntad del paciente (INS, 2007).

En la tesis desarrollada se formuló la siguiente pregunta general denominada ¿Cuál es la problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo? Además se desarrolló las siguientes preguntas específicas que aportaron con la respuesta a la pregunta general las cuales fueron:

¿Cuál es la problemática en la valoración clínica de los pacientes para someterse a un trasplante renal?

¿Cuál es la problemática en la valoración de las patológicas de los pacientes para someterse a un trasplante renal?

¿Cuál es la problemática en la valoración para la determinación del programa dialítico?

¿Cuál es la problemática en la valoración del tiempo en el programa dialítico?

El estudio se realizó en la Ciudad de Guayaquil en el Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo con una cantidad de 164 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal que acudieron al área de trasplante renal desde noviembre del 2016 a noviembre del 2017, se considera de mucho interés el trasplante renal ya que es dentro de los tratamientos sustitutivos renales la mejor opción terapéutica debido a que mejora la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal.

En la actualidad y desde muchos años atrás se considera de elección en paciente con insuficiencia renal crónica terminal, donde su tasa de filtración glomerular es < 15, no solo por la mejoría en su calidad de vida que se da a este grupo de pacientes; al no tener que depender de un tratamiento dialítico, sino que también aumenta la supervivencia del paciente y a la vez es más económico que estar sometido a un proceso rutinario de diálisis.

Estudios han demostrado que el trasplante de riñón de donante vivo es de mejor calidad que por donante cadavérico, especialmente pacientes jóvenes en programa pre dialítico, Además de ser una cirugía programada a diferencia de los trasplantes por donante cadavérico donde encontramos una problemática común por el

desequilibrio que hay entre los pacientes en lista de espera y la disponibilidad de donante cadavérico.

Se realizó este trabajo de tesis considerando la importancia de reconocer las causas por la cual hay mayores complicaciones durante el estudio pre trasplante, de esta manera una vez reconocidas, se lograría impartir el correcto manejo para así evitar contraindicaciones absolutas a esta población proclive.

Dada la naturaleza del proyecto la hipótesis es subjetiva.

Tuvo como objetivo general describir la problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y como objetivos específicos fueron:

- 1) Describir la problemática en la valoración clínica del pacientes para someterse a un trasplante renal
- 2) Establecer la valoración de las patológica de los pacientes para someterse a un trasplante renal
- 3) Describir la problemática en la valoración para la determinación del programa dialítico
- 4) Estimar la valoración del tiempo en el programa dialítico.

II MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio fue de nivel básico, con paradigma positivista (objetivo y analítico en las mediciones del fenómeno a estudiar), con un enfoque metodológico cuantitativo de tipo descriptivo, no experimental, prospectivo, de corte transversal, tomando en cuenta que los datos obtenidos fueron susceptibles de cuantificación para determinar la problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Diseño de Investigación:

M → O

M= Muestra

O= Observación

2.2 Operacionalización de las variables

2.2.1 Variables

Variable: problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal Crónica

2.2.2 Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica	Aspectos relacionados a la evaluación clínica de los pacientes con insuficiencia renal	Caracterización de la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.	Valoración pre trasplante	Valoración clínica	Nominal
				Patologías asociadas	Nominal
				programa dialítico	Nominal
				Tiempo en el programa dialítico	Nominal

2.3 Población, muestra y muestreo.

2.3.1 Población:

Estuvo constituida por 164 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

2.3.2 Muestra:

Conformado por el universo muestral de 164 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo

2.3.3 Técnica de muestreo:

La técnica de muestreo utilizado, fue el muestreo por conveniencia dada la accesibilidad para el análisis de las respectivas historias clínicas del universo muestral.

2.4 Criterios de selección:

Criterio de inclusión:

- 1) Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- 2) Aceptación de los términos para el registro de la información.

Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en el tiempo distinto al establecido para el estudio

2.5 Técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.5.1 Técnica:

La técnica que se aplicó fue la observación, donde se revisó las historias clínicas de cada paciente a través del instrumento (lista de chequeo) a fin de evaluar la problemática de la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

2.5.2 Validez y confiabilidad:

El instrumento fue con una razón de 0.85 que demostró ser válido, aceptable y confiable para su aplicación.

2.6 Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación luego de la aprobación de la tesis, se solicitó el permiso correspondiente a la jefatura de trasplante del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, posteriormente se recolectó la información en el establecimiento antes mencionado con apoyo de los médicos que trabajan en el área de trasplante para facilitar con lista de pacientes que asisten al área de trasplante y poder observar su historial clínico en el sistema As400.

2.7 Métodos de análisis de datos:

Una vez recolectados los datos se sometieron a un proceso de crítica y codificación. Se elaboró una base de datos, utilizando el programa SPSS 21 para la tabulación. Posteriormente los datos obtenidos fueron organizados en tablas y gráficos estadísticos, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Luego, se procedió a la interpretación, análisis y discusión de los resultados, mediante la estadística descriptiva e inferencial, para emitir las conclusiones en base a los resultados obtenidos.

2.8 Aspectos éticos

Desde el punto de vista humano, es indispensable brindar apoyo a las pacientes que participen de esta investigación orientándolos ante cualquier duda que tengan durante la encuesta. El trabajo con éstos pacientes requirió un trato especial para poder brindarles confianza y lograr que en el proceso de la investigación pudieran responder sin dudas, ni temores a las preguntas formuladas. En tal sentido, como investigadores se respetaron los principios éticos, sustentados en el informe Belmont.

De acuerdo con el Principio de Autonomía, se facilitó a los pacientes un consentimiento informado, a través del cual se respetó la decisión de participar o no en esta investigación, sin estar bajo presión. Del mismo modo si ellas aceptaban voluntariamente participar de esta investigación pero en el transcurso deciden desistir estuvieron en todo su derecho y se respetó su decisión.

En lo que concierne al Principio de Beneficencia en esta investigación se recolecto la información obtenida a través del cuestionario garantizando que esta no fuese utilizada en

contra de las pacientes, evitando así situaciones que generen daños o perjuicios, actuando en favor hacia estas pacientes.

Por su lado aplicaremos el Principio de Justicia ya que todas las pacientes de la población muestral tuvieron la misma posibilidad de participar, así mismo los cuestionarios fueron anónimos esto garantizó la protección de los datos personales obtenidos, no vulnerabilizando sus derechos, solo fueron objeto de estudio para los investigadores.

III RESULTADOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA PROBLEMÁTICA EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTES PARA SOMETERSE A UN TRANSPLANTE RENAL

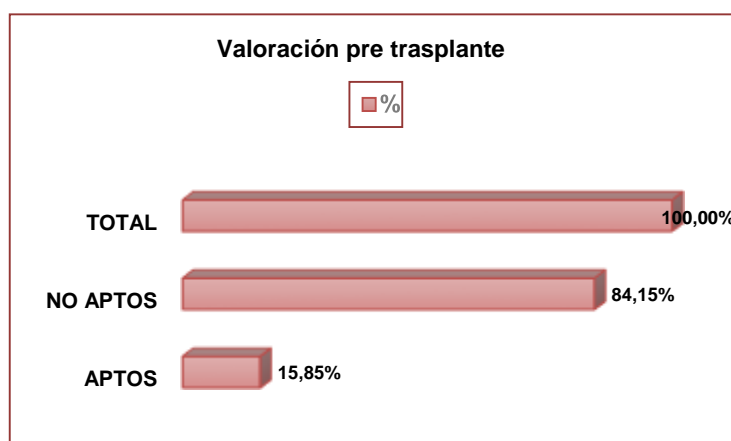
VALORACIÓN DE PACIENTES	F	%
APTOS	26	15.85%
NO APTOS	138	84.15%
TOTAL	164	100.00%

Fuente: Historia clínica

Interpretación: el 84.15% de los pacientes son considerados no aptos para el trasplante renal y solo el 15.85% es declarado apto, según la su valoración clínica.

FIGURA N° 1

REPRESENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTES PARA SOMETERSE A UN TRANSPLANTE RENAL.



Fuente: Tabla 1

TABLA N° 2
VALORACIÓN PATOLÓGICA DE LOS PACIENTES PARA SOMETERSE
A UN TRASPLANTE RENAL

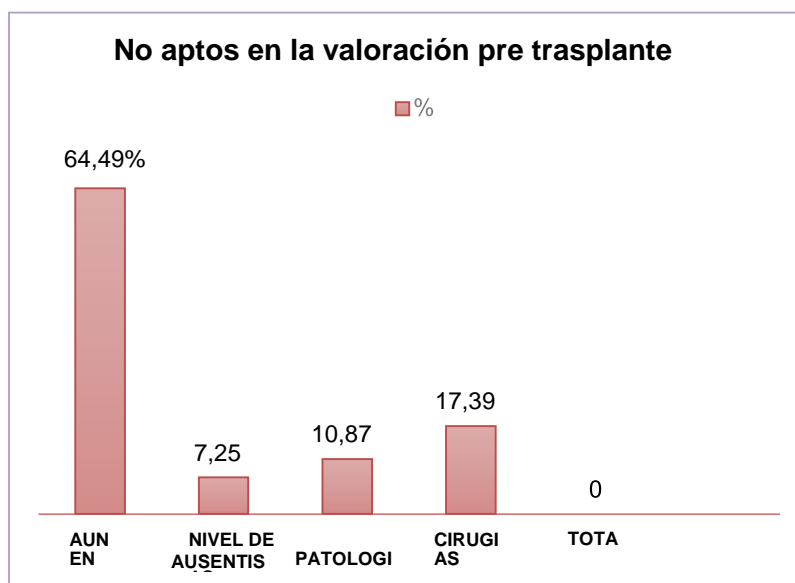
NO APTOS PARA TRASPLANTE	f	%
AÚN EN ESTUDIO	89	64.49%
NIVEL DE AUSENTISMO	10	7.25%
PATOLOGÍAS VARIAS	15	10.87%
CIRUGÍAS VARIAS	24	17.39%
TOTAL	138	100,00%

Fuente: historia clínica

Interpretación: Dentro del grupo de los declarados no aptos para el trasplante renal el 64.49% se encuentra aún en estudio, el 10.87% presenta diversas patologías, el 17.39% ha presentado varias cirugías y solo el 7.25% no ha asistido a sus evaluaciones posteriores.

FIGURA N° 2

**REPRESENTACIÓN DE LA VALORACIÓN DE LAS PATOLÓGICA DE LOS
PACIENTES PARA SOMETERSE A UN TRASPLANTE RENAL**



Fuente: Tabla 2

TABLA N° 3

PROBLEMÁTICA EN LA VALORACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL PROGRAMA DIALÍTICO

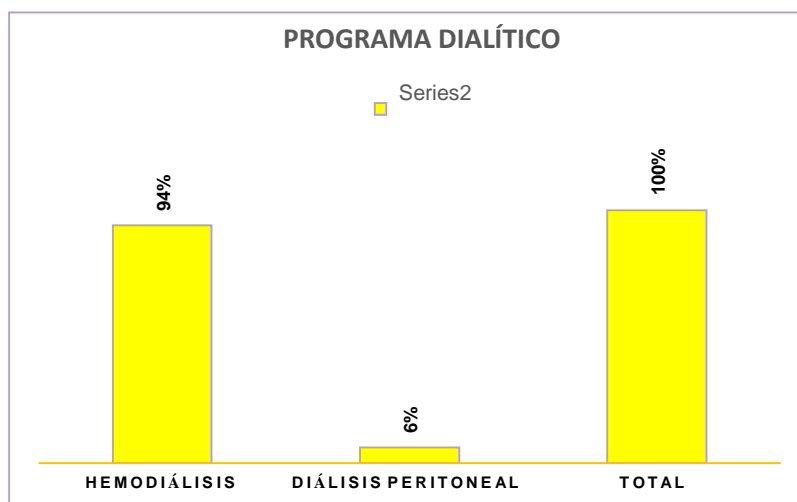
PROGRAMA DIALÍTICO	f	%
HEMODIÁLISIS	154	94%
DIÁLISIS PERITONEAL	10	6%
TOTAL	164	100%

Fuente: Historia clínica

Interpretación: El 94% de los pacientes forman parte del programa de hemodiálisis y solo el 6% se realiza diálisis peritoneal.

FIGURA N° 3

PROBLEMÁTICA EN LA VALORACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL PROGRAMA DIALÍTICO



Fuente: Tabla 3

TABLA N° 4

VALORACIÓN DEL TIEMPO EN EL PROGRAMA DIALÍTICO DE LOS PACIENTES EN VALORACIÓN PRETRANSPLANTE.

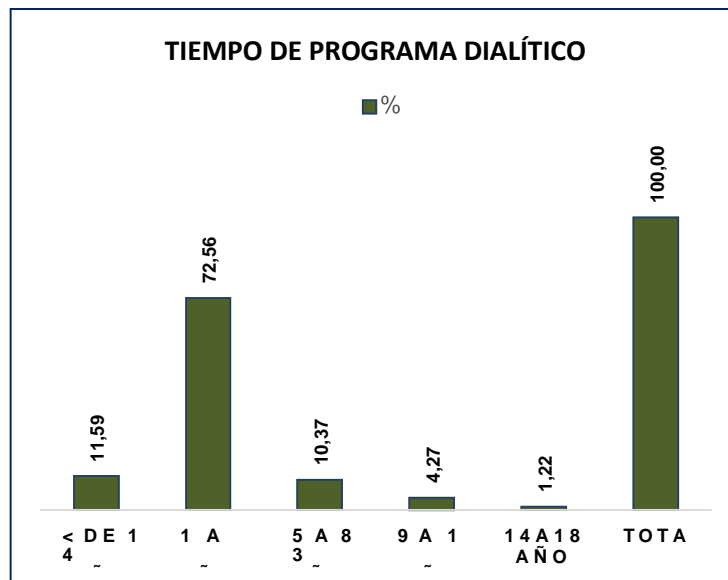
TIEMPO DE PROGRAMA DIALÍTICO	f	%
< DE 1 AÑO	19	11.59%
1 A 4 AÑOS	119	72.56%
5 A 8 AÑOS	17	10.37%
9 A 13 AÑOS	7	4.27%
14 A 18 AÑOS	2	1.22%
TOTAL	164	100.00%

Fuente: Historia clínica

Interpretación: En relación al tiempo que desarrollan en el programa el 72.56% ya lleva 1 a 4 años, el 11.59% menos de 01 años, el 10.37% entre 5 a 8 años, el 4.27% entre 9 y 13 años; finalmente el 1.22% lleva entre 14 y 18 años.

FIGURA N° 4

VALORACIÓN DEL TIEMPO EN EL PROGRAMA DIALÍTICO DE LOS PACIENTES CON VALORACIÓN PRETRANSPLANTE.



fuentes: Tabla 4

IV. DISCUSIÓN

Los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica que asistieron al área de Trasplante Renal del Hospital Teodoro Maldonado Carbo fueron informados sobre su patología, los riesgos- beneficios al ser trasplantados, las complicaciones que se pueden presentar de manera mediata, inmediata durante toda su vida de trasplante, así como también se les informa que durante la valoración pre trasplante podrían presentarse situaciones que contraindiquen la posibilidad de ser trasplantado y la paciencia que requieren tener a la espera de un donante cadavérico y si es por vivo relacionado, se indica todos los procesos legales que se deben realizar antes del procedimiento.

En la tabla n° 1 y 2 el 84.15% de los pacientes son considerados no aptos para el trasplante renal y solo el 15.85% es declarado apto, según la valoración clínica y dentro del grupo de los declarados no aptos para el trasplante renal el 64.49% se encuentra aún en estudio, el 10.87% presenta diversas patologías, el 17.39% ha presentado varias cirugías y solo el 7.25% no ha asistido a sus evaluaciones posteriores. Lo descrito es similar a lo reportado por (Rufino J & Marrero 2015); quién en su revisión bibliográfica sobre la evaluación del receptor de trasplante renal, describe las principales contraindicaciones para el desarrollo del trasplante; como las enfermedades infecciosas, degenerativas y cardiovasculares. En ese orden de ideas.

En la tabla n°3 y 4, el 94% de los pacientes forman parte del programa de hemodiálisis y solo el 6% se realiza diálisis peritoneal y en relación al tiempo que desarrollan en el programa el 72.56% ya lleva 1 a 4 años, el 11.59% menos de 01 años, el 10.37% entre 5 a 8 Años, el 4.27% entre 9 y 13 años; finalmente el 1.22% lleva entre 14 y 18 años. Lo descrito incrementa la carga de la enfermedad, y según (López 2018), la carga de la enfermedad renal es 27% en diálisis peritoneal vs 46% en hemodiálisis, p 0.03; efectos de la enfermedad renal en 61% en diálisis peritoneal vs 55% en hemodiálisis, p 0.391; síntomas en 71% en diálisis peritoneal vs 71% en hemodiálisis, p 0.893.

V. CONCLUSIONES

El 84.15% de los pacientes son considerados no aptos para el trasplante renal y solo el 15.85% es declarado apto, según su valoración clínica.

En el grupo de los declarados no aptos para el trasplante renal el 64.49% se encuentra aún en estudio, el 10.87% presenta diversas patologías, el 17.39% ha presentado varias cirugías y solo el 7.25% no ha asistido a sus evaluaciones posteriores.

94% de los pacientes forman parte del programa de hemodiálisis y solo el 6% se realiza diálisis peritoneal.

En el programa dialítico el 72.56% ya lleva 1 a 4 años, el 11.59% menos de 01 años, el 10.37% entre 5 a 8 años, el 4.27% entre 9 y 13 años; finalmente el 1.22% lleva entre 14 y 18 años.

VI. RECOMENDACIONES

El estudio pre trasplante es un estudio dinámico que engloba toda la parte clínica y psicológica del paciente, se ha demostrado que el tiempo prolongado de hemodiálisis generan menor sobrevida para el paciente y a la vez, menor oportunidad de recibir un riñón, por lo que se recomienda que los médicos nefrólogos puedan derivar a los pacientes con insuficiencia renal al área de trasplante renal en estadio 4, con el objetivo que al llegar al 5to estadio de enfermedad renal paciente ya haya sido sometido a estudio pre trasplante, y al entrar a hemodiálisis ya pueda estar en la lista de espera nacional, de esta manera el paciente realiza menos tiempo algún tipo de programa dialítico.

Considerando estudios antes mencionados de acuerdo a mayor sobrevida de pacientes sometidos a diálisis peritoneal, que los pacientes en hemodiálisis se recomienda que los profesionales de la salud (nefrólogos) logren colocar la diálisis peritoneal por encima de la hemodiálisis, a excepción de las contraindicaciones para diálisis peritoneal, o cuando haya desgaste de peritoneo.

Otras de las indicaciones válidas para evitar mayores complicaciones estaría trabajar en conjunto las 3 áreas (centros de hemodiálisis, área de nefrología y trasplante) con el fin de manejar al paciente adecuadamente sin riesgo de mayor complicación que contraindique un trasplante.

REFERENCIAS

Benavides; L. (2017). Nivel de adherencia a pautas dietéticas y fluidos de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal que acuden a la unidad de hemodiálisis de San Rafael, en el Cantón Rumiñahui, durante el período de enero 2017 (tesis de pregrado). Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

Bermeo, M., y Jiménez, J. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro Hemodial-Azogues, Azogues 2014 (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Cáceres, A. (sf). Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales. ¿Qué es un Trasplante Renal?. Recuperado de: <http://www.alcer-caceres.org/que-es-un-trasplante-renal/>

Centro de diálisis Nefrology Hospital Eugenio Espejo (2016). En Ecuador cerca de 10 mil personas necesitan diálisis. Reducción médica. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/en-ecuador-cerca-de-10-mil-personas-necesitan-di-lisis-87408>

Centro de trasplantes de órganos de Kovler de Northwestern Medicine (2009). Donante vivo de riñón. Recuperado de: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/northwestern-medicine-living-donor-kidney-handbook-es.pdf>

Correa, R., Morales, L., Niño, J., Arvizu, M., Rosado, R., Vega, O.,... Torre, A. (2015). Protocolo de trasplante renal. Recuperado de: <http://www.innsz.mx/imagenes/ProtocoloTR-INNSZ-2015-ver-10.pdf>

Doñate, T.(2005). Guías de diálisis peritoneal y la práctica diaria. Nefrología, 25(2) pp: 34-37.

Espinoza, M., Muñoz, K., y Sanchez, A. (2017). Consulta de enfermería frente al manejo de las complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal. Centro Nacional de Salud Renal (tesis de especialidad). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Fundación Nacional del Riñón (2006). Diálisis peritoneal: lo que necesita saber. Recuperado de: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/peritonealdialysis_span.pdf

García, H. (2013). Evaluación y Análisis del Impacto Psicológico y de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España.

Gentil, M., y Pereira, P. (2010). Estudio y selección del donante vivo de riñón. Revista nefrología, 30(2) pp: 47-59.

Gutiérrez, A., Saurina, A., y Faura, A. (2005). Valoración de los candidatos a trasplante renal de donante vivo. Arch. Esp. Urol., 58(6) pp: 503-510. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v58n6/503_valoracion.pdf

Hernandez, D., y Rufino, J. (sf). Evaluación del receptor de trasplante renal. Recuperado de: <http://dev.nefro.elsevier.es/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-evaluacin-del-receptor-trasplante-renal-6>

Hernangómez, N. (2012). Plan de cuidado individualizado de un paciente con IRC en tratamiento con hemodiálisis. Reduca (enfermería, fisiología y podología), 4(1) pp: 127-194.

Instituto Nacional de Salud (2007). Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: hemodiálisis Recuperado de: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/KFS-Hemodialysis_SP_508%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/KFS-Hemodialysis_SP_508%20(2).pdf)

López, Y., López, L., Baca, A., Guzmán, P., Ángeles, A., Ramírez, R.,... Castro, L. (2017). Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. *Med Int Méx.*, 33(2) pp:177-184.

Maceira, M., y De la Fuente, R. (2013). Preservación post-extracción de riñones de donante cadáver con maquina de perfusión pulsátil. Recuperado de: <https://www.sergas.es/docs/Avalia-t/CT201302maquinaperfusionpulsatil.pdf>

Martín, E., y Errasti, P. (2006). Trasplante renal. *An. Sist. Navar.*, 29(2) pp: 79-92.

Ministerio de salud pública y deporte (2011). Normas de diálisis peritoneal. Recuperado de: <http://www.saludrenal.minsalud.gob.bo/pdf/Normativa/DNDP.pdf>

Miranda, B., Fernandez E., Cañon, J., Cuende, N., Naya, M., y Garrido, G. (2001). Características de los donantes renales en España: Factores de riesgo y órganos desechados para trasplante. *Nefrología*. Recuperado de: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699501027088>

Murgos, L. (2015). Complicaciones en pacientes sometidos a diálisis peritoneal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero del 2014 a julio del 2015 (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Perú.

Normativa de cobertura fondo nacional de recurso: tratamiento dialítico (2006). Recuperado de: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/tecnicas/n_dialisis.pdf

Pérez, J., Magrans, C., Almaguer, M., Zambrano, A., Delgado, G., Perz, R.,...Álvarez, T. (2003), Hemodiálisis ambulatoria. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/nefrologia/guia_de_buenas_practica_clinicas_en_hemodialisis_1.pdf

Rosero, M., Puente D., y Bravo D. (15 de junio de 2016) 1000 pacientes están en lista de espera para recibir un trasplante. Recuperado de:

<http://www.elcomercio.com/actualidad/pacientes-donante-organos-ecuador-salud.html>.

Servicio Madrileño de Salud (2015). Plan estratégico 2015 nefrología en el entorno de la libertad de elección (2015). Recuperado de: https://www.somane.org/modules/webstructure/files/pe_nefrologi769a_maq_definitiva_10_04_2015doc.pdf

Sociedad española de nefrología (2015). Diálisis: tomar las decisiones que mejor se adaptan a usted. Recuperado de: https://www.senefro.org/contents/webstructure/GuiaTomaDecisionesDialisis_KRU_K_.pdf

Torrijos, J. (2015). Prevalencia y Características Clínicas de la Insuficiencia Renal Crónica En El Ámbito Hospitalario (Tesis doctoral). Universidad de las Islas Baleares, España.

Valdéz, R. (2008). Trasplante renal. Medigraphic, 3(3) pp: 97-104.

ANEXOS

ANEXO # 1

- HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL

ANALÍTICA PRETRASPLANTE - RECEPTOR

NOMBRE:

EDAD:

HC:

INICIO DE TSR:

CAUSA IRC:

	Fecha:	Fecha:		Fecha:	Fecha:
HEMOGRAMA:			anti-HBs		
Hb/hto			Herpes I IgG /M		
Plaquetas			Herpes II IgG /M		
Leucocitos			Epstein Bar		
Neutrófilos			HIV		
Linf /eos			HTLV I-II IgG		
COAGULACIÓN			Varicela		
TP/TPT			MARCADOR TUMOR:		
INR			Ca 125		
Grupo Sanguíneo			Ca 19-9		
Factor Rh			Ca 15-3		
BIOQUÍMICA:			PSA total		
Creatinina			PSA libre		
Urea			CYFRA 21-1		
Ac úrico			Ca 72-4		
NA, K, CL			AFP		
AST / ALT			CEA		
GGT			TIROIDES:		

Fosfatasa alcalina			TSH		
Bilirrubina T /D			FT3 /FT4		
Amilasa			LÍPIDOS:		
Lipasa			Colesterol /LDL		
Proteínas Totales			Triglicéridos		
Albúmina			IMÁGENES:		
Calcio / fosforo			AngioTC		
PTH			Ecografía abdominal		
AUTOINMUNIDAD:			Eco próstata		
ANA			Eco pelvis /transvaginal		
Anti-DNA			Rx de tórax		
C3 / C4			Ecocardiograma		
Factor reumatoide			ECG		
SEROLOGÍA:			IC Psicología		
Chagas IgG / IgM			IC Psiquiatría		
VRDL			IC Cardiología		
CMV IgG / IgM			IC Urología		
Toxo IgG / IgM			IC Neumología		
Hepatitis C			IC infecto logia		
HBsAg			IC Dermatología		
anti-HBc			IC Odontología		
COPRO			IC Otorrinolaringología		
EMO			IC Nutrición		
			IC. Ginecología		

- Staff Medico.

ANEXO # 2

PROGRAMAS UTILIZADOS PARA EL ESTUDIO



ANEXO # 3

BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL



ANEXO #4
Lista de cotejo

Indicadores	Descripción
Valoración clínica	
Patologías asociadas	
Programa dialítico	
Tiempo en el programa dialítico	

ANEXO #5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Problemática en la Valoración Pre Trasplante en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de Noviembre del 2016 a Noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo”

PROBLEMA	OBJETIVOS	MÉTODOS
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cuál es la problemática en la valoración clínica de los pacientes para someterse a un trasplante renal?</p> <p>¿Cuál es la problemática en la valoración patológica de los pacientes para someterse a un trasplante renal?</p> <p>¿Cuál es la problemática en la valoración para la determinación del programa dialítico?</p> <p>¿Cuál es la problemática en la valoración del tiempo en el programa dialítico?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Describir la problemática en la valoración clínica del paciente para someterse a un trasplante renal.</p> <p>Establecer la valoración de las patologías de los pacientes para someterse a un trasplante renal.</p> <p>Determinar la problemática en la valoración para la determinación del programa dialítico.</p> <p>Estimar la valoración del tiempo en el programa dialítico.</p>	<p>Diseño de la investigación: No experimental Paradigma: Positivista Enfoque: Cuantitativo Población: Estuvo constituida por 164 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.</p> <p>Muestra: El Universo muestral fueron: 164 pacientes con insuficiencia renal crónica.</p> <p>Técnica: La observación</p> <p>Instrumento: Lista de cotejo</p> <p>Método de análisis: Una vez recolectados los datos se sometieron a un proceso de crítica y codificación. Se elaboró una base de datos, utilizando el programa SPSS 21 para la tabulación. Posteriormente los datos obtenidos fueron organizados en tablas y gráficos estadísticos de acuerdo a los objetivos de la investigación.</p> <p>Luego se procedió a la interpretación y análisis</p>

ANEXO #6
ANÁLISIS DE VALIDÉZ

Coefficiente de Validez de Contenido (CVC)

Para la validez del instrumento se entrevistó a 3 jueces y se aplicó la metodología del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) que se muestra en el siguiente detalle:

Ítems	Juez1	Juez2	Juez3	Número de Jueces	Ítems esencial	Ítems no esencial	CVC	Decisión
1	2	4	4	3	2	1	0.67	Incluir
2	2	4	4	3	2	1	0.67	Incluir
3	2	4	5	3	2	1	0.67	Incluir
4	3	4	5	3	3	0	1.00	Incluir
Suma							7.33	
CVC							0.85	

El CVC oscila entre 0 y 1, siendo las puntuaciones positivas cercanas a la unidad las que indican una mejor validez de contenido y para el caso se obtuvo un CVC de 0.81, siendo válido el instrumento.

ANEXO #7

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página 1 de 1
---	---	---

Yo, **Karl Friederick Torres Mírez** docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Piura, revisor (a) de la tesis titulada

“Problemática en la valoración pre trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de noviembre del 2016 a noviembre del 2017 en el hospital Teodoro Maldonado Carbo” del (de la) estudiante **Adriana Esteffania Sotomayor Briones**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 22 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 04 de diciembre de 2019



Firma
Mg. Karl Friederick Torres Mírez
DNI: 46710220

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

ANEXO #8

PANTALLAZO DE SOFTWARE TURNITIN

Problemática en la Valoración Pre Trasplante en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de Noviembre del 2016 a Noviembre del 2017 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

17%


TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	8%
2	hdl.handle.net Fuente de internet	2%
3	www.revistanefrologia.com Fuente de internet	1%
4	eprints.ucm.es Fuente de internet	1%
5	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
6	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de internet	1%
7	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de internet	1%
8	www.scielo.org.mx Fuente de internet	1%

ANEXO #9

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

 <p>UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO</p>	<p>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</p>	<p>Código : FDS-FF-FW-02/02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página 1 de 1</p>
--	--	---

Yo, **SOTOMAYOR BRIONES ADRIANA ESTEFFANIA**, identificado con DNI N° **0927234070**, egresado del Programa de **GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**, de la Universidad César Vallejo, autorizo [X], No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **PROBLEMÁTICA EN LA VALORACION PRE TRASPLANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL DE NOVIEMBRE DEL 2016 A NOVIEMBRE DEL 2017 EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO**, en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


Br. Adriana Sotomayor Briones
DNI N° 0927234070

FECHA: PIURA, 10 DE JULIO DE 2019

ANEXO #10

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIDAD DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

SOTOMAYOR BRIONES, ADRIANA ESTEFFANIA

INFORME TITULADO:

“PROBLEMÁTICA EN LA VALORACIÓN PRE TRASPLANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL DE NOVIEMBRE DEL 2016 A NOVIEMBRE DEL 2017 EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO”.

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 10 de julio de 2019

NOTA O MENCIÓN: aprobada por Unanimidad



KARL FRIEDRICH TORRES MIREZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN Y GRADOS
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PUNTA