

of Madrid, during the period 2010 to 2014, were included.

During this period, 331 transplants were performed, of which 50.8% (167) were admitted during the post-transplant year. In the first admission after kidney transplantation, a median of 4 NxD (RI = 2-7) per patient was assigned, being the most frequent 'Infection Risk' with 25.1% (83), 'Acute Pain' with 11.8% (39) and 'Poor Knowledge' with 10.3% (34).

Knowing the most frequent NxD, allows establishing plans of care that improve the quality of care and try to prevent possible complications of transplantation that affect the quality of life of the patient. This fact will help reduce costs in treatment, and more importantly, increase patient satisfaction and safety, while at the same time recover their health.

KEYWORDS

- NURSING DIAGNOSIS
- RENAL TRANSPLANTATION
- IN-PATIENT

Introducción

La sociedad actual está cada vez más envejecida, lo que ha supuesto numerosos cambios tanto en la estructura social como en el trabajo y en los hábitos de vida, incrementando problemas como la obesidad, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones urinarias recurrentes, los problemas renales, la nefritis, y otras anomalías en el tracto urinario. Como consecuencia de este incremento se observa un aumento progresivo de la prevalencia de la insuficiencia renal crónica^{1,2} en relación con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años y el 40% en mayores de 80 años) y con las enfermedades antes mencionadas³.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad con serias implicaciones físicas, psicológicas y socio-económicas para el paciente y para el sistema sanitario. En la actualidad, el trasplante renal representa el tratamiento de elección para la mayoría de pacientes, por sus excelentes resultados en cuanto a la supervivencia del injerto, por su mínimo riesgo vital, por la mejor calidad de vida del paciente y, a medio plazo, por resultar de menor coste que la diálisis⁴.

El trasplante renal es un procedimiento quirúrgico que consiste en transferir un riñón sano en el cuerpo de un individuo enfermo, ya sea para compensar la pérdida de un riñón o sustituir el órgano enfermo por uno sano y funcional⁵. El trasplante renal proporciona una mejor calidad de vida al liberar al paciente de la máquina de hemodiálisis, aunque le obliga a adoptar un estilo de vida diferente en relación con la alimentación, la higiene, la toma de medicamentos y los cuidados de salud⁶.

En España más de 57.000 pacientes han sido trasplantados desde que se inició la técnica en 1965. Hoy en día la cifra de pacientes con insuficiencia renal terminal en diálisis se sitúa en torno a 25.200 y el número de pacientes con un trasplante renal funcionando se sitúa en más de 25.000³. Las estadísticas muestran un aumento progresivo en la realización de trasplantes renales en España. Desde el año 2010, en el que se realizaron 2328, ha aumentado un 13.06% hasta el año 2014, en el que se realizaron 2678 trasplantes. Del año 2010 al 2014 se realizaron en Madrid 2095 trasplantes de riñón, de los cuales 331 (un 15.79%) se implantaron en el Hospital Clínico San Carlos⁷.

Desde el inicio del proceso del trasplante y con el fin de evitar el rechazo del injerto, se somete a los pacientes a una terapia inmunosupresora que lleva asociados numerosos efectos adversos, como son: la aparición de procesos infecciosos, complicaciones neoplásicas, obesidad, diabetes y nefrotoxicidad entre otros. Toda esta situación aumenta la vulnerabilidad lo que conlleva un aumento de estancias hospitalarias⁸.

Por ello, el trasplantado renal ingresado requiere una atención multidisciplinar en el que el trabajo de enfermería debe ir enfocado a aumentar el compromiso del paciente con su propio autocuidado, para conseguir una mayor adherencia al tratamiento y evitar el rechazo del órgano trasplantado ya que las posibles complicaciones pueden poner en peligro el injerto e incluso la supervivencia del paciente.

Además, la enfermera siempre ha de buscar la máxima calidad en los cuidados, estructurando adecuadamente su trabajo mediante la elaboración de un plan de cuidados personalizado que tenga en cuenta las características especiales de estos pacientes⁹. Este proceso enfermero se organiza en 5 etapas: valoración de las necesidades, diagnósticos enfermeros, planificación de los cuidados, ejecución o implementación de los mismos y valoración de los resultados obtenidos¹⁰. El diagnóstico de enfermería (DxE) es una etapa de singular importancia que se define como "*un juicio clínico sobre*

*las respuestas individuales, familiares o de la comunidad, a los problemas de salud, reales o potenciales, o procesos de vida que sirven de base para la selección de las intervenciones de enfermería y para alcanzar los resultados de los que la enfermera es responsable*¹¹.

La unificación del lenguaje empleado mediante taxonomías como NANDA-I, a la hora de identificar y registrar los juicios clínicos de las enfermeras, es un aspecto que permite realizar una valoración continua y un seguimiento de los cuidados.

Los planes de cuidados informatizados ayudan a establecer los DxE, criterios de resultado e intervenciones mediante un lenguaje normalizado.

El objetivo del presente trabajo es describir los principales DxE en el primer ingreso del paciente tras el trasplante renal reciente, así como el motivo por el que ingresan.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de la Historia Clínica.

Los pacientes incluidos fueron todos aquellos sometidos a un trasplante renal durante los años 2010 al 2014 y que ingresaron durante el año posterior a la fecha del mismo.

Las variables recogidas fueron edad, sexo, tipo de donante, nº de ingresos durante el año posterior a su trasplante, motivo del primer ingreso tras el trasplante y tiempo transcurrido desde el trasplante hasta el ingreso.

De los sujetos que ingresaron durante el periodo estudiado, se midieron las frecuencias de los DxE asignados en el primer ingreso por las enfermeras de la Unidad de Nefrología. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas de distribución normal se resumen con media y desviación estándar (DE), y las que no siguen dicha distribución con mediana y rango intercuartílico (RI). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0.

Resultados

La población total de trasplantados durante los años estudiados fue de 331 pacientes con una edad media de 53,1 años (DE=13,2). La distribución por sexos fue de 63,7% (211) hombres y 36,3% (120) mujeres.

El tipo de trasplante fue en un 73,4% (243) de donante en asistolia un 25,4% (84) de donante en muerte encefálica y 1,2% (4) de donante vivo, tal y como se puede ver en la **figura 1**.

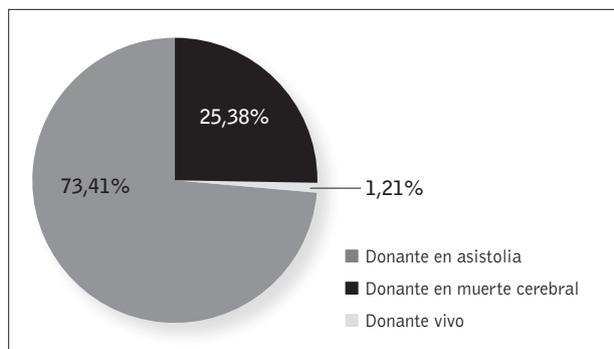


Figura 1. Tipo de trasplante según el donante.

El 50,8% (167) de los pacientes trasplantados durante el periodo de estudio ingresaron durante el año post-trasplante, con una mediana de 2 reingresos por paciente (RI:1-3).

El tiempo transcurrido entre el trasplante y primer ingreso fue variable siendo la mediana 70 días (RI=38-126).

Los principales motivos por los que los pacientes ingresaron tras recibir un trasplante renal fueron, como se puede ver en la **figura 2**: por deterioro de la función renal un 16,9% (56) en primer lugar; en segundo lugar por intervención quirúrgica un 5,1% (17), seguido de infección del tracto urinario (ITU) y gastroenteritis aguda (GEA) en un 3,6% (12).

En los primeros ingresos de los pacientes tras el trasplante renal reciente se asignaron una mediana de 4 DxE (RI=2-7) por paciente, siendo los más frecuentes [00004] Riesgo de Infección con un 25,1% (83), [00132] Dolor agudo con un 11,8% (39), [00126] Conocimientos deficientes con un 10,3% (34), [00026] Exceso de volumen de líquidos y [00146] Ansiedad, ambos con un 9,1% (30); el resto de frecuencias se puede observar en la **figura 3**.

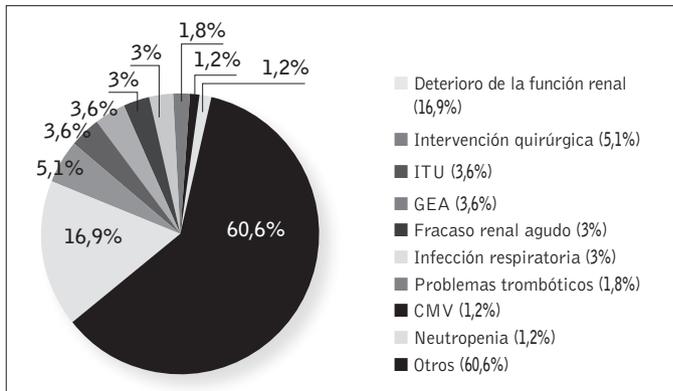


Figura 2. Motivo de ingreso.

El presente estudio ha permitido describir los DxE más frecuentes en el paciente trasplantado renal en el primer ingreso postrasplante, estableciendo planes de cuidados individualizados que pueden mejorar notablemente la calidad asistencial al identificar las necesidades sobre las cuales es preciso intervenir¹³. Estudios previos han demostrado que el conocimiento específico de los DxE más comunes en la práctica clínica determinará un correcto desarrollo de los cuidados individualizados para este tipo de pacientes.

Asimismo los resultados obtenidos pueden ser útiles también en enseñanza ya que representan una herramienta que favorece el pensamiento crítico¹².



Figura 3. Frecuencia de los diagnósticos de enfermería.

Se han descrito cinco DxE especialmente prevalentes en el paciente trasplantado renal que ingresa, y que, en su mayoría, son acordes con la bibliografía previa¹⁴, tales como: Riesgo de infección, dolor, conocimientos deficientes, exceso de volumen de líquidos y ansiedad.

El más frecuente es el riesgo de infección, definido en la NANDA¹⁰ como "aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos" relacionado, como se demuestra en otros estudios^{15,16}, con los procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, canalización de catéter

venoso central, pérdida de solución de la continuidad de la piel, colocación de drenajes y sondas, etc) y fundamentalmente a que poseen un sistema de defensas inadecuado debido a la inmunosupresión a la que están sometidos.

La inmunosupresión es uno de los principales factores de riesgo para el DxE de Riesgo de infección en el paciente receptor de un trasplante renal¹⁷, ya que la terapia inmunosupresora está relacionada directamente con la incidencia de infecciones graves, particularmente en las primeras etapas del periodo postrasplante^{18,19}.

El dolor agudo es definido por la NANDA¹¹ como: "Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final previsible y una duración menor de 6 meses"; el hecho de encontrar como el segundo motivo de ingreso la intervención quirúrgica ya podría

Discusión y conclusiones

El paciente trasplantado tiene algunas limitaciones en su vida relacionadas con el uso constante de medicación, los cuidados específicos en higiene y alimentación y los problemas derivados de la inmunosupresión, peculiaridades estas que hacen que el paciente trasplantado sea susceptible de precisar ingresos hospitalarios por diferentes motivos.

En nuestro estudio, vemos que la mitad de los pacientes trasplantados, ingresan de 1 a 3 veces durante el primer año postrasplante, lo que se corresponde con los datos encontrados en estudios similares¹².

Las enfermeras, por medio del diagnóstico de enfermería, pueden sistematizar su trabajo ofreciendo un cuidado de mayor calidad.

justificar por sí solo este diagnóstico, que se asocia, como dice su definición a una lesión tisular real o potencial; en una investigación previa el dolor estaba presente en todos los pacientes sometidos a una pérdida de la integridad de la barrera epitelial causada por el daño inherente a la intervención quirúrgica; a lo que hay que añadir que los pacientes trasplantados se encuentran generalmente en tratamiento con corticoides, que según la literatura²¹, se asocian a una mayor predisposición a sufrir osteoporosis, fracturas y necrosis vascular que también pueden provocar dolor.

El diagnóstico de Conocimientos deficientes, se define como¹¹: "*Carencia o deficiencia de la información cognitiva relacionada con un tema específico*"; este diagnóstico está presente a pesar que, desde este centro se realiza un exhaustivo seguimiento de los pacientes trasplantados ambulatorios, proporcionándoles información y resolviendo sus dudas; a veces, y según demuestra la bibliografía²², las preocupaciones del paciente no son acordes con la información recibida ni con los objetivos de las investigaciones llevadas a cabo por los profesionales, eso podría llevar al paciente a no sentirse involucrado en su proceso de cuidado al ver que sus prioridades no son compartidas por el equipo que le trata, este hecho podría provocar indirectamente una falta de información.

El exceso de volumen de líquidos consiste¹¹ en un: "*Aumento de la retención de líquidos isotónicos*", debido a que un alto porcentaje de los pacientes que ingresan en el año postrasplante lo hacen por un deterioro de la función renal o por un fracaso renal agudo, no sorprende encontrar este diagnóstico de enfermería ya que un riñón disfuncionante provocará inevitablemente un aumento en la retención de líquidos corporales.

La ansiedad, definida como¹¹: "*Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro*". Estudios anteriores^{21,23} han observado que se asocian a este diagnóstico factores estresantes como miedo al rechazo del trasplante renal, o la preocupación por el soporte económico muy presentes en este tipo de pacientes.

Cada uno de estos DxE establece un escenario en el que se requiere unas intervenciones de enfermería relacionadas con los cuidados que deben ser debidamente planificadas e implementadas. De esta forma se asegura la creación de unas condiciones que reduzcan las complicaciones asociadas al paciente postrasplanteado, reduciendo además los costes y, lo que es más importante, aumentando la satisfacción del paciente ayudándolo a recuperar su salud.

Al usar una terminología estandarizada como es NANDA-I, facilitamos la recogida de datos, lo que juega un papel esencial no sólo en el cuidado del paciente sino también en la comunicación entre enfermeras, así como entre enfermeras y otros profesionales de la salud, incrementando la seguridad del paciente^{24,25}.

Otro de los objetivos del estudio era conocer los motivos más frecuentes por los que ingresa el paciente tras un trasplante renal reciente. Esta información ha resultado especialmente útil para el seguimiento ambulatorio de estos pacientes a través de la Consulta de Trasplante Renal, ya que se podrán establecer nuevas estrategias de Educación para la Salud basadas en los hallazgos del presente estudio.

Han existido algunas limitaciones, como por ejemplo, las pérdidas de aquellos casos que pudieron haber ingresado en otros centros hospitalarios tras el trasplante.

Tampoco se consideraron las estancias en el Servicio de Urgencias que no evolucionan a ingreso, ya que al paciente durante la estancia en urgencias no se le asigna plan de cuidados.

Recibido: 21 noviembre 2016

Revisado: 9 diciembre 2016

Modificado: 25 diciembre 2016

Aceptado: 15 enero 2017

Bibliografía

1. Kidney Transplantation Manual. Brazilian Transplantation Society. Available at: http://www.abto.org.br/abtoV02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/manual_transplante_rim.pdf. Visto Mayo, 2011.
2. Procópio FO. Fatigue effects in daily life activities of kidney transplant recipients. *Transplantation proceedings*. Elsevier, 2014: 1745-1749.
3. Datos extraídos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, consultado en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf. Visto en Abril 2015.

4. Berlango Jiménez, J. Indicaciones del trasplante renal. Preparación preoperatoria. En: Force, A. La Enfermería y el trasplante de órganos. Madrid. Ed. Panamericana; 2004. p.89.
5. Kusomota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2004; 12 (3): 525-532.
6. Lira ALBC, Lopes MVO. Kidney trasnplanted patients: nursing diagnoses association analysis. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 mar; 31 (1): 108-114.
7. Datos extraídos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, consultado en: <http://www.ont.es/Documents/Datos2014.pdf> . Visto en Abril 2015.
8. Martins L, Henriques AC, Dias L, Almeida M, Pedroso S, Freitas C et al. Pancreas-Kidney Transplantation: Complications and Readmissions in 9-Years of Follow-up. *Trasplantation Proceedings*, 2010; 42: 552-554.
9. Lucena AF, Echer IC, Assis MCS, Ferreira SAL, Teixeira CCS, Steinmetz QL. Infectious complications in kidney transplant and its implications to nursing interventions: Integrative review. *Revista de Enfermagem*. 2013; 7: 915-923.
10. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
11. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermería de la NANDA: definiciones y clasificaciones 2007-2008.
12. Fontana I, Bertocchi M, Diviacco P, et al: Infections after simultaneous páncreas and kidney transplantation: a single-center experience. *Trasplant Proc*. 2009; 41: 1333.
13. Lucena et al. The nursing process: interfaces with the hospital accreditation process. *Rev Gaucha Enferm*. 2013 Dec;34(4):12-3, 8-11.
14. Ferreira SAL, Echer IC, Lucena AF. Nursing Diagnoses Among Kidney Transplant Recipients: Evidence From Clinical Practice. *International journal of nursing knowledge*, 2014; 25 (1): 49-53.
15. McPake D, Burnapp L. Caring for patients after kidney transplantation. *Nurs Stand*. 2009 Jan 14-20;23(19):49-57; quiz 58. Review.
16. Darli CC, Rossi LA, Dalri MC. Nursing diagnoses of patients in immediate postoperative period of laparoscopic cholecystectomy. *Rev Latino Am. Enfermagem* vol. 14 no.3 Ribeirão Preto May/June 2006.
17. Luvisotto MM, De Carvahlo R, Galdeano LE. Renal transplantation: diagnosis and nursing intervention in patients during immediate postoperative period. *Eins-tein*, 2007; 5(2): 117-122.
18. Sousa SR, Galante NZ, Barbosa DA, Pestana JOM. Incidence and risk factors for infectious complications in the first year after renal transplantation. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2010; 32 (1): 77-84.
19. Heilman RL, Mazur MJ, Reddy KS. Immunosuppression in simultaneous pancreas-kidney transplantation: Progress to date. *Drugs*, 2010; 70(7): 793-804.
20. Mota PC, Vaz AP, Ferreira IC, Bustorff M, Damas C. Lung and kidney transplantation. *Revista Portuguesa Pneumologia*, 2009; 15 (6): 1073-1099.
21. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2006; 59 (3): 321-26.
22. Talas MS, Bayraktar N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. *J Clin Nurs*. 2004; 13 (5): 580-8.
23. Navaneethan SD, Boulware LE, Sedor JR. Patients as Stakeholders in Setting Kidney Disease Research Priorities. *American Journal of Kidney Diseases*, 2015; 65 (5): 641-643.
24. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies of people with kidney trasplants. *J Adv Nurs*. 2004; 45 (1): 47-52.
25. Albuquerque JG, Lira ALBC, Lopes MVO. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010; 63 (1): 98-103.
26. Dallé J, Lucena AF. Nursing diagnoses identified in hospitalized patients during hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25 (4): 504-510.