

DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS QUE SE MANEJAN EN EL CAMPO DEL TRASPLANTE DE RIÑÓN Y DEL IMPACTO QUE ESTE PROCESO DE DISTRIBUCIÓN TIENE EN SU SOBREVIVENCIA Y EN SU CALIDAD DE VIDA EN TRES CENTROS DE ATENCIÓN AL PACIENTE RENAL EN LAS CIUDADES DE ARMENIA Y MEDELLÍN (2000 – 2004).

**DIANA MARCELA ATEHORTÚA ARANGO**

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES  
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA  
ARMENIA, QUINDÍO  
2005

DESCRIPCION DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS QUE SE MANEJAN EN EL CAMPO DEL TRASPLANTE DE RIÑÓN Y DEL IMPACTO QUE ESTE PROCESO DE DISTRIBUCIÓN TIENE EN SU SOBREVIVENCIA Y EN SU CALIDAD DE VIDA EN TRES CENTROS DE ATENCIÓN AL PACIENTE RENAL EN LAS CIUDADES DE ARMENIA Y MEDELLÍN (2000 – 2004).

**DIANA MARCELA ATEHORTÚA ARANGO**

Trabajo de grado para acceder al título de Gerontóloga

DIRECTORA

**INGEBORG CARVAJAL FREESE**

MÉDICA

ASESOR ESTADÍSTICO

**DARIO ÁLVAREZ**

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y BELLAS ARTES

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

ARMENIA, QUINDÍO

2005.

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

Firma Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Armenia, 12 de Agosto de 2005.

## AGRADECIMIENTOS

Fue un camino bastante largo por recorrer y como es evidente no lo hubiese logrado sin la ayuda de quienes creyeron y confiaron en mis capacidades. Por eso estas líneas son para ellos.

Gracias a **DIOS** por ser el gestor de este proceso. Gracias a mis tías **Anita y Sonia** quienes desde la distancia me enviaron su fortaleza y cariño. Gracias a mi familia en Medellín por estar siempre pendientes. Gracias a **los docentes del Programa de Gerontología** por que con su empeño, tiempo, dedicación y uno que otro tirón de orejas fortalecieron las bases del ser humano que soy. Gracias a **mis buenos amigos** por su comprensión, sonrisas y enseñanzas y por alentarme en esta recta final tan complicada.

Gracias a los **médicos nefrólogos, trabajadoras sociales, psicólogas, secretarias, pacientes y sus familias** por permitirme entrar en sus vidas y lugares de trabajo, personas increíbles con las cuales tuve contacto en la realización del trabajo de investigación y con las que se crearon lazos fuertes de amistad.

Y para finalizar un agradecimiento muy especial para la **Dra. Ingeborg Carvajal Freese**, Directora de mi proyecto de grado, por compartir su dedicación, tiempo, paciencia y conocimientos, por creer en mí y en la investigación realizada.

## DEDICATORIA

A veces el camino por recorrer parece largo, lento e incierto y cuando se mira hacia atrás no parece tan sorprendente el logro alcanzado.

A veces tu carrera no se encuentra en el escalafón de las mejores de tu universidad y el panorama laboral es uno de los más desconcertantes.

A veces las personas no entienden que cualquier sacrificio merece un reconocimiento por pequeño que sea y que el dinero en ocasiones es insuficiente, que la paciencia falta y que las lágrimas hacen su aparición sin excusa o motivación.

Por todo esto y más es que hoy este momento de mi vida se encarga de dar un reconocimiento a quien te decía al oído esfuerzate y lucha por tus ideales, a pesar de los obstáculos y dificultades, no te dejes abatir y levanta la mirada frente al mundo diciendo aquí estás en pie y hacia delante, piensa que hoy es poco lo que se obtiene y debes ir más lejos cada nuevo día.

A quien a pesar de todo nunca te dejó sola y creyó en ti.

A quien te secaba las lágrimas y daba un beso de buenas noches.

A quien en las mañanas te daba la bendición y deseaba toda la suerte del mundo para esa evaluación final.

A quien te brindó su casa y con su mirada firme y un halón de mejillas te demostró su apoyo y cariño incondicional.

Ya es hora. Por fin ha llegado el momento de recoger lo sembrado, es hora de decir que valió la pena la inversión y que el tiempo no se perdió. Hoy es el instante preciso para darles un abrazo sincero y decirles con el

corazón abierto y lágrimas en los ojos **GRACIAS MAMI, GRACIAS TÍO SAÚL DARIO. AQUÍ TERMINA SU OBRA Y OJALÁ DIOS ME PERMITA DISFRUTAR DE SUS ENSEÑANZAS Y COMPAÑÍA POR MUCHÍSIMOS AÑOS MÁS.**

## RESUMEN

En nuestra cultura el ser humano siempre ha tenido la fantasía de poder encontrar algún día la fuente de la eterna juventud y así prolongar la vida. Ahora es posible reducir quirúrgicamente el paso que los años y el desgaste natural manifiestan en nuestro cuerpo, por medio de estos procedimientos y tecnología de punta se reemplaza lo que ya no sirve, se implanta lo que falta y se extirpa lo que sobra.

Hace un par de siglos, tal vez décadas o quizá unos años atrás era impensable soñar con enviar hombres en misión científica a la luna u otros planetas; hoy se vislumbra este sueño como una realidad tangible, donde no sólo se hacen estos viajes con miras al conocimiento científico e investigación sino como futuro destino turístico.

El ser humano a través del tiempo y en nombre de su deseo de poder y conocimiento ha escudriñado las entrañas de todo campo, ciencia, esfera y sistemas para él existentes, obteniendo como resultado los más fantásticos, innovadores, destructores y complejos procedimientos y mecanismos, entre otros, para demostrar su potencial, su dominio y supremacía ante especies inferiores y ante sus semejantes. Hace un centenar de años o más, era imposible creer que por medio de un procedimiento quirúrgico, de un cadáver se pudiesen extraer órganos para trasplantar en un ser humano vivo y así lograr prolongarle la vida y la calidad de ésta, o también sonaba como una utopía que para seguir viviendo se debía estar conectado a una maquina de diálisis por varias horas.

Hoy ese sueño por el que tanto se ha luchado es una realidad palpable para quienes padecen de IRC (Insuficiencia Renal Crónica) y su

tratamiento es cada vez más frecuente. Esta es una población en busca de una segunda opción u oportunidad de vida.

¿Pero qué tan asequibles son estos recursos para las personas mayores de 55 años con IRC en una sociedad que discrimina y rechaza al viejo?

Desde una perspectiva normal se plantea que una sociedad que aísla a su población más vulnerable es una sociedad excluyente y egoísta, pero en medio de todo ese tramado de desventajas hay sectores de esa misma sociedad que se encargan de dar alivio y prestar asistencia a quienes la necesitan y no sólo a nivel orgánico sino social, económico, familiar, psicológico y cultural.

Tomando el caso de la población mayor afectada por una patología crónica, en conjunto las Unidades Renales (en mención) con toda la infraestructura física y personal que allí labora, los pacientes con diagnóstico y tratamiento de la IRC, sus familias y demás entornos inmediatos, son quienes hacen parte activa del proceso de selección.

Con este trabajo se trata de explorar como son los criterios de inclusión y exclusión de personas mayores de 55 años en los programas de diálisis, lista de espera y finalmente como receptores de órganos (riñón) y la manera como inciden en su calidad de vida, en ciudades como Armenia y Medellín.



## SUMMARY

In our culture the human being has always had the fantasy of finding the eternal youth's fount and in this way to prolong the live, nowadays, it is possible to reduce surgically the step of the years and the natural waste that our body shows, by means of this procedures and tip technology it is placed what does not work, it is placed what is missing, and it is extirpate what is more than enough.

Some centuries ago, maybe decades or maybe some years ago it was unthinkable to dream of sending men in scientific mission to the moon or other planets, today that dream is glimpsed as a tangible reality, where this trips are not made whit the only purpose of the scientific investigation but as a future tourists destiny.

The human being through the time and the name of his wish of power and knowledge has deeply examined the bowel of every field, science, sphere, and all the existent systems for him, having as a result the most fantastic, innovated, destroyer and complex procedures and mechanisms, among others, to demonstrate its potential, domain and supremacy before inferior species and before its similar. A hundred years ago or more, it was impossible to believe that by means of a surgical procedure, from a cadaver organs could be extracted to be transplanted into a living human being and in this way prolong its life and its quality, or also it sounded like an utopia that in order to continue living one should be connected to a machine of dialysis for several hours.

Today that dream for the one that so much has bee fought is a palpable reality for those who suffer CRI (Chronicle Renal Inadequacy) and its

treatment is every time more frequent. This is a population searching for a second option or live opportunity.

¿But how affordable are these resources for people older than 55 with CRI in a society that discriminates and rejects the elder people?

From a normal perspective it is that a society that isolates its most vulnerable population is an excluding and selfish society, but in between all this lattice of disadvantages there are sector of this society it self that take charge of providing relief and give assistance to those who need it and not only to an organic level but also to social, economical, familiar, psychological and cultural way.

Taking the case of the older population affected by a chronic pathology on the whole, the Renal Units (in mention) with all the physical infrastructure and the crew that works there, the patients with a diagnostic and the treatment of the CRI, their families and other immediate environments, are the ones that make active part of the process of selection.

With this work it is to explore how are the approaches of inclusion and exclusion for people older than 55 years dialysis program, list of wait, and the finally as organ receptors (kidney), and the way these impact in their incidence quality of life in cities like Armenia and Medellín.

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **RESUMEN**

### **INTRODUCCIÓN**

<b>1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>17</b>
1.1 Planteamiento del problema	17
1.2 Objetivos	20
1.2.1 Objetivo General	20
1.2.2 Objetivos Específicos	20
1.3 Cobertura del Proyecto	21
1.4 Justificación	21
<b>2. MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>23</b>
2.1 Marco Situacional	23
2.2 Marco Teórico	25
2.2.1 Envejecimiento y vejez	25
2.2.2 Envejecimiento y tecnología	30
2.2.3 Teorías sobre envejecimiento	32
2.2.4 Envejecimiento y patologías asociadas	34
2.2.5 Estructura del riñón	38
2.2.6 Gráfica 1 (Estructura del riñón)	40
2.2.7 Función del riñón	41
2.2.8 Enfermedades del riñón	41
2.2.9 Clasificación de la IRC	48
2.2.10 Tratamiento de la IRC	49
2.2.11 Terapias de reemplazo renal	55
2.2.12 Gráfica 2 (hemodiálisis y diálisis peritoneal)	62

2.2.13 Gráfica 3 (Trasplante renal)	63
2.2.14 Trasplante y donación de órganos	72
2.2.15 Calidad de Vida	78
2.2.16 Justicia sanitaria	89
2.2.17 Legislación colombiana y las personas mayores	94
2.2.18 La historia de la donación de órganos y los trasplantes en Colombia	96
2.2.19 La Seguridad Social en Salud, La Ley 100 de 1993 y los trasplantes	108
2.3 Marco Conceptual	112
<b>3. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>124</b>
3.1 Línea de investigación	124
3.2 Tipo de estudio	124
3.3 Población y muestra	125
3.4 Diseño metodológico	126
3.5 Interpretación de datos	147
3.6 Términos utilizados en la metodología	165
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>172</b>
<b>5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>178</b>
<b>6. ACCESORIOS Y COMPLEMENTARIOS</b>	<b>180</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>205</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>210</b>

## INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores, estereotipados como débiles, enfermos y dependientes de las generaciones anteriores para tomar sus propias decisiones tienen, ante todo, un gran nivel de moralidad, satisfacción de vida y autoestima, si bien se encuentran en desventaja tanto frente al culto a la juventud existente en nuestro tiempo como a la tendencia de la sociedad a rechazar la muerte. Los estamentos gubernamentales y los profesionales tenemos la obligación de garantizar a las personas mayores que tengan cubiertas sus necesidades básicas y que dispongan de los recursos suficientes para seguir viviendo de forma útil, autónoma y satisfactoria dentro de la comunidad a la cual pertenecen, aportan y han entregado más de la mitad de su existencia.

El afán de ser jóvenes a cualquier precio ha acabado por afectar para bien y para mal a los viejos. Para bien, porque incentiva a una vida mucho más sana y activa, sin las connotaciones de rechazo y aislamiento social que, en su más profunda ambivalencia, encierra la palabra vejez. Pero igualmente también para mal, porque se ha producido una devaluación objetiva del enriquecedor papel que han desempeñado los viejos a través de la historia. En numerosas culturas, incluyendo la nuestra en el pasado, se percibía al viejo como alguien que «tiene mucho que dar»; el dicho popular es explícito al respecto: “Si no oyes consejos, no llegarás a viejo”; por ende, debemos tener en cuenta que la «sabiduría de la experiencia» es un valor absoluto para la educación y la formación de aquellos que también envejecerán.

Todas las etapas del ciclo vital tienen un momento especial, un momento casi siempre demarcado por la sociedad y son estas etapas las que se van entretejiendo con el pasar del tiempo y dan sentido a nuestra vida, por ejemplo; la niñez está relacionada con el juego, el calor y cariño de mamá y los primeros aprendizajes, la adolescencia abre los caminos de la personalidad y vislumbra el sendero por recorrer pero también hay cabida para la irresponsabilidad e irreverencia, la juventud se enmarca con los estudios superiores, los primeros años de trabajo y la opción de conformar una familia, la adultez es la personificación de lo aprendido, es la realización de los sueños de juventud y la vejez es la acumulación de todo lo anterior, es el momento definido para hacer los balances y evaluar los resultados, lo que se obtuvo, lo que se es.

Es cierto que a través de la vida nuestra estabilidad orgánica o biológica se puede ver afectada por diferentes causas o trastornos, pero también es cierto, que con el paso del tiempo y debido al desgaste natural del organismo, en la vejez, con mayor frecuencia se presentan algunos quebrantos o insuficiencias orgánicas y fisiológicas como las patologías cardiovasculares, metabólicas (diabetes), osteomusculares, sistémicas y degenerativas generalmente crónicas e incapacitantes, algunas manejables con fármacos y un cambio en el estilo de vida; pero otros, en cambio, están relacionados con procesos terminales de insuficiencia severos en órganos que sólo se pueden intervenir mediante el reemplazo. **Este es el campo en el que se mueven la IRC, la diálisis y el trasplante de riñón.**

Además de lo anterior, también es importante tener en cuenta los cambios socio-culturales que se generan, pues llegar a viejo puede convertirse en una utopía que muchos no alcanzarán.

Al hablar de la **insuficiencia terminal del riñón** es necesario hablar también de unas tasas de morbilidad y mortalidad y de múltiples hospitalizaciones e incapacidades que exigen una gran cantidad de recursos no sólo humanos y técnicos, sino sociales, familiares y hasta culturales. Sin embargo **el trasplante y la donación de órganos** en los adultos de la ciudad de Armenia se presenta como la mejor y tal vez la única alternativa en los pacientes con una falla terminal, no sólo para recuperar **la calidad de vida** y asegurar **su reintegro** como ser social, familiar y laboral, sino que muchas veces es la única posibilidad de sobrevivir para aquellos que padecen esta enfermedad. **El trasplante de riñón**, en últimas, es una opción a la cual tienen que enfrentarse algunas personas que padecen enfermedades que amenazan su vida o ven disminuida notablemente la calidad de ésta.

Si bien los países desarrollados nos llevan muchos años de ventaja en estos temas, cabe recordar que Colombia es catalogada como uno de los principales países de Latinoamérica con mejor nivel en salud y asistencia sanitaria, aunque no debemos desconocer que el tema del **trasplante** y por consiguiente de la donación de órganos, es un tema novedoso en nuestro sistema social (Armenia), cultural e incluso hospitalario y sobretodo cuando hay relación con personas mayores.

Siempre se habla de la enfermedad de los demás, del cáncer de la esposa, de la diálisis del señor, de los trasplantes y las donaciones que se hacen en las películas, pero nunca reflexionamos acerca de lo que está sucediendo con estas personas que parecen tan lejanas a nosotros. ¿Qué sienten y qué necesitan sus familias? y sobre todo, ¿qué necesitan y esperan ellos de las personas que los están asistiendo médicamente y de la sociedad que los rodea?

Somos donantes potenciales y en nuestras manos está el salvar más de una vida o por lo menos mejorar unas cuantas. Se debe hablar entonces de la rehumanización de los seres humanos y del gran valor social y cultural que puede llegar a representar convertirse en donante.

En la sociedad de Armenia no se tiene la conciencia y el conocimiento necesario para hablar de estos temas, pero lo contrario ocurre en una ciudad vecina como Medellín, que se ha convertido en estandarte de una cultura de generosidad que cada día gana más adeptos y reconocimientos internacionales. No podemos seguir ajenos a un tema vital que está convirtiéndose en el sueño y esperanza de aquellos adultos que encuentran su única opción de vida en un trasplante.

Es por esto que la presente investigación está basada en las historias reales de **personas mayores de 55 años que están siendo dializadas, pertenecen a una lista de espera para ser trasplantados o lo han sido** y las de las familias para las cuales este proceso médico-quirúrgico se convirtió en la única posibilidad de salvar las vidas de sus seres queridos y mejorar su calidad de vida, antes deteriorada por las enfermedades que los afligían y condenaban a muerte.



## 1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

Los patrones culturales actuales de juventud y belleza, los criterios de rentabilidad económica, las políticas de empleo, los cambios en las estructuras familiares, la dificultad para acceder a los servicios de salud y los imaginarios promovidos por los medios de comunicación (en el entorno en el que sucede el envejecimiento), se han encargado de manipular al viejo, encontrando en él su más vergonzosa realidad: **llegar a viejos y no poder aceptar y disfrutar de la vejez.**

Una sociedad que no sabe envejecer y no protege a sus viejos, una sociedad incapaz de sentir el dolor de sus viejos, una sociedad que no invierte en sus viejos y no acepta su vejez, es una sociedad que termina discriminando, aislando y rechazándolos. Si este patrón, que viene generalizándose en tantas dimensiones de la vida social, también incluye campos como la diálisis y el trasplante, el viejo no tendría ninguna opción de vida si ésta dependiera de la asignación de los escasos recursos, órganos y tejidos disponibles.

Si se impone un criterio de “utilidad social” frecuentemente impregnado por la actividad económica, el cálculo de costos y beneficios saldría desfavoreciendo a este grupo de alta vulnerabilidad. Es necesario replantear conceptos y modelos de envejecimiento que se puedan manifestar críticamente, en el caso del trasplante de riñón impidiendo que éste surja como una alternativa de vida y de reingreso a una sociedad a la cual todavía se pertenece y se puede aportar, y donde injustamente

puede configurarse la exclusión como otra forma de **“eugenesia social” por edad.**

En el contexto de la práctica médica actual predomina el modelo biomédico, según el cual, el cuerpo humano es considerado como una máquina, la enfermedad corresponde a una avería de esa máquina y al médico corresponde “arreglarla”. Con este modelo, las decisiones en el campo del trasplante corren el riesgo de convertir al médico en el mecánico mediador entre el límite vida - muerte = vida útil de la máquina. Es difícil juzgar la relación entre medicina y salud, puesto que la mayoría de las estadísticas sobre la salud utilizan un criterio parcial, definiéndola como la ausencia de enfermedad y una apreciación significativa tendría que abarcar tanto la salud individual como la social. La visión mecanicista del organismo humano ha fomentado la idea de una salud mecánica, que reduce la enfermedad a una avería técnica y la terapia a una manipulación puramente mecánica<sup>1</sup>.

La tecnología y la ciencia han ideado métodos muy complejos, muy costosos y además muy precisos para extirpar o arreglar varias partes del cuerpo e incluso para reemplazarlos por artefactos artificiales. En la perspectiva de la vida útil de la máquina, la persona mayor de 55 años como receptor de órganos y tejidos quedaría fácilmente excluido, afianzándose de esta manera una sociedad del reemplazo y de lo desechable, donde una máquina (el viejo) sería reemplazable por una nueva (el joven) en vez de realizar un **trasplante de órganos** que implica un procedimiento costoso, que requiere personal sanitario altamente calificado, intervención médica de alto nivel y por ende no justificaría tanto

---

<sup>1</sup> CAPRA, Fritjot. Modelo Biomédico. Apartes del documento “El punto crucial”. Páginas 135 - 183

movimiento. Podría resultar poco rentable para el Estado y para la sociedad realizar un procedimiento tan complejo en una persona mayor, donde no se recuperan fácilmente la productividad y mucho menos los años de “vida útil”. Sería lógico invertir esos recursos, conocimientos y tecnología en alguien más joven y con una expectativa de vida más alta, pero, entonces dónde está el derecho a la vida del cuál la persona mayor también es partícipe activa. Podríamos pensar que **los programas de diálisis** y el **trasplante de órganos** son sólo para determinados miembros de la sociedad y que el viejo, por estar al final de su vida, no puede acceder a este beneficio. Cabe preguntarse ¿qué tan justa y equitativa es una sociedad a la cual el viejo ha entregado su vida, trabajo, tiempo, familia y conocimiento y que a la hora de requerir su apoyo ésta lo discrimina?

De otra parte, en este marco también es importante explorar la filosofía de los centros de trasplantes, de los programas y de los donantes de órganos: **“Donar un órgano es un regalo de amor, es un regalo de vida”**; **“Donar vida a otros y a través de esos otros, es hacer posible que el ser querido se perpetúe”**. Encontramos aquí un criterio de gratuidad que genera otra posibilidad de crear lazos sociales significativos también en otros campos de interacción incluyendo a la persona mayor en esta opción.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se abre paso el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son los criterios de inclusión y exclusión de personas mayores de 55 años como receptores en los programas de diálisis y órganos en este caso concretamente de riñón y cual es su impacto en la sobrevivencia y calidad de vida de este grupo?

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Describir los criterios de inclusión y exclusión de receptores mayores de 55 años que se manejan en el campo del trasplante de riñón en centros de atención al paciente renal de las ciudades de Armenia y Medellín (2000 – 2004) y explorar el impacto que este proceso de distribución tiene en relación con la sobrevivencia y la calidad de vida de este grupo etareo.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- ✂ Identificar el tipo de reglas de selección que se dan en el campo del trasplante de riñón y explorar cómo afecta esta decisión a la persona mayor de 55 años como receptor.
- ✂ Diferenciar los criterios que se manejan en diferentes momentos del proceso de trasplante de riñón: a) diagnóstico de la IRC e ingreso y mantenimiento de personas mayores de 55 años a los programas de diálisis; b) ingreso a la lista de espera a trasplante; y c) trasplante.
- ✂ Describir en cada uno de estos momentos, los beneficios obtenidos en cuanto a la sobrevivencia, recuperación y calidad de vida, así como los impactos negativos que las personas mayores y sus familiares asumen
- ✂ Explorar la filosofía de los donantes y la toma de decisiones en el campo del trasplante de órganos, como generador de elementos prácticos en la construcción de nuevos modelos de interacción social y por ende de integración de la persona mayor.

### **1.3 Cobertura del proyecto**

La investigación se llevó a cabo en el municipio de Armenia en dos de las entidades que cuentan con Unidad Renal, pertenecientes al programa de diálisis de la Clínica del Parque y del Hospital Universitario San Juan de Dios y en el municipio de Medellín con la Asociación Nacional de Trasplantados y Nefrón S.A. Unidad Renal (HUSVP). Además se contó con la colaboración de la Fundación Clínica Valle de Lili de la ciudad de Cali y la Red de Trasplantes de la ciudad de Bogotá.

### **1.4 Justificación**

La vejez es una de las etapas de la vida donde el ser humano es más vulnerable y situaciones como la interacción en la sociedad, las relaciones laborales, las relaciones afectivas y el estado de salud, se convierten en los problemas más significativos.

En el campo del trasplante de órganos y específicamente en el de riñón, se conjugan de manera evidenciable las concepciones biomédicas, individuales, familiares, sociales, económicas y culturales del envejecimiento, la calidad de vida y la justicia social, expresados como criterios de inclusión y exclusión de este grupo poblacional en los programas de diálisis y listados de selección y distribución de órganos. Dado que se trata de decisiones que implican una demanda que supera ostensiblemente la oferta de los recursos, el problema de la persona mayor como receptor de un órgano vital se configura como un monitor especialmente sensible de lo que ocurre en otras dimensiones de nuestra sociedad.

Teniendo en cuenta que no existen trabajos de investigación en los que se enfoca particularmente el grupo de personas receptoras mayores de 55 años, corresponde a la Gerontología explorar este tipo de situaciones y así abrirles espacio en la sociedad futura para la recuperación de su estabilidad biológica, emocional, social, psicológica y económica.

De otra parte, es importante explorar los alcances de la filosofía de los programas de trasplantes como posibilidad de un nuevo paradigma de interacción social con la persona mayor.

Por lo tanto, se plantea una nueva perspectiva que a su vez también compromete a los diferentes ámbitos de la sociedad en la cual estamos incluidos, en procura de nuevos modelos de envejecimiento y aceptación individual no solo social, sino política, cultural y laboralmente para este grupo de personas del cual alguna vez formaremos parte.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 Marco situacional

El trabajo de investigación se realizó con 105 personas mayores de 55 años en diálisis, las cuales hacen parte de un grupo de 202 pacientes en dos centros de la ciudad de Armenia.

**La Unidad Renal Mediservicios S.A. (Fundación Fanny Ramírez de Mejía)**, es una entidad sin ánimo de lucro, que inició desde 1998 en la ciudad de Riohacha, Guajira, creada con el objetivo de tender una mano amiga al paciente renal y facilitarle la posibilidad de llevar una vida digna. Esta Unidad Renal se encuentra ubicada en la Clínica del Parque Avenida Bolívar # 1 – 20 de la ciudad de Armenia, tercer piso; Médico Nefrólogo Dr. José Jaime Torres.

**La Unidad Renal Nefrosalud Ltda.** es un establecimiento de salud de carácter privado, identificado con la necesidad de prestar servicio a los pacientes con enfermedades renales agudas, crónicas e Hipertensión Arterial y se encuentra ubicada en el segundo piso del Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios, avenida Bolívar Con calle 17 Norte, dirigido por el Dr. Jhon Serna, Médico Nefrólogo.

En la ciudad de Medellín se contó con la colaboración de la **Asociación Nacional de Trasplantados**, institución creada en 1986. Es una institución con personería jurídica y su labor es sin ánimo de lucro y agrupa a personas trasplantadas de algún órgano o tejido o en espera de algún trasplante con la finalidad de ofrecerles programas y servicios en salud, educación, autogestión, recreación e integración que contribuya a mejorar su calidad de vida.

**La Unidad Renal del Hospital Universitario San Vicente de Paúl** es el resultado de la asociación de varias entidades que aportan lo mejor para

brindar, al paciente renal soluciones de alto nivel tecnológico, ofrecidas con la mayor calidad humana, científica y asistencial. El **Hospital Universitario San Vicente de Paúl** aporta experiencia médica y clínica, laboratorios, ayudas diagnósticas, áreas de hospitalización, personal de enfermería y de apoyo, estructura administrativa y respaldo asistencial.

**Nefrón S.A. (Nefrólogos Asociados)** Empresa líder en Colombia que agrupa los profesionales que prestan servicios en el área de enfermedades renales. Aporta talento humano, profesionales en medicina y cirugía con estudios de especialización en universidades nacionales e internacionales; está respaldada por una amplia experiencia académica y asistencial en el tratamiento de las enfermedades renales.

**La Universidad de Antioquia** aporta su experiencia en docencia e investigación médica, respaldo científico, personal, estructura administrativa, bibliotecas y laboratorios especializados en estudios de histocompatibilidad y nefrología.

**Fresenius Medical Care** aporta su experiencia técnica e investigativa, suministros y equipos de alta tecnología, planta física y personal de enfermería, administrativo y operativo para el manejo de la diálisis peritoneal y hemodiálisis.



## **2.2. Marco teórico**

**2.2.1 Envejecimiento y vejez:** El proceso de envejecimiento tiene una repercusión considerable y definitiva en varios aspectos de la vida y éstos a su vez influyen en el funcionamiento normal de las sociedades y del individuo como tal. El envejecimiento no es un estado patológico y cada sociedad atribuye un significado diferente a la vejez a partir de la cual se designan estatus, roles y mandatos, se definen los posibles problemas de las personas mayores y se elaboran las respuestas a los mismos. Indudablemente, la mirada a la vejez y el envejecimiento está ligada a deficiencias, enfermedad y proximidad a la muerte. En muchos sentidos, las personas mayores se encuentran en desventaja tanto por el culto a la juventud existente en nuestro tiempo, como por la tendencia de la sociedad occidental a rechazar la muerte.

Cuando hablamos de envejecimiento y vejez ya estamos hablando de la vida, que en sí misma es compleja, en el sentido que se va conformando por múltiples factores, algunos predecibles y otros no tanto, pero todos ellos hacen la vida que tenemos; por lo tanto, podríamos ubicar a la vejez dentro de una de las etapas que conforman la vida y llamar envejecimiento al proceso de afrontamiento y a la sumatoria de situaciones complejas que debe atravesar el ser humano dentro de este ciclo vital.

Según el Geriatra Jaime Márquez Arango, se entiende por envejecimiento todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas y bioquímicas que aparecen en nuestro organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo; no es éste el que produce los cambios, sino el complejo funcionamiento fisiológico en el tiempo de nuestra vida y los riesgos que a través de ella encuentra.

La tendencia actual con respecto al envejecimiento plantea la existencia de un antecedente genético que, sumado al estilo de vida y a las condiciones en las cuales se vive, determinan el patrón de envejecimiento de cada persona y el estado de salud al envejecer, es decir, generalmente se envejece de acuerdo a como se ha vivido, por lo tanto, se puede argumentar que el envejecimiento está biológicamente programado y socialmente determinado.

El proceso de envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a diferentes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influenciada por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales. Aquel no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en el que se produce: la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente, así como la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural y tecnológico. La vejez no es una enfermedad como algunos lo plantean.

El envejecimiento es un proceso individual y colectivo a la vez, en el sentido que se produce en el individuo, pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida, por consiguiente decimos que a parte de todo lo mencionado, el envejecimiento está influenciado también por diferentes circunstancias a lo largo de la vida:

✂ **El pasado:** la historia de vida previa, la biografía de cada persona, determinan las actitudes hacia el envejecimiento

- ⌘ **El presente:** el cómo se experimenta la vejez y cómo es el comportamiento en ella, está determinado por las circunstancias en las cuales se encuentra el individuo o sea, la forma de vida particular
- ⌘ **El futuro:** está influenciado por diferentes expectativas, planes, temores, esperanzas y deseos que se tengan frente a la vida, independientemente del tiempo de vida que reste.<sup>2</sup>

Existe una visión del viejo como una persona con múltiples problemas físicos, funcionales y sociales y que llega a convertirse en una carga especialmente por la pérdida de su producción económica.

Una de esas esferas es la biológica, relacionada directamente con el desgaste natural de los órganos y para éste caso en particular, los riñones. Resultado de estos cambios y desgastes se presentan patologías como la ER (enfermedad renal), la cual indudablemente influye en la forma como se afronten los cambios que se dan en esos múltiples ámbitos, niveles o esferas y que en últimas no son iguales en todas las personas.

**Ser económico-laboral:** en la sociedad actual las personas mayores pasaron gran parte de su tiempo dedicado a actividades productivas. Tanto la tarea específica que desempeñaron como el ambiente en el cual lo hicieron, se convierten en una parte integral de sus vidas, se incluyen las opciones profesionales, las aspiraciones laborales, la posibilidad de sentirse a gusto en el trabajo, explotar en si mismo todas las potencialidades, las actividades dedicadas al cuidado del hogar o al

---

<sup>2</sup> CURCIO B, Carmen Lucia. GÓMEZ G, Diana Eugenia. GÓMEZ M, José Fernando. Evaluación de la salud de los ancianos. Editorial Información y Publicaciones. Manizales, Colombia 1997. Pagina 3-7.

sitio de vivienda y el automantenimiento. Pero ya en esta etapa de la vida vemos que no siempre estas actividades son remuneradas pero constituyen la actividad principal y por consiguiente son de gran importancia para la calidad de vida de las personas mayores de 55 años.

El adulto mayor tiene que replantearse, cómo seguir adelante día a día cubriendo sus necesidades básicas (y las de su cónyuge si éste no pudo acceder a una jubilación o pensión) con el monto de su jubilación, o si tendrá que recurrir a ahorros previos, generados en otras etapas de su vida, o si precisará la ayuda económica de algún miembro de su familia y entorno.

**Ser social:** Cuando envejecemos nos enfrentamos a una progresiva pérdida de nuestra red social, además de trastocarse el reparto de tiempo de la vida diaria que se tenía en las etapas anteriores. En muchos casos al jubilarnos o cesar en nuestra actividad, perdemos el ámbito laboral con lo que ello implica la pérdida de relaciones personales y roles. No somos longevos de por vida, a pesar del aumento de la esperanza de vida al nacer y a medida que envejecemos, nos van dejando las personas con las cuales manteníamos relaciones de apego fuerte y eran para nosotros personas significativas. Debemos enfrentarnos a procesos de pérdidas. Reflexionando sobre qué es lo que puede incrementar la soledad, o favorecer que aparezca en esta etapa con mayor intensidad, se da como un mayor peso la rutina de vida diaria, trastornada con un incremento del tiempo libre del que dispone ahora la persona, las diferentes patologías que le aquejan y la falta de una actividad motivante a través de la cual se refuerce su autoestima e independencia.

Es un hecho incontrovertible y palpable en el día a día, que el entorno cultural influye categóricamente en el modo de pensar de los individuos y en la forma como afronta las diferentes decisiones en su vida. El ser social implica la formación de redes de dependencia afectiva, las cuales soportan al sujeto a través de su vida. La red afectiva está estrechamente relacionada con la capacidad del sujeto para desempañarse adecuadamente en la sociedad, ser productivo y saludable.

**Ser físico-recreativo** No se trata de que debamos cambiar los hábitos de alimentación al llegar a viejos. Pero sí, debe hacerse una revisión de la dieta y de los alimentos que se ingieren, porque cambia nuestro organismo y la respuesta bioquímica a los alimentos. El cuidado del paciente con diagnóstico y tratamiento de IRC sólo depende de sí mismo, el cuidado del propio cuerpo, así como los esfuerzos que cada persona hace para mantenerse en forma, hacen parte del eje de la salud como bien único e inalienable para una mejor adherencia a los tratamientos. Las vistas regulares al médico, las vacunas, la alimentación balanceada, y la actividad física son elementos que deben tenerse en cuenta.

A parte de lo anterior, es importante tener en cuenta que la recreación juega un papel fundamental en este proceso, entendida ésta, como el conjunto de actividades, no necesariamente productivas, que se realizan en el tiempo libre. En las actividades recreativas se pueden encontrar elementos de vital importancia para la transformación de la realidad que se está viviendo.

**Ser espiritual e intelectual:** la mayoría de las personas mayores sienten especial afecto, interés y admiración por aquello que va más allá de lo humano, de lo físico y de lo material. Muchas de las actitudes de las

personas en la vida están relacionadas con la intención de trascender y la búsqueda de ese sentido puede estar en lo celestial o en lo carnal. Una parte importante de esta vida espiritual tiene que ver con la conciencia y su proyección en el plano de la justicia y la ética humana, ya que en el fondo, la convivencia y la búsqueda del bien común hacen parte del carácter familia, social y grupal. Además de esto la curiosidad, la creatividad, la imaginación y la lógica son características claves en el desarrollo espiritual e intelectual.<sup>3</sup> Toda la información que pueda recibir el sujeto, en términos de conocimiento y habilidades, es la herramienta con que va a transformar su nueva realidad. El proceso de aprendizaje y crecimiento es algo que no termina a lo largo de la vida y que podrá ser utilizado en cualquier momento.

**2.2.2 Envejecimiento y tecnología:** En nuestra sociedad llegar a viejos es ya bastante complejo y si a esto le agregamos el padecer una enfermedad renal crónica. lo que significa además estar permanentemente, durante varios años, durante los últimos años de la vida, con un alto riesgo de morir, la perspectiva de vida no resulta ser muy alentadora. Para no morir el paciente y su familia tiene que hacer enormes esfuerzos adaptativos, lo que, en muchos casos, implican cambios tan radicales como en el estilo de vida y la persona siente que no puede volver a ser la misma que era antes de que la enfermedad comenzara o fuese diagnosticada. Hasta hace unas pocas décadas la ER implicaba una muerte pronta para los pacientes. Ahora, gracias a los avances tecnológicos en nefrología, diálisis y trasplante, estos pacientes sobreviven muchos más años sin importar la edad que se tenga o en la

---

<sup>3</sup> ALARCÓN P, Ariel. Aspectos psicosociales del paciente renal. La Silueta ediciones Ltda. Impresión digital. Bogotá D.C. Colombia 2004. Paginas 47, 48, 49 y 50.

etapa que se encuentre. Su sobrevivencia depende, en parte, a la adaptación emocional que logren hacer a procedimientos terapéuticos crónicos muy particulares y únicos de este tipo de población. De la misma manera, hasta hace unas décadas, era impensable que un ser humano, para sobrevivir, debiera depender totalmente del funcionamiento de una máquina extracorpórea de un tamaño considerable, que realizara una de sus funciones vitales.

Hoy en día (excepción hecha de los marcapasos cardiacos, y los ventiladores mecánicos, teniendo en cuenta que se trata de situaciones clínicas diferentes), no existe en la medicina nada tan impresionante comparable con las máquinas de hemodiálisis. Estas máquinas junto con otros aditamentos y medicamentos adicionales logran reemplazar casi completamente las funciones de los riñones.

Los pacientes deben interactuar con ellas por espacios de 3 horas aproximadamente, de 2 a 4 veces por semana durante varios años. En nuestro medio muy pocas personas pueden llevar estas maquinas para sus casas. La gran mayoría debe asistir para sus tratamientos a una unidad de diálisis en donde tendrá que interrelacionarse todo este lapso de tiempo con un grupo definido de profesionales de la salud y con un grupo de personas o pacientes que comparten su misma condición vital.

Algunos de estos compañeros de diálisis agravarán su condición clínica, padecerán otras patologías y morirán. Otros permanecerán muchos años allí sin cambiar para nada. Unos pocos entraran a una lista de espera para ser trasplantados. Un día cualquiera, uno de los de la lista no vuelve más a la unidad por que ha sido trasplantado. Otro por que ha muerto. Igual ocurre con los equipos mecánicos y técnicas para trasplantes, cada día los avances tecnológicos innovan para mejorara la calida de vida de

los pacientes en lista de espera; además de la técnica quirúrgica, el desarrollo de los inmunosupresores han permitido que en los últimos 30 años cada vez más grupos de pacientes con disfunciones terminales de diversos órganos o tejidos puedan ser trasplantados.<sup>4</sup>

**2.2.3 Teorías sobre envejecimiento y vejez:** Envejecimiento, en biología, es un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que finalmente conducen a la muerte. Tales cambios varían considerablemente en el tiempo y gravedad de los acontecimientos, según las distintas especies y de un organismo a otro. En el hombre, estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de algunas células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal. Los biólogos interesados por el envejecimiento investigan dichos cambios o centran su atención en los déficit e incapacidades corporales que se acumulan con la edad; si bien éstos parecen ser un resultado más directo de las enfermedades, el estrés o factores ambientales, no existe ningún consenso científico sobre la verdadera naturaleza del proceso del envejecimiento y se materializa en pérdida de flexibilidad de ciertos tejidos y decaimiento de la función de los órganos como los riñones.

**Aspectos sociales y del comportamiento:** El conocimiento adquirido a través de los estudios sociológicos y del comportamiento, está

---

<sup>4</sup> ALARCÓN P, Ariel. Aspectos psicosociales del paciente renal. La Silueta ediciones Ltda. Impresión digital. Bogotá D.C. Colombia 2004. Pagina 3, 4, 5 y 6.



contribuyendo a disipar algunos de los mitos establecidos acerca del carácter inevitable del proceso del envejecimiento y los trasplantes de órganos. Por lo tanto para que un individuo pueda realizarse en su vida, relacionarse satisfactoriamente consigo mismo y con otros, ocupar un sitio y desempeñarse en su sociedad, requiere de su salud física y mental; para esto precisa que su cerebro funcione adecuadamente y el cerebro necesita de un riñón para poder ejercer sus funciones.

**Investigaciones actuales:** La comprensión global del proceso del envejecimiento y los tratamientos de la ER (enfermedad renal) precisan de la combinación de los esfuerzos en ámbitos científicos, psicosociales, culturales y biomédicos. Los nuevos métodos de investigación incluyen ensayos clínicos en los estudios biomédicos, adelantos en los tratamientos de terapias de reemplazo renal, mejoramiento de los medicamentos, acompañamiento psico-social y análisis estadístico de datos en los estudios a corto y largo plazo.

No podemos perder de vista la expectativa negativa y fundamental que tiene una persona cuando se le diagnostica una insuficiencia renal crónica y el resultado más lógico es que podría llegar a morir como consecuencia del no tratamiento. Sin las investigaciones actuales, los medicamentos, las dietas y cooperación del paciente, moriría en un plazo relativamente rápido, su opción es, entonces someterse a un tratamiento para salvar su vida y darle calidad a los años que le quedan por vivir.

Las nuevas tendencias demográficas se traducen en la inversión de la pirámide poblacional de muchos países, pues si hasta entonces las personas que sobrepasaban los 55 – 60 años no suponían mucho porcentaje con respecto al volumen total de la población y el mayor volumen lo encontrábamos en la infancia y la adolescencia, ahora se

produce el fenómeno contrario, es decir, la base de la pirámide poblacional empieza a disminuir aumentando su cúspide, donde se encuentran las personas de más edad.

**2.2.4 Envejecimiento y patologías asociadas:** El envejecimiento normal, como ya se ha mencionado, no es patológico, pero indudablemente se presentan algunas deficiencias que toman fuerza y para tratar de disminuir las dificultades que encontramos se les asigna el nombre de síndromes y para nuestro caso particular hablaremos de la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) y las patologías asociadas en esta edad en especial. Para tal efecto definimos la enfermedad como un estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo. Es un proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas atribuible a herencia, infección, dieta o entorno; la enfermedad aguda como enfermedad se caracteriza por una duración relativamente corta de los síntomas que suelen ser intensos y la enfermedad crónica se define como enfermedad que persiste durante un periodo prolongado de tiempo en comparación con el curso de una enfermedad aguda.<sup>5</sup>

Estas son tres de las patologías más frecuentes en las personas mayores donde se incluye la IRC con relación directa y como base de este trabajo de investigación:

**La diabetes mellitus** es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina, es multiorgánica ya

---

<sup>5</sup> Diccionario de medicina y salud. Lexis 22. Circulo de Lectores. Barcelona, España1992.

que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades. Se distinguen dos formas de diabetes mellitus: La tipo 1, o **diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID)**, denominada también diabetes juvenil, afecta a niños y adolescentes, y se cree es producida por un mecanismo autoinmune. Constituye de un 10% a un 15% de los casos y es de evolución rápida. La tipo 2, o **diabetes mellitus no-insulino-dependiente (DMNID)**, o diabetes del adulto, suele aparecer en personas mayores de 40 años y es de evolución lenta. Muchas veces no produce síntomas y el diagnóstico se realiza por la elevación de los niveles de glucosa en un análisis de sangre u orina.

La diabetes es una de **las principales causas de falla renal crónica terminal a nivel mundial y en Colombia**. Paradójicamente y a pesar de que el trasplante renal proporciona la mejor opción de terapia en cuanto a calidad y cantidad de vida en diabéticos con falla renal crónica avanzada, estos pacientes frecuentemente no se incluyen en las listas de trasplante. Idealmente los pacientes diabéticos deben ser trasplantados antes de su ingreso a diálisis, ya que se han demostrado resultados superiores en cuanto a incidencia de rechazo agudo y supervivencia del paciente e injerto.

En pacientes diabéticos tipo 1, la mejor opción de tratamiento, una vez presentan enfermedad renal avanzada es el trasplante simultáneo de páncreas-riñón, el cual tiene una supervivencia del paciente comparable al trasplante de riñón aislado. La supervivencia del injerto pancreático a un año es de 84% versus 78% cuando el páncreas se trasplanta posterior al riñón.

En pacientes con diabetes tipo 2, diagnosticada antes del trasplante, deben tenerse en cuenta algunas consideraciones que permitan la elección del esquema inmunosupresor más conveniente. Aunque no hay grandes estudios en esta población específica, en cuanto al pronóstico tanto del paciente como del injerto según uso de diferentes esquemas, se recomienda considerar la minimización, retiro temprano o no uso de esteroides, es necesario balancear el riesgo de rechazo, ya que si se presenta, la dosis total de esteroides podría ser aún mayor que en esquemas tradicionales. En general los esquemas de ahorro de esteroides, requieren el uso de un agente de inducción, para disminuir el riesgo de rechazo.

**Diabetes mellitus post-trasplante:** El desarrollo de diabetes mellitus post-trasplante es uno de los principales determinantes de la morbimortalidad cardiovascular, más que la hipertensión y la dislipidemia; además, acorta la supervivencia del injerto e incrementa el riesgo de mortalidad y de episodios de rechazo agudo. La incidencia de esta complicación va de 2.5 a 27%, aunque algunos estudios mencionan incidencias tan altas como de 57.6%. Esta variación puede corresponder a diferencias en la elección de los regímenes inmunosupresores y a la diferente susceptibilidad genética al desarrollo de la enfermedad entre las poblaciones estudiadas.<sup>6</sup>

**La Hipertensión** es la tensión arterial alta, frecuentemente se trata de una hipertensión esencial, primaria o idiopática, cuando la etiología es desconocida. La hipertensión secundaria es aquella debida a alguna causa fácilmente identificable.

---

<sup>6</sup> XIV CONGRESO COLOMBIANO DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Medellín, agosto 2005. Ponencia "Diabetes mellitus y Trasplante Renal" Dra. Sandra Jiménez.

Los individuos con tensión arterial alta tienen más riesgo de sufrir una apoplejía, un ataque al corazón o una ER. El tratamiento de la hipertensión reduce este riesgo. Se cree que tanto los factores ambientales como los genéticos contribuyen a la hipertensión esencial. La tensión arterial tiende a elevarse con la edad. Es también más frecuente que aparezca si la persona es obesa, tiene una dieta rica en sal y pobre en potasio, bebe elevadas cantidades de alcohol, no tiene actividad física y sufre estrés psicológico. Aunque está claro que la tendencia a la hipertensión puede ser heredada.

**Hipertensión arterial sistémica:** Aunque se han desatado controversias con respecto a los beneficios de la corrección de la HTA en la IRC y sólo recomiendan un estricto control en la nefritis intersticial crónica, la enfermedad renal poliquística o la glomerulonefritis crónica, la mayoría acepta que sí se presenta un beneficio en cualquier paciente con IRC sometido a estricto control de la presión arterial.

En un estudio epidemiológico a gran escala en la población japonesa de Osaka y con un seguimiento a 15 años, se demostró que la incidencia de IRC es directamente proporcional a las cifras de presión arterial, tanto sistólica como diastólica. Por otra parte, también se ha demostrado que las metas en el control de la presión arterial en pacientes con nefropatía; deben ser más marcadas que cuando estas cifras se comparan con pacientes hipertensos sin nefropatía; la recomendación actual es sostener cifras de presión arterial de 130-135/85 mm Hg.

En pacientes con nefropatía diabética e HTA la corrección de esta última ha retardado el progreso del daño renal; este beneficio también se observa en diabéticos con presión normal cuando se han usado i-ECA y cuyo único signo de enfermedad renal es la microalbuminuria.

**Insuficiencia renal crónica (IRC)** se refiere a la disminución irreversible de la tasa de filtración glomerular (RFG) del riñón, usualmente por un plazo mayor a tres meses. Este deterioro renal conduce a una retención progresiva de sustancias tóxicas, que en la fase avanzada de la enfermedad caracteriza el cuadro clínico conocido como uremia o “síndrome urémico”. Su origen puede ser primario, es decir, por lesiones propias del riñón, o secundario a diversas patologías extrarrenales, tales como enfermedades metabólicas, vasculares o inmunológicas, que ocasionan pérdida de la masa renal al comprometer el glomérulo, el intersticio o los vasos sanguíneos.

Hasta hace dos décadas las glomerulonefritis constituía la causa más frecuente de IRC; desde entonces se ha venido presentando un incremento paulatino y sostenido en la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (HTA), constituyéndose actualmente ambas en las principales causas de la IRC, con 33 y 26% respectivamente; el lupus eritematoso sistémico (LES), la nefropatía obstructiva y las neoplasias, son otras causas frecuentes de IRC; tanto la HTA como la Diabetes (DM) tienen una alta prevalencia en el grupo de personas mayores de 55 años.<sup>7</sup>

Todas las enfermedades que afectan los riñones pueden potencialmente llevar al estado de IRC, siendo variable el tiempo en el cual ésta se desarrolla. La expresión clínica de disfunción renal es limitada y por tanto puede pasar inadvertida.

En los casos de IRC secundaria los síntomas y signos van a corresponder a los de la enfermedad etiológica y pueden predominar sobre el síndrome urémico; cuando este sobreviene usualmente corresponden a

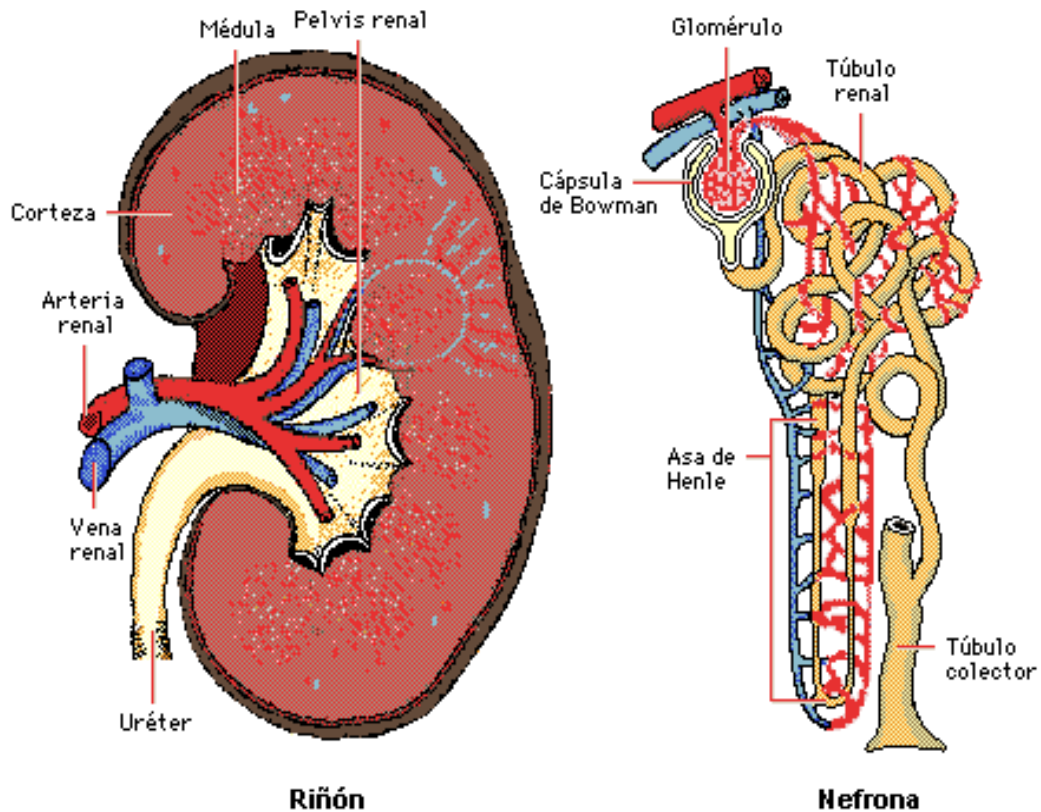
---

<sup>7</sup> [www.google/irc.com/Documento](http://www.google/irc.com/Documento) “Proyecto ISS – ASCOFAME”

disfunciones de otros órganos y sistemas y pueden aparecer como no relacionadas con enfermedades renales. Ejemplos de dichas situaciones son: palidez progresiva inexplicada, disminución de la capacidad de trabajo, cefalea, náuseas o vómito, neuropatía entre otras.

**2.2.5 Estructura del riñón:** En el ser humano, los riñones se sitúan a cada lado de la columna vertebral, en la zona lumbar, y están rodeados de tejido graso y la cápsula adiposa renal. Tienen forma de judía o frijol, y presentan un borde externo convexo y un borde interno cóncavo. Este último ostenta un hueco denominado hilio, por donde entran y salen los vasos sanguíneos. En el lado anterior se localiza la vena renal que recoge la sangre del riñón, y en la parte posterior la arteria renal que lleva la sangre hacia el riñón. Más atrás se localiza el uréter, un tubo que conduce la orina hacia la vejiga. El hilio nace de una cavidad más profunda, el seno renal, donde el uréter se ensancha formando un pequeño saco denominado pelvis renal. En su interior se distinguen dos zonas: la corteza, de color amarillento y situada en la periferia, y la médula, la más interna; es rojiza y presenta estructuras en forma de cono invertido cuyo vértice termina en las papilas renales. A través de estas estructuras la orina es transportada antes de ser almacenada en la pelvis renal. La unidad estructural y funcional del riñón es la nefrona, compuesta por un corpúsculo renal, que contiene glomérulos, agregaciones u ovillos de capilares, rodeados por una capa delgada de revestimiento endotelial, denominada cápsula de Bowman y situada en el extremo ciego de los túbulos renales.

## 2.2.6 (Gráfica 1 - Estructura del riñón)



Casi un millón de nefronas (derecha) componen cada riñón (izquierda). La unidad filtradora de la nefrona, llamada glomérulo, regula la concentración dentro del cuerpo de sustancias importantes, tales como potasio, calcio e hidrógeno, y elimina sustancias no producidas por el cuerpo, tales como drogas y aditivos alimentarios. El filtrado resultante, la orina, abandona la nefrona a través de un largo túbulo y del conducto colector. Mediante señales químicas, el organismo informa sobre las necesidades de agua y sales; esto hace que las paredes del túbulo sean más o menos permeables a estas sustancias, que son reabsorbidas de acuerdo con estas órdenes desde la orina.



**2.2.7 Función:** La orina se forma en los glomérulos y túbulos renales, y es conducida a la pelvis renal por los túbulos colectores. Los glomérulos funcionan como simples filtros a través de los que pasan el agua, las sales y los productos de desecho de la sangre, hacia los espacios de la cápsula de Bowman y desde allí hacia los túbulos renales. La mayor parte del agua y de las sales son reabsorbidas desde los túbulos, y el resto es excretado como orina. Los túbulos renales también eliminan otras sales y productos de desecho que pasan desde la sangre a la orina. La cantidad normal de orina eliminada en 24 horas es de 1,4 litros aproximadamente, aunque puede variar en función de la ingestión de líquidos y de las pérdidas por vómitos o a través de la piel por la sudoración.

Los riñones también son importantes para mantener el balance de líquidos y los niveles de sal así como el equilibrio ácido-base. Cuando algún trastorno altera estos equilibrios el riñón responde eliminando más o menos agua, sal, e hidrogeniones (iones de hidrógeno). El riñón ayuda a mantener la tensión arterial normal; para ello, segrega la hormona renina y elabora una hormona que estimula la producción de glóbulos rojos (eritropoyetina).

**2.2.8 Enfermedades del Riñón:** La nefritis, o inflamación del riñón, es una de las enfermedades renales más frecuentes. Sus características principales son la presencia en la orina, en el examen microscópico, de albúmina (lo que se denomina albuminuria), hematíes y leucocitos, y cilindros hialinos o granulosos. Es mucho más frecuente en la infancia y adolescencia que en la edad adulta.

La forma más común de nefritis es la glomerulonefritis, que aparece con frecuencia entre las tres y las seis semanas después de una infección estreptocócica debido al mecanismo inmunológico (anticuerpos frente al

estreptococo que dañan proteínas específicas del glomérulo). La persona sufre escalofríos, fiebre, cefalea, dolor lumbar, hinchazón o edema de la cara, en especial alrededor de los ojos, náuseas y vómitos. La orina puede ser escasa y de aspecto turbio. El pronóstico suele ser positivo y la mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas, aunque en algunos casos evolucionan hacia una nefritis crónica. En este tipo de nefritis la lesión renal progresa durante años en los que el paciente está asintomático. Sin embargo, al final hay uremia (urea en sangre) e insuficiencia renal. Existe además otro grupo de glomerulonefritis de causa desconocida, quizá autoinmune, que tienen peor pronóstico y evolucionan con más rapidez hacia la insuficiencia renal.

Otro trastorno frecuente es el denominado síndrome nefrótico, en el que se pierden grandes cantidades de albúmina por la orina debido al aumento de la permeabilidad renal, con edema generalizado, aumento del colesterol en la sangre y un flujo de orina casi normal.

La hidronefrosis es el resultado de la obstrucción del flujo de orina en la vía excretora, que casi siempre es consecuencia de anomalías congénitas de los uréteres o de una hipertrofia prostática. La nefroesclerosis, o endurecimiento de las pequeñas arterias que irrigan el riñón, es un trastorno caracterizado por la presencia de albúmina, cilindros, y en ocasiones hematíes o leucocitos en la orina (hematuria y leucocituria). Por lo general se acompaña de enfermedad vascular hipertensiva. La lesión fundamental es la esclerosis de las pequeñas arterias del riñón con atrofia secundaria de los glomérulos y cambios patológicos en el tejido intersticial.

Pese a que en el manejo y tratamiento actuales de las principales enfermedades que conducen a la IRC, como la DM (diabetes mellitus) y la HTA, se han logrado grandes avances, no ha sido posible, sin embargo, evitar que la IRC progrese inexorablemente a un estado terminal,

manifestado por la uremia. De hecho, actualmente se acepta que existe un punto de “no-retorno” de la función renal.<sup>8</sup>

**Alteraciones bioquímicas de la uremia:** La IRC ocasiona alteración en varios órganos, posiblemente por toxinas urémicas, entre las que figuran los productos derivados del metabolismo de las proteínas, que a diferencia de las grasas y carbohidratos, dependen mucho más del riñón para su excreción.

Entre los diferentes productos identificados derivados del metabolismo de proteínas, la urea es el metabolito cuantitativamente más importante, representando más del 80% del nitrógeno total excretado en la orina.

**Efectos de la uremia en el metabolismo energético:** La inyección de urea, u otros metabolitos urémicos, induce hipotermia. Las toxinas alteran el transporte activo de sodio y ocasionan disminución en la producción de energía basal, lo que contribuye a explicar la relación inversa existente entre el grado de azoemia y la temperatura corporal. En el metabolismo de los carbohidratos, la mayoría de pacientes con IRC presenta alteración en la capacidad de metabolizar la glucosa, que se demuestra por un retardo en la disminución de los niveles de glicemia durante una prueba de tolerancia. Los niveles de glicemia en ayunas suelen verse discretamente elevados, mientras que la hiperglicemia severa o el desarrollo de cetosis son raros. La intolerancia a la glucosa en la IRC (seudodiabetes urémica) usualmente no requiere tratamiento específico y es el resultado de la resistencia periférica a la acción de la insulina relacionada con la uremia. La insulina es de eliminación renal, por lo tanto en pacientes urémicos los niveles séricos de insulina suelen permanecer

---

<sup>8</sup> [www.cortrasplantes.org](http://www.cortrasplantes.org)

moderadamente elevados. En diabéticos, los requerimientos de insulina se disminuyen a medida que progresa la uremia.

**Alteraciones endocrinas:** En los pacientes con uremia los niveles de ACTH y cortisol son normales o ligeramente elevados. Están elevados los niveles de prolactina, gastrina, glucagón, LH, PTH y aldosterona y son comunes el hipogonadismo, el hipotiroidismo, la disminución en la dihidroxilación de la vitamina D y la anemia.

⌘ **Anemia:** Usualmente empieza a presentarse cuando se ha deteriorado la función renal en 60%, es decir cuando la creatinina sérica es mayor de 2,5 mg/dL, y puede llegar a ser tan severa que requiera transfusiones por compromiso hemodinámico. La principal causa de ésta es la disminución en la producción de la eritropoyetina, 90% de la cual proviene del riñón.

**Osteodistrofia renal:** Se considera que se inicia cuando la filtración glomerular se ha perdido en un 25 %. Como su función principal es aumentar la absorción intestinal de calcio y fósforo, rápidamente se presenta una disminución en los niveles de calcio sérico siendo el principal estímulo para la hipersecreción de hormona paratiroidea.

⌘ **Otras hormonas:** Los niveles de prolactina se encuentran elevados, especialmente en las mujeres, por incremento tanto en la producción como disminución en su degradación. Tanto hombres como mujeres con uremia presentan alteración en su función sexual y reproductiva. Es excepcional que una mujer quede en embarazo cuando la creatinina sérica es mayor que 3 mg /dL, y si lo logra, usualmente el producto no llega a término.

**Alteraciones cardiovasculares:** Son múltiples y explican casi la mitad de las muertes en los pacientes con uremia. Principalmente son la

hipertensión arterial, la enfermedad coronaria y la pericarditis. La hipertensión arterial se presenta en 80-90% de pacientes con IRC en algún momento en el curso de la enfermedad y puede ser la primera manifestación de ella. Aumenta el riesgo de enfermedad coronaria, falla cardíaca y enfermedad cerebrovascular y es poco común en aquellos pacientes con nefropatías perdedoras de sal, enfermedades túbulo-intersticiales, enfermedad renal poliquística y pielonefritis crónica.

La pericarditis puede estar relacionada con la IRC per se, o con la diálisis. La primera cada vez se presenta menos, gracias al inicio temprano de la diálisis, y es el resultado de la uremia avanzada, por la sobrecarga de líquidos, la elevación del ácido úrico, la serositis y el hiperparatiroidismo. Es una manifestación tardía y su aparición precede la muerte en pocos días o semanas. Cuando se presenta durante la diálisis, las causas incluyen un procedimiento inadecuado, la sobrecarga de volumen, la acumulación de moléculas medianas, la terapia con heparina y el hiperparatiroidismo.

### **Alteraciones respiratorias**

- ✂ **Pulmón urémico:** Su diagnóstico es difícil, porque se confunde con la sobrecarga de volumen de la falla cardíaca. Sin embargo, cuando no existe una evidencia de ésta, y radiológicamente se observa sobrecarga hilar e imagen de alas de mariposa, es posible hablar de pulmón urémico. Puede existir hemoptisis de severidad diversa.
- ✂ **Neumonitis urémica:** Es una forma extrema del edema pulmonar urémico, en el cual se presentan depósitos de fibrina y acumulación de líquidos dentro del alvéolo, frecuentemente asociada con hemorragia alveolar. El desarrollo de esta neumonitis no guarda correlación con el grado de falla renal.

**Alteraciones neuromusculares:** Los trastornos del sistema nervioso central se manifiestan de variadas maneras, como incapacidad para concentrarse, alteración en el cálculo, insomnio o somnolencia excesiva, pérdida de la memoria, psicosis, depresión, fatigabilidad, calambres, asterixis, parestesias, vértigo, mioclonías, estupor y coma. Son frecuentes las convulsiones tónico clónicas en relación con encefalopatía urémica o secundarias a hipertensión arterial severa.

✂ **Síndromes relacionados con la diálisis:** Desde principios de la década del 70 se detectó un tipo de encefalopatía relacionada con el tratamiento en las unidades de hemodiálisis. Finalmente se halló que la causa eran los altos niveles de aluminio en el agua usada en este proceso, y que producía dispraxia, mioclonia, demencia y convulsiones, síndrome conocido como «demencia por diálisis.» En la actualidad este tipo de alteración ya no se presenta, dado que el agua es tratada por un mecanismo que extrae el aluminio, la ósmosis inversa. En diálisis también puede ocurrir el síndrome de desequilibrio post-diálisis, por lo general en las primeras sesiones, y que se origina por la rápida disminución de los niveles séricos de urea, o por un desequilibrio entre la disminución de la pCO<sub>2</sub> en la sangre y las células cerebrales; se manifiesta clínicamente por cefalea, náuseas, vómito y en ocasiones convulsiones.

**Alteraciones inmunológicas:** Tanto la respuesta humoral como la celular están alteradas en pacientes con IRC. La respuesta de los anticuerpos a diferentes antígenos es anormal, lo mismo que la actividad leucocitaria. A veces se presenta linfopenia, atrofia de los órganos linfoides y disminución de las células B circulantes, lo que predispone a infecciones. El conteo de neutrófilos es normal. La fracción C3 del complemento está disminuida y la respuesta cutánea a los alérgenos está

retrasada, con disminución en la quimiotaxis. En respuesta a la infección, los pacientes urémicos generan menos respuesta febril.

**Alteraciones gastrointestinales:** Todos los segmentos del tracto gastrointestinal están comprometidos en la uremia. A nivel oral se presentan estomatitis y parotiditis; el Fedor urémico es un hallazgo muy característico, y que el paciente refiere como sensación de orina en la boca, se produce por conversión de urea en amonio en la saliva.

En el sistema digestivo son frecuentes las náuseas, el vómito, la pirosis, las epigastralgias, producidas por hipergastrinemia ocasionando en un 65 % de los pacientes gastroduodenitis erosiva empeoradas por el exceso de medicamentos y los sangrados. A nivel intestinal es infrecuente el compromiso, pero cuando se presenta incluye lesiones petequiales, constipación, diarreas no específicas, diverticulosis, perforación, necrosis extensa o angiodisplasia. En el hígado se presentan alteraciones hasta en el 90% de los pacientes sometidos a diálisis, principalmente hepatomegalia, fibrosis periportal, metamorfosis grasa y hemosiderosis. Las hepatitis virales, en especial los tipos B y C, complican aún más la situación, aunque la menor necesidad de transfusiones desde la introducción de la eritropoyetina ha mejorado este hecho.

**Alteraciones dermatológicas:** La piel refleja alteraciones secundarias a la mayoría de los trastornos observados en la uremia. La anemia y la retención de urocromos llevan a palidez, los defectos de la coagulación hacen frecuente la aparición de equimosis y hematomas, y el hiperparatiroidismo secundario conduce a prurito y excoiaciones. En algunos pacientes la elevación y depósito de melanina lleva a hiperpigmentación. Anteriormente, cuando no existían los tratamientos ofrecidos hoy en día en forma temprana, era común observar un polvillo fino y blanco depositado en la piel de la cara, tronco y extremidades, como producto de la evaporación del sudor con altos niveles de urea,

fenómeno conocido como “escarcha urémica”. El prurito es el síntoma cutáneo más común relacionado con la uremia; puede presentarse desde grados tempranos de IRC y compromete a más del 80% de los pacientes en algún momento del curso de su enfermedad. Puede interferir con la conciliación del sueño. Su causa no se conoce, pero se han implicado la serosis, el hiperparatiroidismo secundario, la atrofia de las glándulas sebáceas y las alteraciones de los iones divalentes.<sup>9</sup>

**2.2.9 Clasificación de la IRC:** Desde el punto de vista práctico resulta útil clasificar la IRC según el grado de severidad. En los pacientes diabéticos se considera IRC en estado terminal cuando la creatinina sérica es igual o mayor que 8 mg/dL, o la depuración de creatinina es menor de 15 mL/min.

**Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica, según la severidad**

Grado de Severidad	Creatinina sérica (mg/dL)	RFG (Depurac. creatinina) (mL/min)
Leve	1,5-3,0	30-70
Moderada	3,0-8,0	15-30
Severa	8,0-10,0	10-15
Terminal	>10,0	<10

<sup>9</sup> [www.google/irc.com/Documento](http://www.google/irc.com/Documento) “Proyecto ISS – ASCOFAME”



**La IRC leve** es usualmente asintomática, aun con niveles de creatinina de 2 mg /dL, que indicarían una pérdida del 50% de la masa renal funcionante. En **la IRC moderada** lo más característico es la presencia de anemia leve, que se manifiesta con hipodinamia; con frecuencia se presentan parestesias y calambres en los miembros inferiores y a veces cefalea, por la presencia de HTA. También es frecuente la poliuria, por alteraciones en la capacidad de concentración y dilución. A partir de alteraciones en la RFG tan tempranas como 70 mL/min puede presentarse un cambio en el metabolismo de los iones divalentes, que conduce a hipocalcemia, hiperfosfatemia e hiperparatiroidismo, los cuales, dependiendo de la severidad de la IRC y los suplementos ofrecidos al paciente, pueden conducir a una osteodistrofia renal (producto Calcio x Fósforo > 70). En **la IRC severa** hay marcada fatigabilidad, náuseas, palidez, halitosis urémica, astenia y alteraciones del sueño. Es característico el color “terroso” de la piel. La **IRC terminal** usualmente, aunque no siempre, se manifiesta por el síndrome urémico, consistente en náuseas, vómito, malestar marcado, astenia, hiporexia, palidez, halitosis y, a veces, acumulación de líquidos en el tercer espacio.

Dependiendo de la enfermedad causal y de los órganos extrarrenales comprometidos, la IRC puede acompañarse de alteraciones de la visión en la diabetes mellitus, disnea, y anasarca (falla cardiaca congestiva), artralgias y artritis (LES, artritis reumatoidea), manifestaciones neurológicas cálculo y memoria alterados, síndrome de las “piernas inquietas” y disminución de la fertilidad y la libido, entre otras.

**2.2.10 Tratamiento de la IRC:** Teniendo en cuenta el marco teórico de la investigación y para conocer y profundizar un poco más acerca de esta patología y lo que ella representa a nivel individual, familiar y sociocultural y por ende su incidencia en la calidad de vida de las

personas mayores de 55 años, a continuación se hará una breve descripción sobre el tratamiento y algunos pasos a seguir o tener en cuenta a partir de su diagnóstico, sin involucrarnos ni profundizar en la parte medica.

Una vez se haga el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, se deben establecer medidas para tratar de disminuir la velocidad de la progresión de la misma, las cuales están unidas a su causa, por tanto variarán de un paciente a otro. Sin embargo, hay algunas que pueden considerarse de una manera general para todos los pacientes. Estas son:

1. Control estricto de la hipertensión arterial
2. Restricción proteica
3. Disminuir el desarrollo de la osteodistrofia
4. Atenuar el estado anémico
5. Control de la hiperlipidemia
6. Prevenir y corregir los trastornos hidroelectrolíticos
7. Evitar medicamentos u otras sustancias nefrotóxicos

Podríamos dividir en dos etapas el manejo de los pacientes con insuficiencia renal crónica. La primera fase correspondería al manejo entre el inicio de la enfermedad y la fase terminal.

El manejo en esta fase tiene por objeto disminuir la velocidad de progresión hacia el estadio terminal y así retardar la necesidad de terapia de reemplazo renal (diálisis o trasplante) A su vez, deben controlarse las alteraciones metabólicas o endocrinas desencadenadas por la pérdida de las funciones renales, lo cual llevará a menor deterioro a nivel de varios sistemas, como cardiovascular, hematológico, osteomuscular y neurológico.

En este momento hay que realizar procedimientos terapéuticos, para reemplazar las funciones renales y evitar así la muerte del paciente.

**Dieta:** Tradicionalmente, se ha considerado la dieta como un pilar fundamental en el tratamiento de la IRC; se ha evolucionado desde una restricción severa, que afectaba al paciente a tal grado que empeoraba la ya de por sí evidente desnutrición, hasta la libertad en la ingesta de alimentos.

Todas estas consideraciones se han basado en principios fisiológicos, los cuales se han modificado a medida que se han descubierto nuevos conceptos de adaptación renal a cargas proteicas altas. Se ha comprobado que una adecuada nutrición disminuye la morbimortalidad en cualquier entidad, particularmente en la IRC, en la que las pérdidas proteicas pueden ser altas, el ingreso por sí mismo puede estar disminuido y el catabolismo aumentado, lo que produce que el balance proteico neto sea precario.

Las adaptaciones fisiológicas en el metabolismo lipídico en la IRC ameritan un juicioso y agresivo manejo; de igual manera, el metabolismo de los carbohidratos sufre adaptaciones que merecen realizar ajustes, ya que la ingesta calórica se equilibra a expensas del incremento de los carbohidratos, pero si se realizan de una manera liberal se induce una ruta alterna para depósitos grasos, agravando el trastorno lipídico ya mencionado.

Alrededor de una tercera parte de los pacientes en Hemodiálisis muestra algunos signos, síntomas o valores de laboratorio que evidencian malnutrición.<sup>10</sup>

Clásicamente hay tres principales componentes usados para la evaluación y Diagnóstico del Estado Nutricional proteico energético son:

✂ **Ingesta dietaria:** La regulación del apetito en la uremia es muy compleja (ya que incluye componentes biológicos y socioculturales). Los desórdenes del apetito y la alimentación son complicaciones frecuentes del síndrome urémico, contribuyendo a la malnutrición de los pacientes en diálisis. La anorexia en los pacientes en diálisis ha sido históricamente considerada como un signo de toxicidad urémica debido a diálisis inadecuada juzgada con medidas inciertas, pero como parte de la comprensión de este hecho se buscan nuevas explicaciones. La hipótesis serotonina triptofano se basa un desorden inducido por la uremia sobre el perfil de aminoácidos de los pacientes (bajas concentraciones de aminoácidos de cadena ramificada con altos niveles de triptofano). Una alta rata de triptofano se transporta a través de las membranas séricas del cerebro, incrementando la síntesis de serotonina, uno de los mayores inhibidores del apetito.<sup>11</sup>

✂ **Marcadores bioquímicos:** Dentro de los que se evalúan tenemos: Proteínas viscerales (reactantes de fase aguda, como

---

<sup>10</sup> ROCCO Michael V, DWYER Johanna T, et al: The effect of diálisis dose and membrana flux on nutritional parameters en hemodialysis patients: Results of the HEMO study. *Kidney Int* 65: 2321-2334, 2004.

<sup>11</sup> AGUILERA A, CODOCEO R, BAJO M.A., et al: Eating behavior disorders in uremia: A question of balance in appetite regulation. *Sem in Dial* 17:44-52, 2004.

albúmina, prealbúmina y transferrina), Lípidos (Colesterol Total, Triglicéridos, otros lípidos y lipoproteínas), Proteínas somáticas y desechos nitrogenados (creatinina y BUN), Factores de crecimiento (IGF-1 y Leptina) y Conteo celular periférico (conteo de linfocitos).

✂ **Composición corporal:** Peso (de acuerdo a los siguientes parámetros: IMC, Peso para la talla, peso seco), Antropometría braquial (masa muscular y porcentaje de grasa), Elementos corporales totales (potasio corporal total), Métodos de cuantificación de energía: DEXA, BIA, NIR.<sup>12</sup>

Aunque las anteriores medidas de evaluación del estado nutricional tienen valor práctico, hay que reconocer que cada uno de estos métodos tiene sus limitaciones, lo que hace necesario buscar una herramienta compuesta para dar un diagnóstico más acertado del Estado Nutricional e implementar una intervención oportuna y acertada con un impacto positivo en la recuperación del estado nutricional.

Los índices compuestos que incluyen la combinación de estas medidas, han tomado más fuerza en los últimos años, entre los que se destacan la VGS (Valoración Global Subjetiva) y el SMD (Score de Malnutrición en Diálisis).

Recientemente se ha desarrollado un sistema ágil, fácil de usar, práctico, comprensivo y semicuantitativo que evalúa el MICS proporcionando

---

<sup>12</sup> KALANTAR-ZADEH K, Ikizler T, AVRAM M and KOPPLE JD: Malnutrition – inflammation complex syndrome in dialysis patients: Causes and Consecuentes. Am J Kidney Dis 41:864-881, 2003.

una medida útil de estado clínico del paciente y un pronóstico de evolución de pacientes en HD.

**Alimentación en personas trasplantadas de riñón:** Gracias a los trasplantes de riñón se recuperan las funciones renales, y a su vez se consigue normalizar la alimentación. Uno de los aspectos más importantes y que llaman la atención es que tras un trasplante no son necesarias severas restricciones dietéticas, por eso es muy importante saber que se puede comer de todo pero siempre con cierta moderación.

En teoría, el trasplantado puede comer de todo pero si queremos contribuir a un buen estado de salud es necesario matizar esta afirmación. Habitualmente el trasplantado suele ganar peso, especialmente en los primeros meses de evolución después del trasplante. Ello es consecuencia del apetito que produce la toma de prednisona y sobre todo el bienestar físico que va alcanzando el trasplantado cuando el injerto funciona correctamente. El consumo de más alimentos de los necesarios conduce a la obesidad. Obesidad significa exceso de grasa en el cuerpo, Dentro de cada grupo de alimentos, proteínas, hidratos de carbono, minerales, y demás es aconsejable conocer cuáles se deben comer con moderación. Junto a una buena alimentación es importante, si no se quiere ganar peso, realizar algún tipo de ejercicio, ya que las personas trasplantadas por lo general tienden a engordar.

⌘ **Proteínas.** Se debe eliminar de la dieta las carnes grasas, embutidos, y consumir con moderación los mariscos. Sin embargo no se debe olvidar el consumo de todo tipo de pescados, el contenido graso de algunos pescados contribuirá también a mejorar problemas cardiovasculares o a evitarlos.

- ✂ **Hidratos de Carbono.** Pan blanco, galletas, legumbres, patatas y arroz, y procurar, en la medida de lo posible, no excederse con la bollería (bollos o panecillos), el chocolate y la miel.
- ✂ **Frutas.** Contienen muchas vitaminas y minerales, y pocas calorías. Además son alimentos que sacian el hambre y la sed con facilidad. Lo mejor es consumir frutas frescas como la naranja, manzana, pera, sandía y melón. Y no conviene abusar de las frutas con alto contenido de azúcar como los higos, las uvas y los dátiles (dátil: fruto de la palmera, de forma elipsoidal prolongada, de unos cuatro centímetros de largo por dos de grueso, cubierto con una película amarilla, carne blanquecina comestible y hueso casi cilíndrico, muy duro y con un surco a lo largo)
- ✂ **Leche y lácteos.** Así como en los pacientes que se someten a diálisis el consumo de lácteos es restringido; en los pacientes trasplantados, no; y gozan de mayor libertad a la hora de su consumo. Aunque es cierto que no es aconsejable tomar enteros, quesos grasos y nata.<sup>13</sup>

**2.2.11 Terapias de reemplazo renal:** En la actualidad, cuando las opciones de terapia de reemplazo renal están al alcance de una población más extensa, se deben considerar cuáles son las condiciones que se requieren para una buena calidad de vida bajo estas modalidades, así como también cuándo no someter a un paciente a ellas o decidir suspender el tratamiento cuando a pesar de estas terapias las condiciones del paciente no alcanzan un control ostensible y, por el contrario, las incomodidades son mayores que los beneficios netos y no

---

<sup>13</sup> [www.itns/manualdelrinon.org](http://www.itns/manualdelrinon.org)

se tiene una adecuada calidad de vida. La elección del método de reemplazo está modificada por factores sociales y económicos.

**Diálisis:** tratamiento médico que se utiliza para eliminar los materiales de desecho de la sangre en los pacientes que no presentan una función renal eficaz. La sangre se bombea desde una arteria hacia un dializador, o riñón artificial, donde atraviesa una membrana semipermeable. El líquido de la diálisis que pasa sobre el otro lado de la membrana elimina los elementos no deseados en la sangre por difusión. Después la sangre regresa al organismo a través de una vena.

**La diálisis** ha crecido vertiginosamente en los últimos 10 años. Para junio de 2005 se estima en 12.600 el número de pacientes en ella, 60% en Hemodiálisis y 40% en Diálisis Peritoneal. Existen 89 unidades de diálisis de las cuales 56% son de RTS, 32% de Fresenius Medical Care y 11% son independientes. Este crecimiento se ha dado como respuesta a la ley 100/93 que incluyó el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Entre 1994 y 1998 se produjo un gran incremento, pues se duplicó la población en diálisis. Después de 1999 se ha reducido un poco el crecimiento anual debido a que el sistema de salud en general ha tenido dificultades para asumir la dimensión de los costos involucrados en proveer TRR – Terapia de Reemplazo Renal - a toda la población que la requiere y los proveedores han llegado a los límites del riesgo financiero de un crecimiento de la oferta que supera los estándares.

**Diálisis peritoneal:** Desde hace ya más de 20 años, se tiene disponible la alternativa de una diálisis que le permita al paciente mantener una autonomía tal que dicho procedimiento sea hecho en casa o en su sitio de



trabajo. Esa modalidad es la diálisis peritoneal continua ambulatoria, y que a través de los años se le han realizado modificaciones tendientes a mejorar y simplificar la técnica y disminuir las complicaciones inherentes al método.

Se ha llegado a tener varias modalidades que facilitan las actividades diurnas como la diálisis nocturna automatizada. Su morbilidad es similar a la de la hemodiálisis. Está indicada en neuropatías terminales de actividad importante, sin limitaciones visuales, con conocimientos mínimos de lectura y matemáticas, adecuadas condiciones ambientales de higiene en el hogar con pared abdominal sana, hipertensos severos, cardiopatías; en general las limitaciones al método son pocas; por el contrario, facilita la adhesión al tratamiento de una manera eficiente.

Las contraindicaciones objetivas son enfermedad intestinal activa, anomalías de la pared abdominal, enfermedad pulmonar restrictiva, incapacidad de aprendizaje del método. Los pacientes en espera de trasplante renal son excelentes candidatos para esta modalidad de tratamiento, al igual que los pacientes pediátricos.

**Hemodiálisis:** Es un método de fácil acceso en situaciones de emergencia, como también en circunstancias de tratamiento a largo plazo. Requiere supervisión médica y de enfermería durante las sesiones; tiene como inconvenientes la labilidad hemodinámica que puede generar en pacientes con cardiopatía. No obstante, con los nuevos adelantos técnicos, estos eventos se han visto minimizados. Si se trata de terapia crónica, idealmente debe construirse un acceso vascular nativo para evitar infecciones y reacciones de cuerpo extraño. Su eficiencia debe valorarse periódicamente mediante el KT/V. Tiene limitaciones, como el nutricional en cuanto a líquidos, la necesidad de tratamiento hospitalario y

la disminución en la capacidad laboral productiva, por el tiempo que se requiere para el procedimiento.

**Realidad colombiana:** En 1998, con 4.750 pacientes, la prevalencia de la diálisis era de 121 pacientes por millón de población (PMP); a finales de 2004 superó el doble de la cifra con 12.040 pacientes y 270 PMP (44.5 millones de habitantes) y en junio de 2005, es 280 PMP (45 millones). Así, el incremento en el quinquenio 1999 – 2004 fue de 223%, cifra que supera los datos de todos los países pero que tenderá obligatoriamente a aplanarse a medida que se copen las posibilidades del sistema de seguridad social o si llegase a existir un caso utópico de cobertura total.

Colombia no es pues ajena a la llamada epidemia de Insuficiencia Renal Crónica que se registra en el mundo pero por las razones mencionadas supera por mucho las cifras de Estados Unidos, donde hasta el año 2000 el crecimiento era de 7% – 9% por año y desde entonces se ha logrado disminuir a 5% – 6% por año (4); esta gran diferencia está dada porque allí desde hace muchos años se consiguió llegar a la cobertura casi total de la población y en nuestro país ésta llega sólo a casi 60% en el mejor de los estimativos.<sup>14</sup>

**Lista de espera para trasplante renal de cadáver:** El trasplante renal de donante cadavérico presenta matices sumamente delicados que plantean a los profesionales graves problemas, tanto de tipo técnico como ético. La tecnología de los programas de diálisis van mejorando de forma notable la supervivencia de los pacientes la cual es cada vez mayor, y, lo que es más importante, su calidad de vida también está mejorando: empleando una conocida frase: la diálisis es capaz de añadir años a la vida, pero

---

<sup>14</sup> MAZZUCHI N, SCHWEDT E, FERNÁNDEZ-CEAN JM, et al. Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal. Nefrología Latinoamericana 2000, 7:159-222.

años cada vez más llenos de vida. Esto es así hasta el punto que recientemente más de un experto ha afirmado que la presentación de insuficiencia renal crónica en una persona de 60-65 años de edad no debe suponer acortamiento de su vida; es decir, que, tratada con diálisis, la longevidad que alcanzará será comparable a la de la media de la población con función renal normal.

El trasplante renal tiene en sí una mortalidad muy pequeña, la medicación inmunosupresora supone sin duda un riesgo adicional pero tampoco muy grande, y el paciente se ve libre de las diálisis. Por otra parte, y al menos por hoy, los órganos disponibles para trasplantar son un bien escaso, su número es claramente inferior al necesario; las listas de espera para trasplante aumentan año tras año, y hay pacientes que no llegan nunca a ver realizado su sueño de recibir el órgano salvador.

**Selección del receptor:** Para seleccionar el receptor se dispone de una lista donde están los nombres y los datos necesarios que permitan decidir, ante un órgano concreto disponible, el receptor más adecuado. Los listados actualmente están mecanizados de forma que en muy breve tiempo y sin errores, mediante las computadoras se pueden buscar aquellos pacientes que tienen más parecido con el donante, en orden de mayor a menor, según criterios previamente establecidos. De los receptores potenciales en nuestro ejemplo de listado tenemos los datos siguientes:

- Clave o número de ficha donde constan todos los demás datos del paciente: historia clínica, análisis, complicaciones actuales o pasadas, etc.
- Apellidos y nombre.
- Ciudad de referencia.

- Teléfono o teléfonos de localización.
- N.º HLA: representa la presencia o no de anticuerpos preformados circulantes y su cuantificación aproximada.
- La fecha de la primera diálisis o, dicho de otra forma, la antigüedad en el programa de tratamiento de la insuficiencia renal crónica.
- Edad.

Además de esta valiosa información, es preciso conocer la situación actual del paciente, y si hay algún tipo de contraindicación temporal.

**Listas especiales:** Existen algunas circunstancias en las que, además de los factores que acabamos de comentar, es preciso considerar otros aspectos.

**1. Urgencia absoluta.** Circunstancia en la que un paciente precisa de un trasplante renal en un plazo muy breve para poder vivir. Esto sucede fundamentalmente cuando no hay posibilidades de fístula para hemodiálisis y cuando la diálisis peritoneal es técnicamente imposible. Es realmente una situación muy infrecuente, y en ella se trasplantará el primer riñón que sea compatible por el grupo sanguíneo y con prueba cruzada negativa, sin considerar antígenos de histocompatibilidad.

**2. Sujetos hiperinmunizados.** Son pacientes que por diversas circunstancias (embarazos, transfusiones sanguíneas o trasplantes previos) han desarrollado anticuerpos circulantes frente a uno o varios antígenos del sistema de histocompatibilidad. Dan la prueba cruzada positiva con la gran mayoría de los donantes, de forma que es muy difícil encontrar un órgano aceptable. Para poder trasplantarlo se precisa probar un número muy grande de donantes con el fin de aumentar las posibilidades y poder encontrar uno. Por esta razón se les incluye en más

de una lista, incluso en organizaciones supranacionales, para adjudicarles el primer órgano con el que el receptor no tenga anticuerpos circulantes preformados frente a los antígenos del donante, con el que la prueba cruzada sea negativa, el grupo sanguíneo compatible y deseablemente compartan algún antígeno. Esto crea complicaciones notables, pues es preciso disponer de todos los sueros en distintos laboratorios de inmunología, pero es la única forma de poder trasplantarlos.

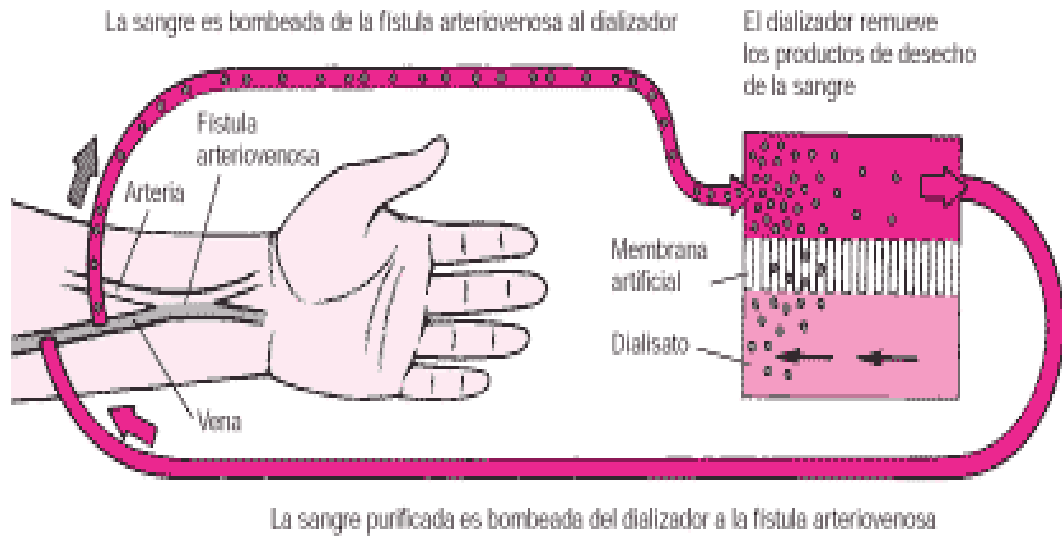
**3. Niños.** El tratamiento de los niños mediante diálisis (de uno u otro tipo) es mucho menos satisfactorio que el de los adultos, fundamentalmente porque produce graves desajustes psicológicos, porque interfiere su vida normal de juegos y escuela, y porque limita el crecimiento. Por tanto los niños en insuficiencia renal crónica se deben trasplantar tan pronto como sea posible; para ello se destinarán a niños los riñones obtenidos de donantes también infantiles y, cuando el tamaño del receptor lo permita, se considerarán receptores preferentes para los órganos de los adultos. Estas circunstancias no deben ser consideradas como favoritismos; Son situaciones clínicas, no buscadas por los pacientes, en las que hay que tener en cuenta factores objetivos no solucionables por otros medios.

### **2.2.12 Gráfica 2 (Hemodiálisis – Diálisis peritoneal)**



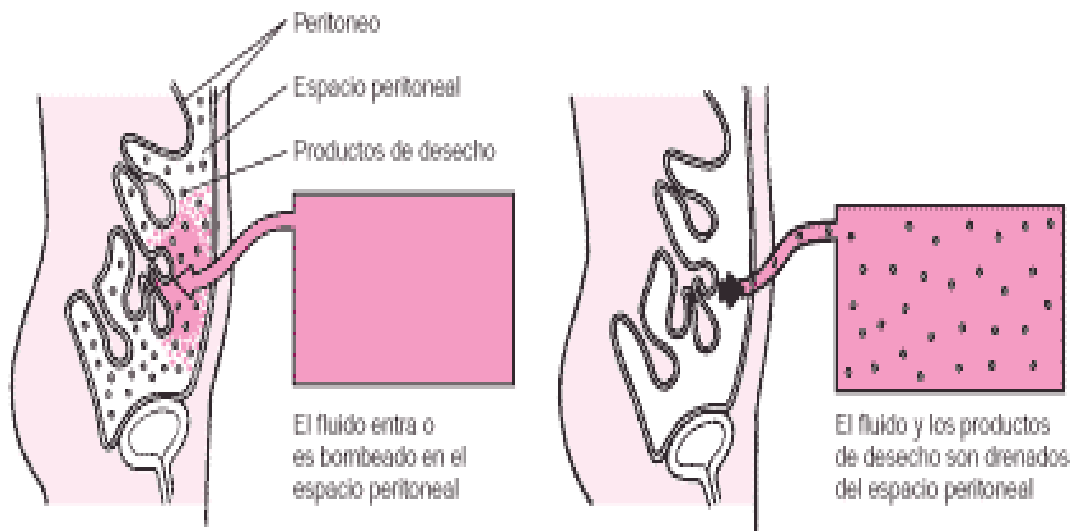
---

## Hemodiálisis

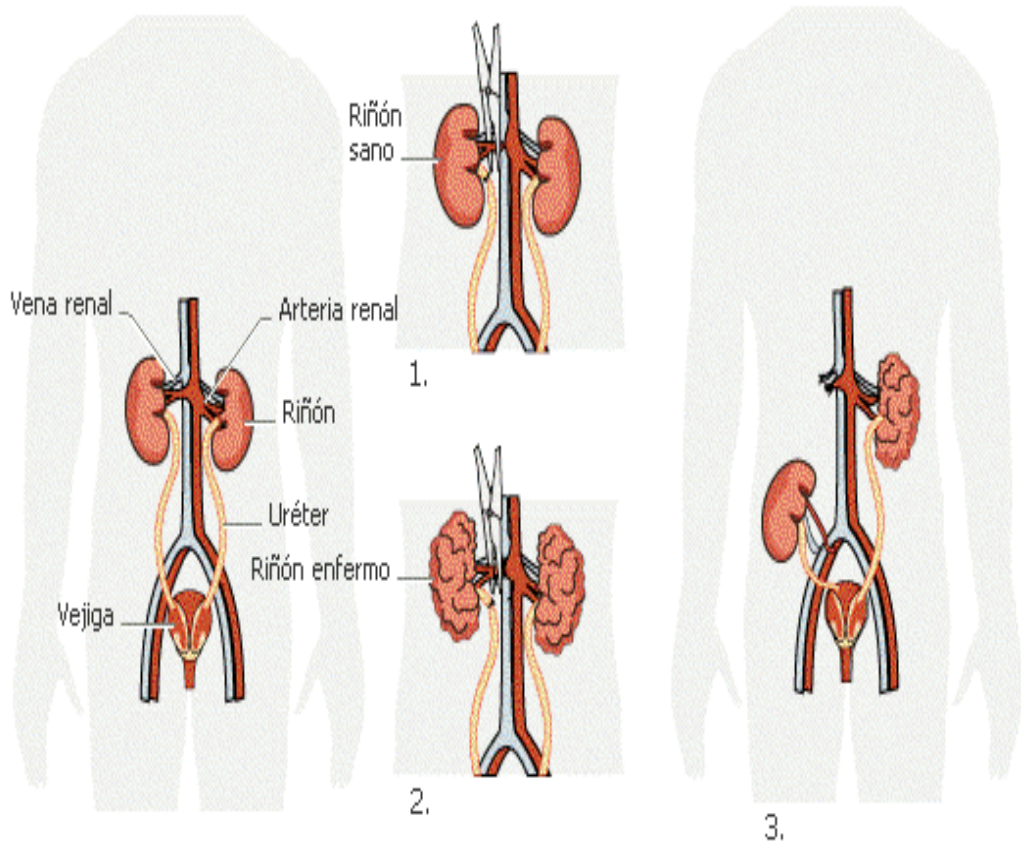


---

## Dialísis peritoneal



### 2.2.13 Gráfica 3 (Trasplante de riñón)



En las operaciones de trasplante de riñón el órgano donado debe proceder de un familiar del paciente o de una persona que haya fallecido recientemente. El riñón donado se extirpa pinzando y cortando la arteria y la vena renal (1). Los riñones enfermos pueden mantenerse en su lugar, o uno o ambos pueden ser extirpados si originan una infección persistente o una elevación de la tensión arterial (2). El riñón donado es situado en la región pélvica del individuo receptor y la arteria y la vena renal se unen al sistema circulatorio (3). Tanto el donante (si es el caso de un donante vivo) como el receptor pueden llevar una vida normal con un solo riñón.



**Trasplante renal:** El trasplante renal ha sido una modalidad de reemplazo renal desde ya hace más de treinta años, pero desde hace 12, los resultados a largo plazo han mejorado notablemente después del advenimiento de nuevas medicaciones inmunosupresoras, mejor conocimiento de la inmunobiología del injerto y el fenómeno de rechazo, nuevas técnicas de preservación de órganos, métodos diagnósticos y terapéuticos nuevos para detectar y tratar las complicaciones.

La mortalidad de pacientes con IRCT vinculados a programas de diálisis o de trasplante renal fue similar, siendo mayor solo en pacientes diabéticos trasplantados, comparados con los diabéticos en diálisis; estos datos netos no consideran los factores de calidad de vida en cada uno de los métodos escogidos, hecho que debe valorarse en conjunto con el paciente y su grupo familiar.

La mayoría de los pacientes en lista de espera, tanto a nivel internacional, como nacional están en edad productiva entre 15 – 55 años. El costo de un trasplante renal funcional es de aproximadamente un tercio del costo de la terapia dialítica, con la ventaja de una capacidad laboral adecuada por el paciente y una mejor calidad de vida.

En esta otra modalidad estamos mucho más atrás y el incremento no ha sido tan importante como el de la diálisis. Entre 1998 y 2001 se presentó un pico que aparentemente permitió suponer que íbamos a entrar en una verdadera fase de desarrollo de esta solución terapéutica. Sin embargo, las entidades aseguradoras tanto públicas como privadas han establecido una serie de barreras, trabas y “pasos” administrativos, son lentas para autorizar el estudio de los pacientes y su tratamiento, aducen procesos internos, requisitos de sus sistemas de calidad y/o auditorias, tienen presupuestos fijos y si se copan, suspenden la inclusión de nuevos pacientes, y a veces hay oposición explícita; todo esto ha llevado a que

en realidad se disminuya el número de trasplantes por año y el número PMP. Los años 2002 a 2005 han evidenciado el retroceso. Hay solo 8 centros de trasplante renal en el país, 3 en Bogotá, 2 en Medellín (uno de ellos empezó a funcionar en abril de 2005 y a junio ha realizado 4), 2 en Cali y 1 en Bucaramanga. Crear un Grupo de Trasplantes es difícil y requiere no sólo de disponibilidad presupuestal y recurso humano de alto nivel de capacitación, sino de un apoyo institucional decidido y constante, todo lo cual no es fácil de concitar.

En la Tabla se presentan los números de trasplantes realizados anualmente en los últimos 5 años en las ciudades del país con programas activos. El grupo más activo del país sigue siendo el de la Universidad de Antioquia – Hospital Universitario San Vicente de Paúl con el 42% de todos los trasplantes en 2004. Para fortuna de la actividad trasplantadora, hay otros grupos que están incrementando su actividad en forma creciente.

AÑO	D. VIVO	D. CADAVER	TOTALES
2000	80	325	405
2001	67	380	447
2002	50	354	404
2003	72	317	389
2004	81	380	461
2005 (a Junio 25)			
Bogotá	17	49	66
Medellin	7	95	102
Cali	3	24	27
Bucaramanga	0	4	4
Totales 2005	27	172	199

*Tabla No. 1. Números de Trasplantes realizados en cada ciudad*

El principal problema que afronta la Nefrología en Colombia es de tipo financiero. Veamos los costos globales de la TRR en la tabla siguiente.

<b>HEMODIALISIS</b>	(1)
Costo por sesión	\$ 85
Costo paciente/año (156 x 85)	\$ 13.260
Costo X 7.560 pacientes	\$ 100.245.600
<b>DIALISIS PERITONEAL</b>	
Costo por paciente mes	\$ 1.148
Costo por paciente año	\$ 13.776
Costo x 5.040 pacientes	\$ 69.431.040
<b>COSTO TOTAL DIALISIS/AÑO</b>	<b>\$ 169.676.640</b>
<b>TRANSPLANTES (2)</b>	<b>\$ 31.203.000</b>
<b>TOTAL TRR</b>	<b>\$200.879.640 (3)</b>

*Costos Mínimos (en dólares) de la Terapia de Reemplazo Renal en Colombia a Junio de 2005 (1).*

#### Nota

- ⌘ (1) Valor del dólar: \$2.350.
- ⌘ (2) Incluye costos **básicos** calculados para 461 pacientes (total de 2004), trasplante y primer año de seguimiento, a razón de **US\$23.000**, o sea, **US\$10.603.000**; y seguimiento anual después del primer año de ± 2.000 pacientes trasplantados activos de todo el país a razón de **US\$ 10.300** c/u. equivalentes a **US\$20.600.000**. No incluye inmunosupresores No POS, hospitalizaciones, complicaciones ni costos derivados (incapacidades o ausencias laborales).
- ⌘ (3) El valor total en pesos colombianos es de **\$472.067.154.000**, o sea, algo menos de medio billón de pesos.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> XIV CONGRESO COLOMBIANO DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSION ARTERIAL. Medellín, agosto 2005. MEJÍA, Gonzalo. Nefrólogo, Unidad Renal; Hospital Universitario San Vicente de Paúl; Grupo de Trasplantes U de A – HUSVP (Medellín)

## **Medicamentos utilizados postrasplante**

El punto central en el trasplante de órganos es lograr una supresión adecuada para evitar el rechazo del órgano. Las drogas inmunosupresoras son usadas para inducción, (máxima inmunosupresión en los primeros días del trasplante), mantenimiento y para el tratamiento del rechazo agudo o crónico ya establecido.

Los protocolos inmunosupresores deben ser individualizados de acuerdo a las características del donante y receptor. Además, deben ajustarse a la experiencia de cada equipo de trasplante y luego poder modificarlo según criterio médico, para beneficio del paciente.<sup>16</sup>

**Inmunosupresores:** Son medicamentos que tienen la capacidad de bloquear la respuesta del sistema inmune o de defensa. En el trasplante renal tratan de impedir la respuesta del sistema inmune del receptor a los antígenos extraños del órgano trasplantado.

Los protocolos tradicionales consisten en una fase de inducción, otra fase de pre-adaptación o mantenimiento la cual se lleva a cabo tradicionalmente con triple terapia inmunosupresora: CIN, ANTIPROLIFERATIVO y ESTEROIDES; y por último, la fase de post-adaptación en la cual se combinan entre dos y tres drogas, a dosis bajas, inclusive pudiendo quedar en monoterapia.

---

<sup>16</sup> FLECHNER SM, et al. Kidney Transplantation without calcineurin, inhibitor drugs: a perspective randomized trial of SRL vs CyA. *Transplantation*, 2002; 74: 1070- 1076.

La pérdida precoz del injerto secundaria a rechazo aguda es actualmente rara, por lo que el desafío consiste en disminuir la pérdida del injerto después del primer año de trasplante atendiendo las causas más frecuentes, como la muerte de origen cardiovascular o infecciosa con injerto funcionante y la nefropatía crónica del injerto.

Al momento de elegir la inmunosupresión debemos conocer todos los efectos adversos e interrelacionar cómo influirán sobre el órgano y el receptor ya que, como sabemos, la aceptación de órganos subóptimos son más susceptibles a los efectos nefrotóxicos de los inhibidores de la calcineurina, al daño generado por la isquemia-reperfusión, genera mayor susceptibilidad a desarrollar necrosis tubular aguda.<sup>17</sup>

Sin embargo, las complicaciones asociadas a la inmunosupresión, de tipo no inmune y a la inmunodeficiencia deberán reducirse, lo que significa una meta a alcanzar para la optimización del tratamiento inmunosupresor. Los mayores efectos tóxicos son nefrotoxicidad, HTA, dislipemia, DBT, anemia y efectos gastrointestinales.

Cinco años post trasplante de órgano extrarrenal, entre el 7% y el 21% de los pacientes tienen insuficiencia renal crónica estadio V.

Lo expuesto demuestra la necesidad de adaptar y modificar durante el tiempo, las drogas y dosis de los inmunosupresores. Optimizar los tratamientos y realizar regímenes con retirada precoz de esteroides, regímenes libres de calcineurínicos o con dosis bajas, hasta su retirada a tres meses, seis o doce meses.

El régimen inmunosupresor ideal aún no está establecido, pero el devenir de las nuevas drogas, prometen una terapéutica más razonable con regímenes más seguros y con menor toxicidad a corto y largo plazo.

---

<sup>17</sup> MILLER, L et al., Cardiovascular Toxicities of immunosuppressive agents. *Transplant* 2002, 2: 807-902.

Dichas drogas en fase II o III, son FK MR4, SRL, EVL, MMS, FK 778, LEFLUNAMIDE, FTY 720, inhibidores de la JAK 3, CTLA 4, Alemtuzumab, Ritoximab, LEA 29Y, Daclizumab y Basiliximab. En resumen, el uso de anti IL2R, con MMF o MMS, o SRL o EVL en conjunción con dosis optimizadas de CIN más esteroides podrían proveer la posibilidad de retirar esteroides o CIN, en forma segura.<sup>18</sup>

Los inmunosupresores más usados en trasplante renal son: azatioprina, prednisona, ciclofosfamida y ciclosporina.

- ✂ **CICLOFOSFAMIDA (Genoxal®).** Bloquea la proliferación celular. Se usa, fundamentalmente, como sustituto de la azatioprina en trasplantados con daño hepático. Afecta a los centros germinales o de reproducción, ocasionando esterilidad.
- ✂ **ESTEROIDES.** En trasplante renal el más usado es la prednisona. Además de su efecto inmunosupresor, los esteroides son antiinflamatorios. Se utilizan como medicación de mantenimiento y para tratar los episodios de rechazo agudo. Estimulan el apetito, producen acné, favorecen la obesidad y es típico, en algunos casos, una mayor pronunciación de los pómulos lo que da a la cara un aspecto especial llamado de luna llena; retardan el crecimiento en niños y retrasan la cicatrización en algunos casos favorecen la aparición de osteoporosis, cataratas y diabetes mellitus.

---

<sup>18</sup> VINCENTI F. New immunosuppressive drug in Transplantation. Am J. Transplant 2002, 2: 19-24.

✂ **CICLOSPORINA (Sandimmun®).** Su introducción ha supuesto una nueva era en el trasplante renal. Ha mejorado los resultados y ha disminuido los efectos secundarios, por lo que actualmente es el inmunosupresor más usado. Tiene un efecto inmunosupresor potente y específico, al contrario que los inmunosupresores anteriores.

**Efectos secundarios de Ciclosporina (Sandimmun®).** Los efectos secundarios de Sandimmun® se pueden clasificar en generales y localizados en determinados órganos. La más frecuente y precoz es la sensación de quemazón en los dedos de manos y pies, desaparece al reducir la dosis, temblor de manos y alteraciones gastrointestinales tales como pérdida del apetito, náuseas y vómitos. La ciclosporina (Sandimmun®) se acumula en la piel y mucosas, y por ello ocasiona hipertrichosis e hipertrofia gingival. La hipertrichosis en mayor o menor grado se presenta en el 60% de los casos, especialmente en los primeros meses y posteriormente disminuye considerablemente; es más llamativa en personas morenas con cierta predisposición a desarrollar vello y se localiza especialmente en cara, espalda y miembros superiores. En la mujer puede constituir un problema serio desde el punto de vista estético; La hipertrofia gingival aparece en el 30% de los casos y suele comenzar precozmente aunque es a partir de los 3-6 meses cuando es más patente. Va precedida por una sensación de hinchazón en las encías, e inicialmente se localiza en las papilas interdentes anteriores; posteriormente se puede extender al resto de la encía. La mala higiene dental favorece su desarrollo. La elevación del potasio es frecuente en la primera fase y se debe a dosis altas de ciclosporina (Sandimmun®) que disminuyen su eliminación renal. También puede elevarse el ácido úrico en sangre y se han descrito casos de gota que ocurren más a menudo en

los trasplantados renales que reciben diuréticos y cuando la función renal está afectada.

Los órganos más afectados por ciclosporina (Sandimmun®) son el hígado y el riñón.<sup>19</sup>

**Resultados actuales en trasplante renal:** El enfermo en diálisis con indicación de trasplante renal puede recibir un riñón de donante vivo o de cadáver. El trasplante renal de donante vivo ha estado justificado hasta ahora por:

1. Mejor supervivencia de injertos y pacientes.
2. Menor morbilidad.
3. Número insuficiente de riñones de cadáver.

Históricamente el trasplante renal de donante vivo ha tenido un papel muy importante y las razones a su favor eran tan evidentes que muchos grupos de trasplante se basaron en él durante largo tiempo. Actualmente los resultados con donante cadáver han alcanzado tales niveles de supervivencia de injertos y pacientes, que el número de partidarios del trasplante renal de donante vivo ha disminuido significativamente.

---

<sup>19</sup> [www.itns/manualdelriñon.org](http://www.itns/manualdelriñon.org)



**2.2.14 Trasplante y donación de órganos:** Cuando se habla de **trasplante de órganos y tejidos** se habla del reemplazo con fines terapéuticos de componentes anatómicos (son los órganos, tejidos, células y en general todas las partes que constituyen un organismo) de una persona, por otros iguales o asimilables, provenientes del mismo receptor o de un donante, vivo o muerto, en este caso específico hablamos del riñón. Los órganos y tejidos que hoy se pueden trasplantar son: corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas, médula ósea, laringe, tráquea, hueso, piel y córnea. Recordemos que con la donación de sangre también se pueden salvar vidas.

Los trasplantes pueden clasificarse dependiendo de la relación entre el donante y el receptor así:

- 1- Autotrasplante: con tejidos del mismo individuo.
- 2- Trasplantes congénitos: entre individuos genéticamente idénticos.
- 3- Alogotrasplantes: entre individuos de la misma especie pero genéticamente diferentes.
- 4- Xenotrasplantes: entre individuos de especies diferentes.<sup>20</sup>

Se denomina **Programa de trasplante de componentes anatómicos**, al conjunto de procesos y procedimientos que se realizan en el servicio de trasplantes con el objeto de obtener, preservar y disponer de componentes anatómicos.

---

<sup>20</sup> [www.eltiempo/lostrasplantesenlaeradelconocimiento.com](http://www.eltiempo/lostrasplantesenlaeradelconocimiento.com)

**Un donante** es aquella persona a la que durante su vida o después de su muerte, por su expresa voluntad o por la de sus deudos, se le extraen componentes anatómicos con el fin de utilizarlos para trasplante en otra persona con objetivos terapéuticos. La voluntad de donación expresada en vida por una persona, sólo puede ser cambiada por ella misma y no podrá ser modificada después de su muerte por sus deudos.

**Un receptor** es la persona en cuyo cuerpo se trasplantan componentes anatómicos biológicos y al cual se le debe advertir, previamente, sobre la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos que pueden generarse por el procedimiento; es importante que el receptor haya sido informado previamente sobre las consecuencias de su decisión, en cuanto puedan ser previsibles desde el punto de vista somático y psicológico y sobre las eventuales repercusiones que el trasplante pueda tener sobre su vida personal, familiar y profesional y que además exprese por escrito y en forma libre su consentimiento informado para la realización del trasplante, si se trata de una persona mayor de edad. Si fuere menor de edad, el consentimiento escrito lo darán sus representantes legales.

La **muerte encefálica** es la única circunstancia para donar órganos vitales y es la pérdida total de las funciones cerebrales y de los reflejos espontáneos en forma irreversible, lo cual equivale a la muerte orgánica. Las causas de muerte encefálica se dan principalmente por traumas en la cabeza ocasionados por caídas, accidentes de tránsito, impactos de bala y objetos contundentes y otro tipo de agresiones; además, por enfermedades como meningitis, metabólicas y anoxia cerebral, entre otras.

Se denomina **cadáver**:

⌘ Al cuerpo de una persona en el cual se ha producido la muerte encefálica.

⌘ Al cuerpo de una persona en el cual se ha producido cese irreversible de las funciones vitales cardiorrespiratorias.

Es de esperar que se presenten dilemas, conflictos éticos y legales alrededor de este procedimiento, por lo cual se presentan algunas disposiciones generales como:

⌘ La donación se presume cuando una persona durante su vida se haya abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse, a que de su cuerpo se extraigan órganos o componentes anatómicos después de su fallecimiento.

⌘ Para ejercer el derecho a oponerse, los deudos deberán presentar y acreditar dicha condición, dentro del lapso de seis horas siguientes a la ocurrencia de la muerte encefálica o antes de la iniciación de una necropsia.

⌘ Cabe destacar que se prohíbe cualquier forma de retribución o remuneración respecto de la donación, al igual que la exportación de componentes anatómicos.

La extracción y utilización de componentes anatómicos para fines de trasplantes podrá realizarse:

⌘ Cuando exista la donación formal proveniente de una persona viva o de ésta hecha durante su vida para que tenga efectos después de su muerte o por los deudos de una persona fallecida

Es trascendental tener presente que para la donación por parte de una persona o sus deudos, existen unos requisitos bien concretos:

- ✂ Que el donante o deudos sean mayores de edad y civilmente capaces en el momento de expresar su voluntad
- ✂ Que se haga en forma voluntaria, libre y consciente
- ✂ Que no haya presencia de alteraciones de las facultades mentales
- ✂ Que la donación no altere la funcionalidad orgánica del donante en vida.

En relación al trasplante de componentes anatómicos de personas vivas, es fundamental conocer que este requiere de:

- ✂ Informar previamente al donante y al receptor sobre los riesgos y las consecuencias de la decisión
- ✂ El receptor como el donante deben ser informados sobre los estudios inmunológicos al cual se les someterán
- ✂ el receptor debe expresar por escrito su **consentimiento** para la realización del trasplante siendo mayor de edad y si fuere menor de edad, el consentimiento escrito lo darán sus representantes legales.

Es importante recordar y tener en cuenta la decisión o petición (deseo) que en vida se hace a los familiares con respecto a convertirse en donante después de la muerte; sería lo que los investigadores han denominado el **consentimiento para la donación**. Este es el acto de amor más representativo y no tenerlo en cuenta va en contra de los derechos del individuo y sería una violación a la autonomía de la cual cada ser humano es portador. Entonces se deben tener en cuenta cuatro posturas muy valiosas:

⌘ **Consentimiento expreso:** Es cuando la persona que fallece expresó en vida su deseo voluntario de que le sean extraídos sus órganos y tejidos, con la única finalidad de ser utilizados en trasplantes.

⌘ **Consentimiento presunto:** Este hace alusión a que los órganos pueden ser extraídos del cuerpo de la persona que ha fallecido, siempre y cuando ésta en vida no se hubiese opuesto rotundamente a ello y sus familiares y allegados sean testigos de dicha afirmación; en este caso serían considerados donantes potenciales.

⌘ **Consentimiento presunto atenuado o tácito:** Ayuda a conciliar las dos posiciones (el individuo y la familia); promueve la extracción de los órganos con todos sus beneficios, pero también exige garantizar la aceptación de la familia como parte oficial

⌘ **La respuesta buscada:** Esta podría ubicarse en el grupo anterior y sería una solución al dilema del consentimiento, ya que se da la posibilidad de poderse consignar en un documento público renovable y así garantizar los cambios de opinión.

Los componentes anatómicos serán distribuidos por el Organismo Delegado para la coordinación operacional de la Red Nacional de Donación y Trasplante de Componentes Anatómicos, bajo procesos de selección automatizada que garanticen equidad en la destinación y sin discriminación alguna de raza, sexo, religión, nacionalidad, condición, procedencia u otra.

### **Clasificación de los donantes:**

⌘ **Donantes ordinarios totales:** las personas que durante su vida donan la totalidad de su cuerpo para ser utilizado después **de su muerte**

⌘ **Donantes ordinarios parciales:** las personas que durante su vida donan parte de su cuerpo para ser utilizado después de su muerte

⌘ **Donantes extraordinarios totales:** cuando los deudos de una persona fallecida donan parte del cuerpo

⌘ **Donante vivo relacionado:** las personas vivas donan un órgano destinado a un receptor con algún grado de consanguinidad

⌘ **Donante vivo no relacionado:** las personas vivas donan un órgano o parte de éste, destinado a un receptor sin grado de consanguinidad.<sup>21</sup>

En Medellín, de enero a abril de 2005, los coordinadores de trasplante, encargados de rescatar los órganos obtuvieron los siguientes resultados entrevistando a las familias de candidatos a donantes, es decir, pacientes en estado de muerte encefálica: Entrevistas realizadas **(50)**, familias que aceptaron **(37)**, familias que negaron la donación **(6)**, y descartados por contraindicaciones o porque el resultado de las pruebas infecciosas fue positivo **(7)**. La cultura de la donación de órganos y tejidos gana cada vez mayor terreno pero aún hace falta más conciencia, más generosidad, más información y mejor divulgación hacia la población potencialmente apta para donar, opción ésta por medio de la cual se pueden beneficiar personas quienes, en pleno uso de su autonomía y libertad para tomar decisiones, se encuentran en procesos de diálisis y en listados de espera para ser trasplantados.

---

<sup>21</sup> [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

**2.2.15 Calidad de vida:** El concepto de calidad de vida aplicado a los Adultos Mayores es relativamente reciente, ya que fue tomando importancia en las últimas décadas del siglo XX, paralelamente al aumento de la esperanza de vida lograda, de allí que las dificultades para definirla surgen de la complejidad del término y fundamentalmente de que algunos de los factores que lo determinan son objetivos y otros subjetivos; unos son propios del individuo y otros del medio socio-económico y cultural en el que se desarrolla y no todos son mensurables de la misma forma. Es por esto, que una combinación de los intereses individuales y colectivos debe dar forma al justo equilibrio y así puede generarse una progresiva evolución de la calidad de vida, pero la calidad de vida es un concepto evaluador o valorativo capaz de abarcar diferentes fenómenos y por tal razón debe ser valorada desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales, imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta alcanzar el grado de satisfacción personal de cada individuo.

Es aquí donde encontramos que la calidad de vida tiene unos aspectos bien importantes: un aspecto objetivo y un aspecto subjetivo; **el objetivo** significa la utilización del potencial intelectual, emocional y creador del ser humano, dependiendo de cada individuo, de las condiciones sociales y de las circunstancias externas que le permiten un pleno desarrollo y desenvolvimiento de sus capacidades, a cualquier edad y en cualquier etapa de su vida, y **el subjetivo** viene dado por la mayor satisfacción de los individuos y por la percepción que se tenga o conserve de las condiciones globales de vida, traduciéndolos en sentimientos positivos o

negativos, donde esta mezcla de múltiples dimensiones se representará en el anhelado equilibrio.<sup>22</sup>

Indiscutiblemente, la calidad de vida siempre estará asociada a la percepción que cada persona o individuo tiene de lo que significa o significaría vivir satisfactoriamente, en cuanto a condiciones de vida, lo que estaría estrechamente relacionado con la manera como se brinda o determina la seguridad social y la atención sanitaria en el país. Los Organismos Mundiales de Salud, previendo que con la longevidad se incrementarían las enfermedades y otras se cronificarían, recomienda buscar formas que agregaran a esos años una mejor calidad para vivirlos. Desde varias disciplinas científicas y desde la tecnología en gran medida, se comenzó a trabajar en cómo alcanzar una calidad de vida que permitiera un buen envejecer y evitara o retrasara una vejez patológica. Pero el concepto en sí es más amplio, ya que no cubre exclusivamente lo que atañe a la relación salud-enfermedad, sino que engloba otros términos como:

**Estilo de vida - Nivel de vida - Modo y condiciones de vida - Contexto económico-social - Nivel cultural - Edad e Historia personal:** De ellos tomaremos algunos conceptos como:

⌘ **El modo de vida** incluye toda actividad socializada, sistemática y necesaria (en este caso vital), que vincula de manera activa a los grupos humanos al modo de producción y está integrado por actividades como el trabajo, el estudio, la nutrición, el sueño, las actividades físicas y recreativas, las

---

<sup>22</sup> BOLADERAS C, Margarita. ESCOBAR T, Jaime y Colegas. Bioética y Calidad de Vida. Ediciones El Bosque, Colección Bios y Ethos, Volumen 15. Bogotá, Colombia 2000. Páginas 23, 24, 25.



sexuales y religiosas, sólo por mencionar algunas. Si una parte considerable de estas actividades se realiza de forma favorable a la buena regulación psicobiológica y dentro de parámetros bien estimados por la sociedad y el individuo, deben favorecer la salud, la longevidad y la felicidad

✂< **El nivel de vida** hace referencia sólo a los aspectos económicos y materiales en los cuales se desenvuelve la vida de los individuos como el salario, las propiedades, vivienda, mobiliario; por lo tanto, es la capacidad de consumo que tienen los individuos en la sociedad a la cual pertenecen.

✂< **El estilo de vida** es la expresión de lo social a través de la actividad individual de la personalidad. Todas las personas realizan las actividades del modo de vida, pero la personalidad de cada uno le otorga sentido a determinadas actividades o aspectos de ellas, las jerarquiza y al ejecutarlas, las incorpora a las características personales; se representan como el sello que las identifica como suyas.

✂< **Condiciones de vida** puede definirse como el contexto material, espiritual y de actividad en el que se desarrolla la vida del individuo; es un concepto globalizador, y generalmente se relaciona con los fenómenos económicos y sociológicos, pero su contenido puede extenderse hasta la individualidad psicológica y espiritual. Cuando estos conceptos se incorporan en el estudio de la salud y la vejez, es fácil entender (aceptar) que cuando se garantiza un mínimo de higiene en relación con el control de los agentes biológicos, la tarea central de las ciencias de la salud se debe desplazar al mejoramiento de la calidad de vida, de las condiciones de vida y a una buena relación de las actividades del modo de vida, por lo tanto debe

haber un mejoramiento en la capacidad funcional de aquellos que presentan un déficit en la realización de las actividades de la vida diaria.<sup>23</sup>

La OMS define la calidad de vida como " la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses."

Todos estos conceptos han ido variando de acuerdo a las épocas y a las prioridades en que cada individuo ubica sus necesidades. Vinculado a este punto es importante resaltar la singularidad y las diferencias que siempre ponen un sello personal a todos los actos y vivencias humanas. Esto rige con igual rigor para el proceso del envejecimiento.

**Visión integral de la calidad de vida:** La cuantificación de la calidad de vida interesa a los aspectos amplios tanto éticos, como políticos, económicos y de la investigación en ciencias sociales. La salud de las personas es reflejo de la sociedad y del sistema de salud de una sociedad, pero igualmente depende de factores ambientales, familiares y por ende personales. Según Bergner <sup>24</sup> hay cinco dimensiones de salud que comprenden: los fundamentos genéticos, el estado biológico, psicológico y anatómico de la persona, su estado funcional, su estado mental y su potencial de salud. Pero existen otras perspectivas en las que se tiene en cuenta otros aspectos de la existencia, como el hábito de vida, la imagen de si mismo, las relaciones personales, las responsabilidades y

---

<sup>23</sup> [www.psiconet/calidaddevidayenvejecimiento.com](http://www.psiconet/calidaddevidayenvejecimiento.com)

<sup>24</sup> BERGNER, M. Quality of life, Health status and Clinical Research, Medical Care, 27, 1989.

el estatus profesional. Según A. Leplège<sup>25,26</sup> la calidad de vida relacionada con la salud tiene una característica multidimensional y la identificación de esas dimensiones son de gran importancia en la medición en conjunto de la calidad de vida relacionada con la salud. Con este enfoque se destacan cuatro categorías principales: el estado psíquico de la persona (autonomía, capacidades físicas), sus sensaciones somáticas (síntomas, consecuencias de traumatismos o de procedimientos terapéuticos, padecimientos); su estado psicológico (emotividad, ansiedad, depresión); sus relaciones sociales y su relación con el ambiente familiar, las amistades y las actividades profesionales.

Como se menciona en algunos apartes del marco teórico, la salud tiene varias dimensiones y todas ellas surgen de la compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la naturaleza humana; sus distintas facetas reflejan todo el sistema social y cultural y nunca se la puede representar con un solo parámetro, como el índice de mortalidad o el promedio de vida. La esperanza de vida es una estadística útil pero no basta para medir la salud de una sociedad.

El factor principal que determina la salud de los seres humanos no es la intervención médica, sino su comportamiento, su alimentación, y la naturaleza de su entorno. A las enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedades como el cáncer, las cardíacas y diabetes, entre otras) se las describe justamente con el nombre de “males de la civilización”.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> LEPLÈGE A. Les Mesures de la Qualité de Vie. Press Universitaire de France. Paris, Francia, 1999.

<sup>26</sup> LEPLÈGE A. HUNT S. “The Problem of Quality of Life in Medicine”, JAMA Julio 2, Vol. 278 No 1, 1997

<sup>27</sup> BOLADERAS C, Margarita. ESCOBAR T, Jaime y Colegas. Bioética y Calidad de Vida. Ediciones El Bosque, Colección Bios y Ethos, Volumen 15. Bogotá, Colombia 2000.

## **Aspectos psicológicos del enfermo renal**

- Paciente angustiado y deprimido
- Vive el daño del órgano como exterior a él
- Debe abordarse su aspecto psicológico incluyendo la familia
- El bajo nivel cultural y educativo influyen en la adaptación a la enfermedad, encontrándose en los niveles socioculturales bajos menor adaptación y mayores exigencias.

**Medición de la calidad de vida:** De las consideraciones eminentemente económica y cuantitativa se deben tener en cuenta diferentes aspectos como ya se ha mencionado en líneas anteriores, donde hay una vertiente objetiva (como consideración externa) y una subjetiva (como consideración psicológica-individual) que da como resultado un conocimiento en detalle de la situación social y las vivencias que los individuos tienen sobre la calidad de vida, el cual es necesario para así poder mejorar las condiciones de vida y el grado de satisfacción de las personas.

Actualmente los estudios sobre calidad de vida comprenden las áreas básicas de la vida humana como:

- ✂ Salud
- ✂ Trabajo
- ✂ Vivienda
- ✂ Ocio
- ✂ Renta o ingresos económicos
- ✂ Seguridad social y sanitaria
- ✂ Familia
- ✂ Entorno físico-social

⌘ Educación

⌘ Religión y

⌘ Política<sup>28</sup>

Existen instrumentos de evaluación de la calidad de vida que representan tentativas para especificar, en términos concretos, qué es exactamente el significado de un concepto que no es una idea acabada ni unidimensional. Como cualquier otro concepto abstracto o constructo, la calidad de vida puede ser medida de muchas maneras diferentes: por ejemplo ha sido operacionalizada en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas del funcionamiento emocional e intelectual y acerca del desempeño del rol psico-social respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también, y bastante generalizado, en términos de bienestar.

**Calidad de vida y salud:** Los índices relativos a la salud son fundamentales al momento de determinar el bienestar o la calidad de vida en cualquier sentido que demos a estos términos. Pero, además, es importante constatar que, a lo largo de los años, se ha pasado de su interés de conocimiento socio-económico a un interés propiamente médico, suscitado en un principio por los problemas de la toma de decisiones sobre el costo/beneficio de ciertas terapias agresivas, o sobre las formas de tratar las enfermedades crónicas, o sobre los criterios de inclusión/exclusión de candidatos a trasplante de órganos, entre otros y, posteriormente, generalizado a toda la atención sanitaria.

Por lo tanto la gran riqueza del concepto de calidad de vida requiere no sólo que se evalúen en su estudio múltiples dimensiones, sino que usen

---

<sup>28</sup> BOLADERAS C, Margarita. Bioética y Calidad de vida. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Bogotá, Colombia 2000.

múltiples medidas de cada dimensión que se estudie, más que como indicadores particulares. Lógicamente, considerar el uso de múltiples indicadores tiene implicaciones metodológicas, respecto a:

1. la selección de instrumentos,
2. fuentes de información (el propio paciente, un miembro de la familia o personal de la salud) y
3. el modo de recogida de datos (información auto-administrada o mediante entrevistas estructuradas)

En relación a la calidad de vida y la salud se observan dos líneas fundamentales, tanto en una dimensión teórica como en los procedimientos para su medicación; una (la más desarrollada), acerca del estudio del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida; y otra, referida a la calidad de vida como factor de riesgo psico-social en el condicionamiento a una mayor vulnerabilidad a la enfermedad, a partir de su aspecto subjetivo referido a la sensación de bienestar. La medición de la calidad de vida, no sólo abarca el estado de salud, sino que también implica la **satisfacción** relacionada con los requerimientos que deben ser satisfechos para que una persona sea saludable.<sup>29</sup>

**Diálisis y Calidad de Vida.:** La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan

---

<sup>29</sup> BUENDÍA, José. Gerontología y salud "Perspectiva actuales". Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, España 1997. pagina 138 y 139.

notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce a que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis.

Por consiguiente el tipo de acceso vascular, las complicaciones técnicas y otras causas limitan una buena calidad de diálisis, lo que conlleva al deterioro progresivo del paciente, aumentando la morbi –mortalidad.

Es por esto que una de las metas perseguidas con la aplicación de los nuevos conceptos en cuanto a adecuación de diálisis es evitar en lo posible el deterioro del paciente y garantizar la tolerancia, biocompatibilidad, mejorar su estado nutricional, o en otras palabras, ofrecer rehabilitación y calidad de vida.

La presencia de diversas complicaciones intra diálisis y aquellas que se presentan a largo plazo, son capaces de originar severas discapacidades, deformidades e invalidez del individuo, como es el caso de la osteodistrofia renal, HTA, disfunciones sexuales, disminución de la dieta por anorexia generada por la uremia, que conduce a desnutrición, anemia severa, susceptibilidad a procesos infecciosos, entre otros, por lo tanto se convierten en factores que conllevan a frecuentes hospitalizaciones y aumento de la morbi-mortalidad. Con la diálisis se ha logrado prolongar y mejorar la calidad de vida de los personas debido a la reducción de toxinas responsables de provocar diferentes alteraciones, las cuales se pueden eliminar con la frecuencia, duración del tratamiento depurativo y flujo permitido por el acceso vascular.

De estos factores depende en gran parte la calidad del tratamiento, tomando en cuenta de la misma forma otros elementos que favorezcan la tolerancia de la diálisis. Los componentes utilizados habitualmente en la

evaluación de la calidad de vida interrelacionan con los definidos por la Organización Mundial de la Salud: Bienestar físico, bienestar emocional y bienestar social, además de descomponerlo en tres dimensiones, es interesante hacer la diferenciación entre calidad de vida objetiva y subjetiva. La primera hace referencia a los componentes de cada una de las tres dimensiones que pueden ser cuantificables en función de criterios externos y la segunda en función de la valoración que cada persona hace de su experiencia física, emocional y social (como ya se ha mencionado en un párrafo anterior).

Actualmente existe una cierta controversia sobre cuáles son los criterios objetivos y subjetivos relevantes para valorar la calidad de vida. Los indicadores más fiables parecen ser los subjetivos, ya que reflejan la percepción del propio paciente de su estado físico, emocional y social; en todo caso las condiciones ideales para valorar la calidad de vida de los pacientes son aquellas en las que se valoran tanto los componentes subjetivos como los objetivos.

Es necesario destacar dos aspectos que conviene tener en cuenta al valorar la calidad de vida relacionada con la salud; uno sería el carácter temporal y transitorio de la valoración, ya que lo que se evalúa es la situación del paciente en un momento determinado, y otro sería el estado previo del enfermo antes de recibir el tratamiento cuya eficacia se está tratando de valorar, así como las expectativas creadas en el paciente antes de aplicar el tratamiento, dado que todo esto tendrá una marcada influencia en la valoración subjetiva que haga la persona de su calidad de vida actual (Magaz, 1992).<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> [www.monografias/dialisisycalidaddevida.com](http://www.monografias/dialisisycalidaddevida.com)



En Colombia cerca de 12.600 personas están sometidas a diálisis, pero solo la mitad de ellas podrían ser candidatas para un trasplante.<sup>31</sup>

**El trasplante renal y la calidad de vida:** No podemos ser ajenos a una realidad que nos invade y por lo tanto esta se convierte en materia de investigación, pues desde todo punto de vista, el trasplante es la única opción de mejorar la calidad de vida de aquellas personas mayores que lo requieren y para quienes este procedimiento podría estar negado desde todos los ámbitos o sistemas que conforman la sociedad en la cual viven. No se puede ser justo cuando el principal discriminador del adulto es su familia, cuando la seguridad social es sólo para unos cuantos y cuando la concepción de vejez esta ceñida al déficit y deterioro corporal.

El trasplante renal aparece en numerosos estudios con enfermos renales, como la modalidad terapéutica que favorece una mejor calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. La clara mejoría del estado clínico producida por el trasplante renal se podría reflejar comparando la supervivencia del paciente trasplantado con los enfermos de diálisis. Esta comparación podría considerarse sesgada, dado que en principio los pacientes seleccionados para ser incluidos en la lista de espera presentan menos complicaciones clínicas que en el resto.

La mejoría clínica observada en los pacientes trasplantados, tiene una repercusión positiva en el estado emocional y en la adaptación social de los mismos, así como en la percepción subjetiva de salud y el ambiente laboral y familiar.

---

<sup>31</sup> VELEZ H, Isolda M. Trasplantes: tres mil veces la vida. Periódico El Colombiano. Medellín, Colombia Mayo de 2005. Pagina 2c

## 2.2.16 JUSTICIA SANITARIA

Para comenzar a hablar de justicia sanitaria y entender su relación con el trabajo de investigación debemos tener claros algunos conceptos como: **discriminación directa**: Hay discriminación directa cuando se trata a una persona de manera menos favorable que a otra en una situación análoga por motivos de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, **edad** u orientación sexual. Ejemplo de discriminación directa se da cuando en un anuncio de trabajo se indica: “ Absténganse personas con discapacidad”; sin embargo, la discriminación adopta normalmente formas más sutiles. Es culpable de discriminación directa un empresario que especifica en un anuncio de trabajo, que sólo deben solicitar el puesto los jóvenes, incluso cuando el trabajo en cuestión lo puede realizar perfectamente una persona mayor y **discriminación indirecta**: esta se da cuando una disposición, criterio o práctica, aparentemente neutros, puede ocasionar una desventaja a personas por motivos de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, **edad** u orientación sexual, a no ser que dicha disposición, criterio o práctica, pueda justificarse objetivamente con una finalidad legítima. Como ejemplo puede mencionarse la exigencia de que todas las personas que solicitan un puesto de trabajo deban superar una prueba en una lengua concreta, aunque ésta no sea necesaria para el ejercicio del trabajo. La prueba puede ser discriminatoria para las personas cuya lengua materna no sea la de la prueba. <sup>32</sup>

Cuando se trata el tema de la atención en servicios sanitarios que figuran entre los factores que contribuyen a determinar el estado de salud, no se aplica la habitual distinción entre los sectores económicos y sociales. Es

---

<sup>32</sup> [www.google/discriminacionsocial.com](http://www.google/discriminacionsocial.com)

importante tener en cuenta que la provisión de salud, independientemente de quienes los proporcionen y de cómo se financien, es una clase de producción tan económica como cualquier otra: (transforma insumos en bienes y servicios de valor para un consumidor final).

El complejo mundo del desarrollo va más allá del simple hecho de producir, es mucho más que el aumento del ingreso: es la expansión de las capacidades de las sociedades y de sus individuos. Para entender mejor la estrecha relación entre ingreso y salud contamos con dos elementos bien importantes: uno, es la distinción entre el ingreso individual o familiar y el ingreso colectivo; y dos, es la forma en que el nivel de ingreso influye en el estado de salud de una determinada población.

El ingreso personal permite al individuo adquirir los bienes y servicios disponibles en el mercado. Dado que entre estos bienes están los alimentos, la vivienda y otros bienes de consumo que afectan a la salud, incluidos los servicios de atención sanitaria, entonces es de esperar que el rico pueda “comprarse un estado de salud” mejor que el del pobre. Es indudable que mientras mayor es el ingreso, mejor es el estado de salud, pero la capacidad de gastar más dinero para la protección de la salud no produce un mejoramiento proporcional del estado de ésta ni una mayor esperanza de vida. Aunque es evidente que el desarrollo contribuye mucho a mejorar la salud, no todos los efectos del desarrollo en salud son beneficiosos para la población.

El estado de salud es una manera formal de capital y como tal está expuesto a riesgos y al deterioro que produce el paso del tiempo. Dada la existencia de agentes patógenos y la complejidad del organismo, el capital biológico es aún más susceptible a los riesgos que otros tipos de

capital puedan presentar, pero por otra parte, es el único que tiene la capacidad de autorregenerarse. La lucha contra los riesgos y contra el deterioro de la salud requiere, además de las defensas proporcionadas por el organismo o sistema inmunitario, inversiones de otro tipo como el preventivo, el reparativo o el curativo.

Es importante recordar que la salud tiene mucho en común con otros capitales, pero que también difiere de ellos en algunos aspectos relevantes: La salud es un capital con el que nace cada individuo, por lo tanto éste también debe cuidar de ella para no perderla como consecuencia de los riesgos a que se está expuesto. Se presenta la capacidad de comprar nuevos capitales físicos pero jamás, (al menos por el momento), de comprar un organismo nuevo. El progreso médico está reduciendo diariamente esta diferencia, gracias a la posibilidad de comprar y colocar en el organismo componentes exógenos (órganos, articulaciones, tejidos, prótesis dentales, lentes, algunos aparatos artificiales y otros trasplantados de otros seres humanos), pero todavía no es posible abandonar el cuerpo deteriorado e instalarse en uno nuevo. El estado de salud es un bien inalienable que posee el individuo. Cuando el costo de mantener o reparar un bien de capital físico supera el precio de obtener uno nuevo, el antiguo se abandona. En el caso de los seres humanos, este abandono equivale a la muerte. El dueño mismo, y no solo su capital, deja de existir, igual ocurre en nuestra sociedad con los viejos, discapacitados y demás población vulnerable.

La distinción que establece una sociedad entre salud y las otras formas de capital se da cuando aquella admite sin extrañarse que una persona rica viva en una residencia lujosa y tenga un automóvil de lujo y que una persona pobre viva en condiciones humildes y sin vehículo. Si parece

injusto que una persona pobre habite en una vivienda humilde, es mucho peor que un individuo esté condenado a vivir en un cuerpo deteriorado. Cualquier concepto de la igualdad intrínseca de los seres humanos se opone, a que el capital humano que representa la salud también participe en la pobreza económica. El gasto de atención en salud de un individuo, a la hora de decidir cómo gastar su ingreso personal, depende de la apreciación que se tenga de la relación entre el beneficio y el costo; por ende la mayor parte, sino todo el beneficio de un mejor estado de salud, sigue siendo un bien privado. Sería público solamente en la medida en que el receptor de la atención en salud no obtuviera todo el beneficio de la misma, produciéndose así beneficios externos para la sociedad.<sup>33</sup>

La concepción de trasplantes y justicia va más allá de simples presunciones. El punto de partida está en el “ser personas”, que confiere la capacidad y necesidad de dominio sobre las cosas y en la dimensión social del ser humano que le permite establecer relaciones. Este punto de partida de la noción de Justicia no estaría en la apreciación de conflictos de intereses entre los hombres, ni en el descubrimiento de la necesidad de un orden social, ni tampoco en la existencia de un poder social que debe ser encauzado. La Justicia es la virtud de darle a cada uno lo que le pertenezca.

En Colombia el principio constitucional del derecho a la salud no pasa de ser un mero deseo a algo inalcanzable, aún en los países más influyentes y desarrollados del mundo ocurre esto. Ni siquiera cuando todos los recursos disponibles se dedicaran a atender esta creciente demanda, sería posible hacerlo. Es uno de los grandes dilemas de la sociedad

---

<sup>33</sup> MUSGROVE Philip. Apartes del documento “Relaciones entre salud y desarrollo” Paginas 115 a 127.

contemporánea, centrado entre la demanda creciente por los servicios de salud, cuyo crecimiento no ha de cesar por una parte y por la otra los limitados recursos que se pueden orientar a satisfacer esas necesidades.

De otro lado, los avances realizados con dispositivos artificiales en audición, visión y aún para reemplazar al riñón, entre otros, son verdaderamente auspiciosos, pero todo ello tiene un desembolso y a medida que las tecnologías avanzan y se hacen más y más sofisticadas, cuestan más. La sociedad, como un todo integral y apartándose radicalmente de la ética hipocrática que es fundamentalmente individualista, tendrá que participar en este debate tan complejo y que afecta a todos por igual y proponer soluciones al dilema duro y sin soluciones aparentes del "reparto de los recursos disponibles". Solo para tener una referencia del costo que puede llegar a generar un trasplante mencionaremos algunos precios de los más comunes realizados en el país, los cuales varían según la ciudad, la clínica u hospital, entre otros, aunque en el caso del trasplante de riñón es mejor el resultado de éste al del tratamiento en diálisis no solo a nivel económico sino orgánico y de la estabilidad emocional y mejoramiento de la calidad de vida ya que la diálisis por lo general comprende largos periodos de tiempo:

Riñón	\$ 42 millones
Hígado	\$ 100 millones
Corazón	\$ 100 millones
Médula	\$ 300 millones
Córnea	\$ 4 millones

## 2.2.17 Legislación colombiana y las personas mayores

**Políticas de Protección de los Derechos y Deberes de las personas mayores:** la política de Protección de los Derechos y Deberes de las personas mayores persigue superar la situación de desventaja, discriminación y vulnerabilidad de los viejos como consecuencia de una inapropiada cultura gerontológica que confunde vejez con enfermedad, pasividad, irresponsabilidad y muerte, pero reconoce que todos los seres humanos somos libres e iguales como lo dice el artículo 13 de la Constitución Nacional:

✂ *Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.*

Los derechos y deberes de las personas mayores se apoyan a nivel mundial en la Declaración Universal de los Derechos humanos (1948), que son:

✂ Derechos civiles y políticos

Vida - Libertad - Seguridad - Participación - propiedad -  
Opinión - Expresión - Pensamiento - Conciencia - Religión -  
Asociación

✂ Derechos sociales, económicos y culturales

Trabajo - Niveles educativos de vida – Educación -  
Participación y vida cultural

En Colombia en 1975, la Ley 25 creó el Consejo nacional para la Tercera Edad y en 1991 la nueva Constitución Política de Colombia en 5 capítulos y 85 Artículos, reconoce 42 nuevos derechos para promover la igualdad, libertad, pluralismo y justicia social.

El Artículo 46 consagra específicamente la protección del anciano “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida cotidiana.”<sup>34</sup>

Aparte de lo anteriormente expresado, estos son algunos de los principios de las naciones Unidas a favor de las personas de edad, adoptados en La Asamblea general de ésta en resolución 46/91 el 6 de diciembre de 1991:

⌘ **Independencia:** las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención en salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familiares y de la comunidad y su propia autosuficiencia

⌘ **Participación:** las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes

⌘ **Cuidados:** las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y

---

<sup>34</sup> GÓMEZ G, Margarita. MAYA S, Luz H. GAVIRIA J, Martha. Cartilla - Derechos y Deberes de las Personas Mayores de 60 años. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Diseño e impresión Fundación Ciudad don Bosco. Medellín, Antioquia. 2003.



emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

✂ **Autorrealización:** las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, sanitarios y recreativos de la sociedad.<sup>35</sup>.

**2.2.18 La historia de los trasplantes y la donación de órganos en Colombia:** En nuestro país se realizan trasplantes con éxito de tejidos desde 1945 y de órganos desde 1965. Cada donante de todos sus órganos y tejidos puede beneficiar hasta 55 personas con un trasplante. Se realiza trasplante de corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, córneas, huesos, piel y válvulas cardíacas. Los resultados son buenos, porque los cirujanos han sido entrenados en los grandes centros de trasplante en el mundo, se utiliza tecnología de punta y los medicamentos son los mismos fármacos de cualquier paciente trasplantado en el mundo.

✂ En 1946 se realizó en Colombia el primer trasplante de córnea en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá; allí mismo se efectuó el primer trasplante de órgano (riñón) en 1966.

✂ Después del trasplante de córnea siguió el de válvulas cardíacas, de 1959, en la Clínica Shaio de Bogotá; el de hueso realizado en el Hospital San Ignacio de la misma ciudad en 1986 y el de piel en el Hospital capitalino de la Misericordia hace dos años.

✂ En Colombia hay programas activos de promoción de donación de órganos en Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga, Barranquilla y Cúcuta, que trabajan con la Corporación DAVIDA

---

<sup>35</sup> [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

∞< Existe una Red Nacional de Trasplantes, delegada en 1998 por el Ministerio de Salud para el fomento y organización de la actividad en el país.

∞< El Grupo de Trasplantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, es una excelente expresión de unidad y trabajo científico con el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín (HUSVP). Desde 1948 las dos instituciones unieron esfuerzos y establecieron una relación de asistencia y docencia, que es ejemplo de cooperación interinstitucional. El Grupo del hospital lidera este procedimiento en el país, al practicar entre el 55 y 60 por ciento del total de las intervenciones anuales

∞< Más de 3.000 trasplantes renales certifican los buenos resultados de esta alianza. El Hospital Universitario San Vicente de Paúl ha sido y es un referente de primer orden, dentro y fuera del país. Al éxito médico de aquel primer trasplante de riñón se sumaron los de corazón, córneas, pulmones, óseos y, hace un año, el primer trasplante de tráquea y el segundo de laringe en el mundo. El liderazgo del Grupo de Trasplantes le ha valido a Medellín un sitio de honor en el concierto internacional, que la categorizan como ciudad de salud y bienestar para pacientes que incluso llegan del exterior a los hospitales y clínicas, en busca de recuperación de sus dolencias. Paralelamente a este avance científico, en Antioquia se ha despertado un interés por la donación de órganos.

∞< El Grupo de Trasplante del HUSVP y la U. de A. realiza en promedio, cada año, cerca de 200 trasplantes. En los años

2001 y 2002 fueron 252 y 237, respectivamente, y para el 2003 y 2004 practicaron 198 y 195.<sup>36</sup>

Colombia no es realmente un país de donantes de órganos como las cifras lo indican. Es cierto que, en el curso de los últimos 15 años, el número de personas que declararon ser voluntarios para la donación de sus órganos se elevó de 3 a 12 donantes por cada millón de habitantes, pero aún es muy bajo el índice de donación frente a la demanda que día a día se incrementa. La limitante es la falta de una cultura mayor de donación.<sup>37</sup>

**Existe una necesidad altamente insatisfecha para obtener órganos y tejidos:** Los médicos deben tomar conciencia para socializar, dentro de la comunidad, a posibles donantes sobre su opción de hacer un regalo que mejorará la calidad de vida de un semejante mediante la donación de un órgano o de un tejido. Con todo, el profesional debe obtener el consentimiento del paciente para la disposición y el uso de tejidos, órganos y otras partes corporales que se extirpen durante procedimientos quirúrgicos. Todos los posibles donantes deben comunicar sus preferencias a su familia, e incluirlas en documentos como la licencia de conducir o la tarjeta de donante de órganos. Los médicos que atiendan a pacientes agónicos o con muerte encefálica y que podrían ser donantes, debieran preguntar si el paciente expresó alguna preferencia sobre la donación; por ello, tanto la ley colombiana como los organismos de acreditación de atención médica, requieren que los hospitales cuenten con procedimientos que aseguren que las familias de posibles donantes

---

<sup>36</sup> VELEZ H, Isolda M. Periódico El Colombiano. Trasplantes: Tres mil veces la vida. Medellín, Colombia mayo de 2005. Pagina 2c.

<sup>37</sup> [www.cortrasplantes.org](http://www.cortrasplantes.org)

hospitalizados se muestren abiertos a la opción de consentir la donación de órganos.<sup>38</sup>

Los médicos deben abordar a las familias con benevolencia y humanismo. La atención de un posible donante debe mantenerse separada de la del eventual receptor. El médico del posible donante no debiera ser responsable de la atención del receptor, ni debe participar en la obtención de órganos o de tejido. Sin embargo, con el fin de evitar conflictos de interés, el médico del posible donante puede poner sobre aviso al equipo de obtención de órganos y tejido de la existencia del posible donante. Una vez que haya ocurrido la muerte encefálica y se haya autorizado la donación de órganos, el médico del donante debe saber cómo mantener la vitalidad de los órganos y tejidos en colaboración con el equipo de obtención. Antes de la declaración de muerte encefálica, se pueden usar tratamientos propuestos para mantener la función de órganos trasplantables únicamente si no se espera que dañen al posible donante, ya sea al causar síntomas o poner en peligro las probabilidades de supervivencia. La situación de las personas que están en estado vegetativo persistente es diferente. Están inconscientes, pero no se ha presentado la muerte encefálica. Debido a que su condición no es progresiva, éstos pacientes no tienen una enfermedad terminal. No están conscientes de sus alrededores y carecen de la capacidad de responder con determinación a ellos. El pronóstico de estos pacientes varía según la causa subyacente. Algunos médicos y sociedades médicas consideran que, cuando se confirma que el paciente está en estado vegetativo persistente, ya no hay indicaciones médicas para el tratamiento que prolonga la vida ni el acceso a cuidados intensivos o al respirador.

---

<sup>38</sup> [www.vivisimo/manualdeetica.com](http://www.vivisimo/manualdeetica.com)

Concluyen que estos pacientes no pueden obtener beneficios ni sufrir ninguna molestia y que por lo tanto deben retirarse todas las intervenciones. Sin embargo, muchos pacientes o sus familias valoran la vida en sí, independientemente del estado neurológico. Por estas razones, los objetivos de la atención deben guiar las decisiones sobre el tratamiento de prolongación de la vida que se ofrece a pacientes en estado vegetativo persistente, de la misma forma que las guiarían si se tratara de otros pacientes que carecen de la capacidad de tomar decisiones.<sup>39</sup>

En Colombia, a pesar de contar con una de las legislaciones más amplias a nivel mundial con relación a la donación de órganos, subsiste un inmenso desconocimiento en torno a la posibilidad de donar los órganos en vida, acerca de lo que esto significa, del beneficio que conlleva y de las profundas necesidades que existen al respecto. Ninguna religión se opone actualmente a la donación y los trasplantes, (sacando de lado las transfusiones de sangre) y permiten que sea una libre decisión de sus feligreses sin que ello signifique que incurran en alguna falta. El catolicismo se ha manifestado públicamente a través de la Encíclica a la Vida, en la que Juan Pablo II (fallecido en el transcurso de esta investigación y posteriormente avalado por Benedicto XVI en otro comunicado quien afirma ser portador del carné de donante) se refiere a la donación y los trasplantes como el acto de amor más grande que puede hacer un ser humano. Creencias, como la reencarnación y el temor de ceguera al haber sido donante de ojos o que en el corazón está el alma y se impide la donación, no tienen ningún fundamento y le impiden a otra persona tener una oportunidad de vida.

---

<sup>39</sup> [www.vivisimo/manualdeetica.com](http://www.vivisimo/manualdeetica.com)

También, uno de los aspectos que involucraría profundamente la práctica gerontológica, es que el tema de la muerte sea un tema tabú al interior de nuestros hogares y esto nos impide hablar con tranquilidad de ello con nuestros familiares y contarles nuestra decisión con relación a la donación y los trasplantes.

**La ley Colombia, los colombianos y los trasplantes:** En Colombia, la ley de trasplantes está basada en la ley 9 de 1979, ley 73 de 1988, decreto 1546 de 1998 y resoluciones 3198, 3199 y 3200 de 1998. Es una ley de avanzada en el mundo y permite la realización de todas las actividades de donación y trasplantes de órganos y tejidos en nuestro país. La ley de ética también considera algunos requisitos en esta actividad que lo cumplen los grupos de trasplantes. Existe una Red Nacional de Trasplantes con delegación del Ministerio de Salud mediante resolución 3198 de 1998 que es la encargada de operativizar toda la actividad de donación y trasplantes en nuestro país. Su nombre es DAVIDA y nace en 1998, producto de la unión de todos los grupos de trasplantes y bancos de tejidos activos en Colombia. DAVIDA está dividida en 5 regionales así: Noroccidente con sede en Medellín, suroccidente con sede en Cali, norte con sede en Barranquilla, nororiente con sede en Bucaramanga y centro con sede en Bogotá, pero con la reforma a esta ley no se sabe aún si la Corporación DAVIDA continuará.

En Colombia se cuenta con una legislación referente a la donación y trasplantes de órganos y tejidos, la cuál en uno de sus apartes desarrolla el concepto de la Presunción Legal de Donación, que consiste en que todas las personas somos donantes a no ser que en vida expresemos lo contrario según La Ley 1172 de 1979. El Decreto número 01546 de 1994: Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de

1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos.

Algunos apartes de este decreto enuncian:

**Reglamentado trasplante de componentes anatómicos:**

- ✂ ***Se prohíbe la exportación de tejidos con ánimo de lucro. Esta sólo podrá realizarse con fines humanitarios.***
- ✂ ***Trasplantes a extranjeros no residentes en Colombia únicamente podrán hacerse cuando se hayan suplido las necesidades de los residentes en el país.***
- ✂ ***Se crea la Red de Donación y Trasplante bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud.***
- ✂ ***No se podrá cobrar por la donación de órganos o tejidos.***
- ✂ ***Eficiencia, transparencia, calidad, promoción de la donación voluntaria y equidad, principios básicos del Decreto.***

A principios del mes de agosto sale una reforma al Decreto 01546 donde se hacen las siguientes aclaraciones según el boletín de prensa 91 del Ministerio de la protección Social y su oficina asesora de comunicaciones:

**Bogotá, agosto 11:** Mediante Decreto 2493 del 4 de agosto de 2004, el Gobierno Nacional reglamentó la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante de los mismos en seres humanos. Se entiende por componentes anatómicos los órganos, tejidos,

células y en general todas las partes vivas que constituyen el organismo humano.

El decreto, que modifica el 1546 de 1998, prohíbe la exportación y la venta de tejidos, crea la Red de Donación y Trasplante, establece los criterios para el diagnóstico de muerte encefálica y para la donación y distribución de componentes anatómicos, fija las condiciones para la promoción de la donación y define los requisitos higiénico-sanitarios que deben cumplir los bancos de tejidos y de médula ósea, entre otras cosas.

En el Decreto 01546, la norma establece que la salida de tejidos o de médula ósea fuera del territorio nacional “sólo podrá efectuarse en calidad de donación con fines de trasplante o implante, atendiendo motivos de solidaridad humana y sin ánimo de lucro”, previa autorización expedida por el Invima, y únicamente a través de Bancos de Tejidos o de Médula Ósea.

En cuanto a los trasplantes o implantes a extranjeros no residentes en Colombia, el Decreto contempla que éste podrá efectuarse sólo cuando no existan receptores nacionales o extranjeros residentes en Colombia en lista regional y nacional de espera, para lo cual deberá solicitarse la correspondiente certificación por parte de la Coordinación Regional de la Red de Donación y Trasplantes.

“Con esta medida se pretende asegurar que se cubran las necesidades nacionales de trasplantes, con el único fin de que prevalezca el interés general y se asegure una mejor calidad a quienes requieran este procedimiento en Colombia”, explicó el Ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt.

**Se crea Red de Donación y Trasplante:** El mencionado Decreto crea la Red de Donación y Trasplante, que a nivel nacional será coordinada por el Instituto Nacional de Salud, a nivel regional por las Direcciones



Departamentales y Distritales de Salud en las cuales exista mayor número de programas activos de trasplantes, implantes, bancos de tejidos y de médula ósea.

El Instituto Nacional de Salud, como coordinador a nivel nacional, deberá implementar un sistema de información que permita integrar las bases de datos de las regionales e incorporarlas al Sistema Integral de Información en Salud; determinar la asignación de los componentes anatómicos con base en los criterios técnico-científicos y desarrollar y mantener registros de las estadísticas remitidas por los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y por las IPS que realicen trasplantes, entre otras funciones.

Entre tanto a la coordinación del nivel regional le corresponde asignar los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplantes, con la Red Nacional de Donación y Trasplantes, con el Ministerio de la Protección Social y con las entidades territoriales de salud, las actividades de promoción de la donación y remitir mensualmente a la coordinación nacional, las estadísticas remitidas por los Bancos de Tejidos y Médula Ósea y por las IPS.

**No al pago por donación:** La norma expedida prohíbe la remuneración o cualquier tipo de compensación o retribución por la donación o suministro de un órgano o tejido. En consecuencia, se prohíbe el pago al donante vivo, a la familia del donante fallecido, al Banco de Tejidos o de Médula Ósea, a la IPS, la EPS o a cualquier otra persona natural o jurídica.

Así mismo no se podrá cobrar al receptor por el órgano trasplantado y tampoco se podrá hacer publicidad sobre la necesidad de un órgano o tejido o sobre su disponibilidad, ofreciendo o buscando algún tipo de remuneración.

Con el fin de asegurar la calidad de los órganos o tejidos donados, se establece la obligatoriedad de que los Bancos de Tejidos y las IPS, practiquen a los donantes pruebas como la de histocompatibilidad y la detección de anticuerpos contra la Hepatitis C, la Hepatitis B, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Trepanozoma Cruzi que produce el Chagas.

**Equidad en la distribución:** Tal como lo había dicho el Ministro de la Protección Social durante el proceso de elaboración de esta norma, la prioridad para el Gobierno Nacional es garantizar que todos los residentes en el país, tengan acceso en igualdad de condiciones a los componentes anatómicos con el fin de salvar sus vidas o mejorar su estado de salud.

Por eso el Decreto 2493 señala que “los componentes anatómicos serán distribuidos en el territorio nacional, de manera tal que se garantice la equidad en la asignación de los mismos, sin discriminación alguna por razones de origen familiar, estrato socioeconómico, sexo, raza, lengua, religión, opinión política o filosófica”. Para esto establece que las IPS que no vayan a utilizar un componente anatómico, deberán informar a la Coordinación Regional para que ésta decida su utilización en dicha área y de no usarse allí, la Regional informará a la Coordinación Nacional para que ésta lo asigne a cualquiera de las otras regionales.

**Decreto concertado:** El Decreto 2493 de 2004 es producto de un proceso de discusión de más de 8 meses, con todas las entidades y expertos involucrados en el tema y fue ampliamente discutido con diferentes IPS que cuentan con programas de trasplantes y bancos de tejidos.

“Durante este tiempo realizamos muchas reuniones en instituciones como el hospital San Vicente de Paúl de Medellín y el Instituto Nacional de

Salud, donde recibimos el aporte de expertos de todo el país. Este trabajo, unido al análisis de la literatura existente sobre el tema en la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Bancos de Tejidos y en países como España, Argentina, Venezuela, Uruguay, Perú y Ecuador, concluyó en esta norma que es el resultado de la más amplia discusión y análisis”, explicó el Ministro de la Protección Social.<sup>40</sup>

Pero aparte de la legislación colombiana también es importante, en este caso, hablar de algunos de los inconveniente que son bastante significativo y son generado por los mismos familiares, quienes temen que el cuerpo de su ser querido quede desfigurado en el momento de la extirpación de uno o varios órganos. A este respecto, los especialistas señalan que las técnicas quirúrgicas son estrictamente rigurosas para respetar la integridad y la estética del cuerpo, lo que responde una de las preguntas más frecuentes de la población como:

**¿Al donar los órganos se causa alguna desfiguración al cadáver?**

No, la remoción de órganos y tejidos es un procedimiento quirúrgico en el que se tiene el mayor cuidado para no alterar la apariencia física del cadáver. La Ley Colombiana señala que no se debe causar ninguna desfiguración.

Otras inquietudes han sido motivadas por el temor al mercado de órganos y por lo tanto surge el siguiente cuestionamiento **¿Conllea algún peligro portar un carné de donante y qué hay del trafico?** No, el carné es algo simbólico que ayuda a difundir la cultura de donación de órganos y además, aunque es frecuente escuchar denuncias sobre tráfico de órganos que se llevan a cabo mediante un "mercado negro" de los

---

<sup>40</sup> [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

mismos, los expertos consideran que no es posible que ello sea realidad, ya que para poder obtener un órgano y realizar un trasplante, se requiere de una infraestructura tan compleja, que realizar operaciones clandestinas es, en la práctica, imposible. Para delinquir, se requeriría de una asociación ilícita compuesta por cientos de profesionales, a la que habría que sumarle la infraestructura que sólo puede brindar un gran hospital, clínica, estatal o privada, es decir, inversiones millonarias en profesionales y equipos que se arriesgarían en un delito fácilmente detectable. Para tener idea sobre la magnitud de esas operaciones, debemos tener en cuenta que un transplante de hígado requiere un promedio de 12 horas de cirugía. Se trata de técnicas quirúrgicas de muy alta especialización y, por lo tanto, aplicadas por un pequeño número de especialistas muy reconocidos.

**¿La familia que dona los órganos de un ser querido recibe dinero?**

En Colombia está prohibida la comercialización de órganos o tejidos. La donación en ningún caso tiene retribución económica, ya que sólo debe obedecer a razones humanitarias. Un donante puede beneficiar en promedio a siete personas.

**¿Quién paga los gastos de la extracción de órganos?** Son asumidos en su totalidad por la EPS de la persona que recibe el trasplante. Los familiares del donante no asumen ningún gasto por este concepto.

**¿Cómo se asignan los órganos donados?** Otro aspecto de gran preocupación y que atañe directamente a este proyecto de investigación, se refiere al cuestionamiento del criterio de edad. Los órganos donados son sometidos a exámenes minuciosos y los resultados son comparados con los de las personas candidatas a trasplante. Se asigna el órgano a la persona más compatible genéticamente, es decir, quien tenga más

opciones de tolerar y conservar el órgano trasplantado. Esto se determina por una variedad de factores como tipo de sangre, tejidos, peso y talla del donante denominado protocolo.<sup>41</sup>

**2.2.19 La seguridad social en salud, La Ley 100 y los trasplantes:** Para el tema que nos compete, la donación y trasplante de órganos y tejidos en personas mayores de 55 años, estos son algunos apartes a tener en cuenta cuando de seguridad social en salud se trata.

El Sistema de seguridad Social en Salud fue creado por la ley 100 de 1993 y en su preámbulo dice así: “La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”<sup>42</sup>

### **Conformación del Sistema General de Salud en Seguridad Social en Salud:**

- ✂ Régimen de pensiones
- ✂ Régimen contributivo
- ✂ Régimen subsidiado
- ✂ Servicios sociales complementarios

**Plan Obligatorio de Salud, POS:** Busca la protección integral a las familias, maternidad, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y

---

<sup>41</sup> [www.cortrasplantes.org](http://www.cortrasplantes.org)

<sup>42</sup> ([www.minproteccionsocial.gov](http://www.minproteccionsocial.gov)/Ley 100 de 1993.gov)

rehabilitación de las patologías. Según la norma los servicios incluidos en el POS, serán actualizados por el CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) de acuerdo con cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y según condiciones financieras.

Los planes de beneficio son: **POS**, POSS, planes de atención complementaria, planes de medicina prepagada y planes de pólizas de salud, donde el **POS** descarta los siguientes procedimientos:

- ✂ **Cirugías estéticas con fines de embellecimiento**
- ✂ **Tratamientos nutricionales con fines estéticos**
- ✂ **Tratamientos no reconocidos por las asociaciones medico-científicas, o aquellos de carácter experimental**
- ✂ **Medicamentos o sustancias que no estén incluidos en el manual de medicamentos (Acuerdo 228 de 2002)**
- ✂ **Tratamiento para várices con fines estéticos**
- ✂ **Los tratamientos para enfermos terminales cuando no existen posibilidades de curación. Puede brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor y terapia de mantenimiento**
- ✂ **Se excluyen también los trasplantes, excepto de corazón, riñones, córnea y medula ósea**

Algunos de los medicamentos autorizados por el POS relacionado con los trasplantes es la ciclosporina y algunas patologías de alto costo o catastróficas son: trasplante renal, diálisis, neurocirugía sistema nervioso, cirugía cardíaca, reemplazos articulares, manejo del gran quemado, manejo del trauma mayor, manejo de pacientes infectados con VIH, quimioterapia o radioterapia para el cáncer, manejo de cuidados intensivos, tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas. Para todo

lo anterior hay que tener en cuenta los requisitos para que estas puedan ser consideradas como patologías de alto costo, es decir, que no basta con que estén en el listado anterior sino que sean de alta complejidad técnica en su manejo, baja ocurrencia, relación bajo costo-efectividad en la modificación del pronóstico, entre otros.

Los principios que rigen los trasplantes son:

1. La necesidad terapéutica del trasplante
2. El deber de información
3. La gratitud de la cesión de órganos
4. Condiciones fisiológicas del órgano a trasplantar
5. Definición de muerte cerebral (de manera irreversible, ausencia de funciones del tallo encefálico, respiración espontánea)
6. prohibición de exportación de componentes anatómicos

La responsabilidad global de garantizar la seguridad social integral y la salud de toda la población colombiana es del Estado, tal y como esta contemplado en la Constitución Nacional, y más exactamente en los artículos 48 y 49. El Estado, a través de entidades públicas y privadas, delega la responsabilidad del aseguramiento y la prestación de los servicios relacionados con la seguridad social (incluidos los de salud) esto para garantizar el cubrimiento en salud, existen dos tipos de subsidios:

- a. subsidio a la oferta: por medio del cual el Estado garantiza el aseguramiento y la prestación de los servicios médico asistenciales a la población vinculada o para la coberturas de actividades no contempladas dentro del plan obligatorio de salud (POS) y el plan obligatorio de salud subsidiado (POSS) a la población afiliada al régimen contributivo y

subsidiada respectivamente, a través de instituciones publicas (Empresas Sociales del Estado) o por intermedio de instituciones privadas que posean convenios con los entes territoriales.

- b. Subsidio de demanda: por medio del cual se garantiza el aseguramiento y la prestación de los servicios médicos asistenciales a la población afiliada al régimen subsidiado.

**Planes de beneficios en materia de trasplantes:** Con relación a los planes de beneficios contemplados en la normatividad vigente en materia de procesos de trasplantes, tanto el régimen contributivo como el subsidiado e igualmente en los subsidios parciales, las aseguradoras deben garantizar la atención integral en los siguientes trasplantes:

✂ **Régimen contributivo:**

- Cornea
- Riñón
- Médula ósea
- Corazón

✂ **Régimen subsidiado:**

- Riñón
- Corazón

✂ **Subsidiados parciales**

- Riñón
- Corazón.

El manejo integral de los trasplantes implica la responsabilidad de garantizar los exámenes prequirúrgicos, estudios de histocompatibilidad, material medico-quirúrgico y medicamentos contemplados en los planes de beneficios para la realización de los trasplantes. Así mismo, las atenciones en los diferentes niveles de complejidad, los medicamentos y



exámenes clínicos contemplados dentro del plan de beneficios, necesarios para el control y mantenimiento de las personas que reciben este tratamiento.

**Responsabilidad ante el donante:** las aseguradoras, según lo definido en el Manual de Procedimientos y Actividades del Plan Obligatorio de salud (MAPIPOS), están en la obligación de garantizar al donante lo siguiente:

- ✂ Estudios de histocompatibilidad cruzada mayor y menor
- ✂ La cardiectomía
- ✂ La nefrectomía<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> GUERRERO C, Yaneth. ROJAS R, Doris Stella. Medellín, Ciudad de Trasplantes. Ediciones Ana Maria Rodríguez. Medellín, Colombia 2004. Páginas 261 a 265 y 277.

### **2.3 Marco Conceptual**

**ACTH:** abreviatura de la hormona adrenocorticotropa o corticotrofina segregada por el lóbulo anterior de la hipófisis y cuya misión es estimular la corteza suprarrenal.

**Actitud:** En psicología se define como el conjunto de rasgos habituales que se repiten a lo largo de diferentes acontecimientos y circunstancias que dan origen a la orientación del hombre y determinan la vida anímica del los seres humanos.

**AFTA:** infección fúngica en la boca

**Anticuerpo:** Sustancia producida en el organismo de los seres vivos por la presencia de un antígeno. Cualquiera de las de cerca de un millón de tipos de moléculas proteicas que producen más células denominadas linfocitos, y cuyo papel principal es actuar como defensas contra la invasión de sustancias extrañas. Los anticuerpos, que son un componente importante del sistema inmunológico, están en todos los vertebrados, en la fracción de la sangre llamada gammaglobulina. La síntesis, o elaboración, de los anticuerpos se inicia cuando una sustancia extraña, denominada antígeno, penetra en el organismo. Los linfocitos responden a ella produciendo un anticuerpo con una disposición molecular que encaja con la forma de las moléculas superficiales de la sustancia, lo que permite que el anticuerpo se combine con ella. Los antígenos habituales son los componentes proteicos de bacterias y virus. Estos antígenos pueden penetrar en el organismo en el curso de una infección o introduciéndose de forma deliberada mediante vacunas para

estimular la producción de anticuerpos. La unión de los anticuerpos con la superficie de bacterias, virus o toxinas neutraliza y elimina estas sustancias dañinas de cualquiera de estas tres formas (o por combinación de las tres): 1) por inactivación directa, 2) permitiendo que otras células sanguíneas las engloben y destruyan y/o 3) debilitando su superficie y haciéndolas vulnerables a la destrucción por otras proteínas sanguíneas.

**Antígeno:** Sustancia que, introducida en un organismo de los seres vivos, da lugar a reacciones de defensa, tales como la formación de anticuerpos.

**ANT - Necrosis Tubular Aguda:** daño reversible del tejido del riñón que resulta en la función del injerto demorado puede ser llamado riñón dormido.

**Anuria:** cesación total de la secreción de orina.

**Astenia:** apatía, ausencia de iniciativa, fatiga física.

**Azoemia:** Existencia de sustancias nitrogenadas en la sangre. Se ha aplicado este nombre impropriamente al nitrógeno de la urea contenida en la sangre.

**Bienestar:** Es el estado que alcanza o experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades de un modo compatible con su dignidad como ser humano.

**BUN – Nitrógeno de la Urea Sanguínea:** es el producto residuo del metabolismo proteico que se desecha por medio de los riñones.

**Carga Familiar:** Es la expresión utilizada para designar a la persona que vive a expensas de los miembros de su familia la cual a su vez se convierte en el sostén económico de esta.

**Catéter:** tubo fino que se emplea para introducir o extraer fluidos en el cuerpo. El catéter urinario, diseñado para penetrar por la uretra (el conducto que expulsa la orina de la vejiga), fue el primero en ser utilizado. Los catéteres pueden introducirse en los vasos sanguíneos para obtener muestras de sangre. También pueden usarse para hacer entrar directamente en la corriente sanguínea fármacos o sueros.

**Cetosis:** alteración patológica debido al exceso de **cetonas** en la sangre

✂ **Cetona:** compuesto orgánico caracterizado por la presencia de un grupo carbónico.

**Colagenosis:** término que se usa para agrupar un conjunto de enfermedades que presentan un rasgo común como la degeneración de fibras colágenas.

**Colesterol:** alcohol complejo que forma parte de todas las grasas y aceites animales. Actúa como precursor en la síntesis de vitamina D. El colesterol pertenece a un grupo de compuestos conocidos como esteroides, y está relacionado con las hormonas sexuales producidas en las gónadas y las hormonas de la corteza suprarrenal. Cuando el colesterol se eleva en la sangre por encima de unos niveles, considerados como normales, se produce una enfermedad conocida como hipercolesterolemia. Se consideran normales, valores de colesterol en la sangre iguales o inferiores a 200 mg/dl. En las hipercolesterolemias leves los valores de colesterol se sitúan entre 200 y 249 mg/dl; en las hipercolesterolemias moderadas se sitúan entre 250 y 299 mg/dl y en las hipercolesterolemias graves los valores de colesterol superan los 299 mg/dl. Sin embargo, hay que considerar que, aunque el colesterol es el factor de riesgo más importante de las cardiopatías isquémicas en

pacientes menores de 50 años, existen otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo o la obesidad, cuyos efectos se suman a la hora de facilitar un evento cardiovascular.

**Cortisol:** o Hidrocortisona, nombre común de la 17-hidroxi-corticosterona, principal hormona secretada por la capa externa o corteza de la glándula suprarrenal. El cortisol influye sobre el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas, la maduración de los leucocitos de la sangre, la retención de sales y agua, la actividad del sistema nervioso y la regulación de la presión arterial. La secreción de cortisol por parte de la corteza suprarrenal es estimulada por la hormona pituitaria ACTH.

**Creatinina:** Es el producto residuo del metabolismo de las células musculares que sirve como indicador de la función renal.

**Crisis:** Es el momento crucial para la mejoría o empeoramiento en el curso de una enfermedad y generalmente se reconoce por un cambio significativo en la intensidad de los signos o de los síntomas.

**Disnea:** dificultad para respirar.

**Disuria:** expulsión dolorosa, difícil e incompleta de la orina.

**Diverticulosis:** divertículo; apéndice hueco y terminado en fondo de saco, que aparece en el trayecto del esófago o del intestino por malformación congénita o por motivos patológicos.

**Enema:** introducción de líquido en el intestino por vía rectal con fines diagnósticos o terapéuticos.

**Enfermedad:** Desarrollo anormal de los procesos vitales como respuesta o reacción del organismo. Conjunto de signos y síntomas que tienen la misma evolución y proceden de una causa específica, de origen no siempre conocido y que provoca una alteración más o menos grave de la salud del individuo.

**Enfermedad aguda:** Enfermedad que se caracteriza por una duración relativamente corta de los síntomas que suelen ser intensos. El episodio de enfermedad aguda evoluciona a la recuperación hasta un estado de salud y actividad comparable al que presentaba el paciente antes de la enfermedad.

**Enfermedad crónica:** Enfermedad que persiste durante un periodo prolongado de tiempo en comparación con el curso de la enfermedad aguda. Los síntomas de una enfermedad crónica son generalmente menos intensos que los de la fase aguda de la misma enfermedad.

**Enfermedad terminal:** Estado avanzado de una enfermedad con pronóstico desfavorable y sin recuperación conocida

**Envejecimiento:** Conjunto de modificaciones naturales que el factor tiempo produce en un organismo; se trata pues de un proceso de involución o regresión fisiológica que afecta a todos los componentes orgánicos. Es considerado como una situación dinámica, natural, universal, normal e irreversible que se presenta en los individuos y en las comunidades. Cuando se habla del envejecimiento individual se debe hablar de cambios fisiológicos, morfológicos y funcionales que avanzan desde el mismo instante en que se inicia la vida hasta la muerte y que esta determinado por factores como los genéticos, ambientales, culturales y demás.

**Equimosis:** mancha lívida, negruzca o amarillenta en la piel o en los órganos internos, que resulta de la liberación pequeña de sangre a consecuencia de un golpe u otras causas.

**Esclerosis:** endurecimiento patológico de un tejido u órgano.

**Esofagitis:** inflamación aguda o crónica de la mucosa y en general de todo el esófago.

**Familia:** Forma básica del grupo social que en las sociedades avanzadas esta integrada por los padres y los hijos que de ellos dependen. Agrupación de dos o más personas integrantes de un mismo núcleo familiar, emparentados hasta el cuarto grado de consanguinidad (padre, hijos, nietos, abuelos, hermanos, tíos, sobrinos y primos) y segundo de afinidad (esposo, suegro, yerno, nuera, hijastro y cuñado).

**Glomérulos:** elemento de la nefrona, formada por una aglomeración de capilares en forma de ovillo, esta recubierto por un extremo del túbulo urinífero que forma la capsula de Bowman.

**Glucagón:** hormona producida por el páncreas, es de naturaleza proteica y su misión es la regulación de la tasa de glucosa en la sangre.

**Halitosis:** fetidez del aliento, también conocida como cacosmia bucal, mal aliento que puede deberse a distintas enfermedades, al consumo de ciertos alimentos, al tabaco, a infecciones bucales o, lo que es más frecuente, a una escasa higiene bucal. La halitosis que se origina durante el sueño se debe a fermentaciones provocadas en la boca, ya que en este periodo de tiempo no se produce el lavado permanente que, gracias a la saliva, tiene lugar durante el día por la conversación, los alimentos, y otros muchos estímulos.

**Hematíes:** hematíe, célula sin núcleo propia de de la sangre, rojizo, en forma de disco bicóncavo que contiene hemoglobina.

**Hematuria:** presencia de sangre en la orina.

**Hidronefrosis:** retención de orina en una zona del riñón, principalmente en la pelvis y los cálices, originada por un obstáculo en su salida situado en el primer tramo del uréter.

**Hidropesía:**

**Edema:** término que describe la acumulación de fluido en cualquier tejido, cavidad u órgano corporal, excepto el hueso. La acumulación en la cavidad pleural se denomina derrame pleural; en el cráneo se denomina hidrocefalia; y en la cavidad abdominal, ascitis. El edema generalizado se denomina anasarca. Las causas más frecuentes son la insuficiencia cardíaca o renal, la disminución de las proteínas plasmáticas por malnutrición o insuficiencia hepática, el shock, y la alteración del retorno venoso desde las extremidades. El tratamiento debe ser etiológico e incluye la estimulación farmacológica de los riñones para que eliminen el exceso de líquido y el uso de vasodilatadores y digitalina en la insuficiencia cardíaca. Cuando el edema es debido a insuficiencia venosa de las extremidades inferiores se debe tratar con medidas de carácter mecánico como las medias elásticas.

**Hiper:** prefijo que significa superioridad, exceso.

**Hipertrofia:** aumento del volumen de un tejido u órgano por crecimiento del tamaño de sus células constituyentes.

**Hipo:** prefijo que significa debajo, escasez.



**HTM – Hematocrito:** medida de los glóbulos rojos en el contenido de la sangre.

**HLA – Antígeno Humano Leukocyte:** moléculas que se encuentran en la mayoría de las células del cuerpo que caracterizan a cada ser humano. Estos son heredados de los padres. HLA determina la compatibilidad de tejidos para trasplantes de un individuo a otro.

**Insuficiencia:** Estado deficitario de un órgano o una glándula que no es capaz de llevar a cabo normalmente sus funciones.

**Insuficiencia renal:** Fase final de las enfermedades del riñón en las que se produce una intoxicación general de todo el organismo debido a la falta de depuración ejercida por los riñones.

**Isquemia:** disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo de un aparte del cuerpo.

**Linfopenia:** número de linfocitos inferior al normal en la sangre.

**Lupus eritematoso sistémico:** colagenosis en la que aparecen lesiones cutáneas rojizas estables en cara y manos, afecta sobre todo a mujeres en la cuarta década de la vida, el organismo produce anticuerpos que lesionan el riñón. Los pacientes con lupus eritematoso fabrican anticuerpos contra diversos componentes celulares propios, incluyendo el material genético; los compuestos anticuerpo-proteína se agregan, formando grandes cuerpos que pueden dañar los riñones al ser excretados

**Muerte:** Cese completo y definitivo de las funciones vitales de un individuo y que se siguen de los fenómenos cadavéricos.

**Nefropatía:** afección renal.

**Neurotoxina:** neurotóxico; sustancia que inhibe o altera gravemente las funciones del sistema nervioso.

**Oliguria:** escasa producción de orina

**Perfusión:** perfundir; introducir lenta y continuamente un líquido como la sangre o una sustancia medicamentosa por vía intravenosa o en el interior de órganos, cavidades o conductos.

**Petequial:** petequia; mancha pequeña en la piel debida a una efusión interna de la sangre.

**Poliuria:** producción y excreción de gran cantidad de orina.

**Pleural:** pleura; cada una de las membranas serosas que en ambos lados del tórax tapizan y protegen las paredes de los pulmones.

**Rol y estatus:** Cada individuo puede tener estatus de acuerdo a las diferentes manifestaciones de su interacción, a cada estatus le corresponde un rol y con la suma de estatus y roles definimos la posición individual del sujeto, el conjunto de derechos y obligaciones que configuran el “como debe” comportarse socialmente el individuo. Para una mejor comprensión, los estatus se clasifican en adscritos o adquiridos. Los adscritos se dan por nacimiento y pertenecen al individuo como ser (edad, clase social de origen, dotación genética, género); mientras los adquiridos se consiguen con el esfuerzo del individuo (adquirir una clase

social, posición lograda, entre otros). La realidad actual es que el rol del viejo es equívoco o nulo debido más a una regulación legislativa (jubilación) que al precio social real. En la sociedad moderna los deberes son esencialmente de tipo laboral ya que a través de ellos el hombre deriva su estatus económico y social. Por lo tanto al no pertenecer el viejo a la sociedad activa, queda privado del estatus que da el ser útil, así como liberado de las obligaciones.<sup>44</sup>

**Salud:** el concepto mismo de salud depende de la visión que se tenga de los organismos vivientes y de su relación con el medio ambiente. En la mirada mecanicista las actividades de los organismos vienen determinadas por su estructura y a la vez el cuerpo funciona como una máquina. En realidad en un ser vivo su estructura orgánica esta determinada por los procesos que siguen modelos físicos de flujo de información o circuitos de rotación<sup>45</sup>, mientras que las máquinas funcionan como una linealidad causa-efecto.

**Urea:** compuesto cristalino incoloro, de fórmula  $\text{CO}(\text{NH}_2)_2$ , con un punto de fusión de  $132,7^\circ\text{C}$ , conocido también como carbamida. Se encuentra abundantemente en la orina de los humanos En cantidades menores, está presente en la sangre, en el hígado, en la linfa y en los fluidos serosos, y también en los excrementos de los peces y muchos otros animales inferiores. La urea se forma principalmente en el hígado como un producto final del metabolismo. El nitrógeno de la urea, que constituye la mayor parte del nitrógeno de la orina, procede de la descomposición de las células del cuerpo, pero, sobre todo, de las proteínas de los alimentos.

---

<sup>44</sup> MORAGAS, Ricardo. La jubilación: un enfoque positivo. Barcelona, España 1991.

<sup>45</sup> CAPRA. F. El punto crucial. Troquel, 1998. Buenos Aires, Argentina.

**Uremia:** intoxicación del organismo provocada por el aumento de la cantidad de urea en la sangre, está motivada por la ausencia de la depuración del hígado o del riñón, propio de sus estados de insuficiencia.<sup>46</sup>

**Vejez:** ha sido considerada como una etapa cronológica, generalmente se acepta que esta comienza a la edad de 60 años, en ella se manifiestan los diferentes cambios que se han presentado durante el envejecimiento, tanto físicos, psicológicos como sociales y se define el adulto mayor como aquella persona que a partir de su jubilación y la edad que esta representa en términos laborales (55 años para las mujeres y 60 años para los hombres) se gestan unos cambios notorios en los ámbitos antes mencionados.

---

<sup>46</sup> Gran Enciclopedia Ilustrada Círculo de Lectores. Círculo de Lectores, Barcelona España 1994. 12 Volúmenes.

### **3. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Línea de investigación**

Uno de los objetivos fundamentales del programa de Gerontología es realizar divulgaciones sobre hallazgos científicos acerca del envejecimiento y la posibilidad de crear opciones de vida y de mejorar la calidad de ésta en las personas mayores. Éste trabajo de investigación está orientado hacia el estudio del proceso de Envejecimiento – Vejez, siendo éste último parte fundamental del proceso evolutivo del ser humano.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a la persona mayor de 55 años y que la ponen más o menos prematuramente cerca de la muerte, evoca el complicado trabajo al que se enfrentan los seres humanos en esta época de la vida.

Una de las enfermedades más frecuentes que se presentan en ésta población, es la IRC y su tratamiento a través de la diálisis y el trasplante se presentan como una opción de mejoramiento en la calidad de vida, por lo tanto los procesos de inclusión y exclusión en las diferentes etapas o momentos se convierten en los aspectos relevantes a considerar en esta investigación.

#### **3.2 Tipo de estudio**

Esta investigación Empírico-Analítica es un estudio descriptivo transversal en el que se diferencian tres (3) momentos de exploración: 1) Diagnóstico de la IRC e ingreso a los programas de diálisis; 2) Inclusión o exclusión de los pacientes en listas de espera para trasplante y 3) Asignación y distribución de los órganos para trasplantar y el trasplante como tal.

### 3.3 Población y muestra

#### Población

El trabajo de investigación se desarrolló en 3 centros de atención al paciente renal en las ciudad de Armenia y Medellín así:

#### Población

Nefrosalud Ltda. Armenia					Mediservicios S.A. Armenia				Nefrón S.A. Medellín			
Edad	Diálisis	L de E	Traspl.	Total	Diálisis	L de E	Traspl.	Total	Diálisis	L de E	Traspl.	Total
- de 55 años	66	1	0	67	25	3	0	28	0	0	2465	2465
+ de 55 años	65	2	0	67	38	2	0	40	0	0	567	567
<b>Total pob.</b>	<b>131</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>134</b>	<b>63</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3032</b>	<b>3032</b>

#### Muestra

Nefrosalud Ltda. Armenia					Mediservicios S.A. Armenia				Nefrón S.A. Medellín			
Edad	Diálisis	L de E	Traspl.	Total	Diálisis	L de E	Traspl.	Total	Diálisis	L de E	Traspl.	Total
- de 55 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ de 55 años	20	2	0	22	14	2	0	16	0	0	22	22
<b>Total pob.</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>%</b>	<b>30,76%</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>32,83%</b>	<b>36,84%</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>40%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3,88%</b>	<b>3,88%</b>

De la población mayor de 55 años con diagnóstico y tratamiento de la IRC en la ciudad de Armenia, con la cual se realizó el trabajo de investigación, tenemos que la muestra en Nefrosalud Ltda. representa el 30,76% del total de los pacientes en diálisis y el 100% de los pacientes en lista de espera, para un total del 32,83%.

En Mediservicios S.A. el 36,84% equivale al total de los pacientes en diálisis y el 100% a pacientes en lista de espera.

En estas instituciones no se trabajó con pacientes trasplantados por que la población de interés era bastante menor en comparación con los otros dos momentos de la IRC.

En Nefrón S.A. Medellín el 3,88% de los sujetos entrevistados equivale a pacientes trasplantados mayores de 55 años en la existencia total de dicha institución (25 años). No se tiene conocimiento de la población total viva de trasplantados en el período comprendido entre los años 2000 a 2004 en este rango de edad, por tal razón la muestra no se puede considerar como reflejo de la población total.

### **3.4 Diseño metodológico**

Tomando como referencia los objetivos y el marco teórico – conceptual del proyecto los tres (3) momentos identificados como momentos de exploración son:

- ✂ **Primer momento:** Diagnostico de la IRC e ingreso a los programas de diálisis
- ✂ **Segundo momento:** Inclusión o exclusión de los pacientes en listas de espera para trasplante y
- ✂ **Tercer momento:** Asignación y distribución de los órganos para trasplantar y el trasplante como tal.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de la información**

La recolección de la información que contempla los tres momentos previamente definidos, se hizo mediante entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas que consta de 24 a 35 ítems según sea el caso, las cuales se realizaron a los profesionales involucrados, los pacientes y su entorno inmediato, además paralelo es esto el personal sanitario le facilitan a la estudiante algunos de los protocolos que se aplican en cada institución.

Entendida esta entrevista como un reporte verbal de la persona a la que se le realiza con el fin de obtener información primaria acerca de su conducta o acerca de las experiencias a las cuales ha estado expuesta, es una conversación entre dos personas con la finalidad específica de observar y obtener información importante para el estudio que realiza el entrevistador además se caracteriza por la preparación de antemano de un cuestionario guía que se sigue estrictamente y de manera escrita como asimilando un formulario.

Este tipo de cuestionarios cumple algunas funciones relevantes en este caso específico como:

- ✂ Asegura que el investigador cubra en su totalidad todo el terreno o tema para cada uno de los médicos, pacientes y sus familias
- ✂ Mantiene la distancia pero asegura que el entrevistador sea amable, respetuoso y concreto
- ✂ Establece los canales para la dirección y delimitación del discurso
- ✂ Permite al investigador centrar toda su atención al testimonio del entrevistado

En cada una de las entrevistas y con base en los diferentes momentos se definieron unas categorías que combinan unas dimensiones orgánicas, psicosociales, económicas, legislativas, institucionales y ambientales como:

### **1. Rol de la persona frente a su familia y la sociedad**

- ✂ Roles adscritos: edad, género, clase social de origen
- ✂ Roles adquiridos: clase social adquirida, actividad económica, escolaridad

### **2. Condiciones e historia clínica**



- ✂ Condiciones clínicas: etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, clasificación de la IRC, estado de ánimo de la persona, patologías actuales.

### **3. Calidad de vida**

- ✂ Modo de vida: utilización del tiempo libre, escolaridad
- ✂ Nivel de vida: estrato socioeconómico, dependencia económica, integrantes del núcleo familiar, tipo de vivienda, terminación de la vivienda
- ✂ Estilos de vida: auto-elección de ingreso o no a los diferentes programas, autonomía, dependencia, hábitos de tabaquismo e ingesta de alcohol
- ✂ Condiciones de vida: dieta, discapacidad, dependencia.

### **4. Entidades prestadoras de servicios en asistencia sanitaria**

- ✂ Criterios de inclusión y exclusión para la selección de pacientes a integrar los diferentes momentos
- ✂ Cobertura de dichas entidades: aporte económico, tipo de restricciones

### **5. Profesionales que intervienen en la selección de inclusión o exclusión de los pacientes en los diferentes momentos**

### **6. Legislación colombiana frente al tema de investigación**

### **7. Manejo de los diferentes momentos**

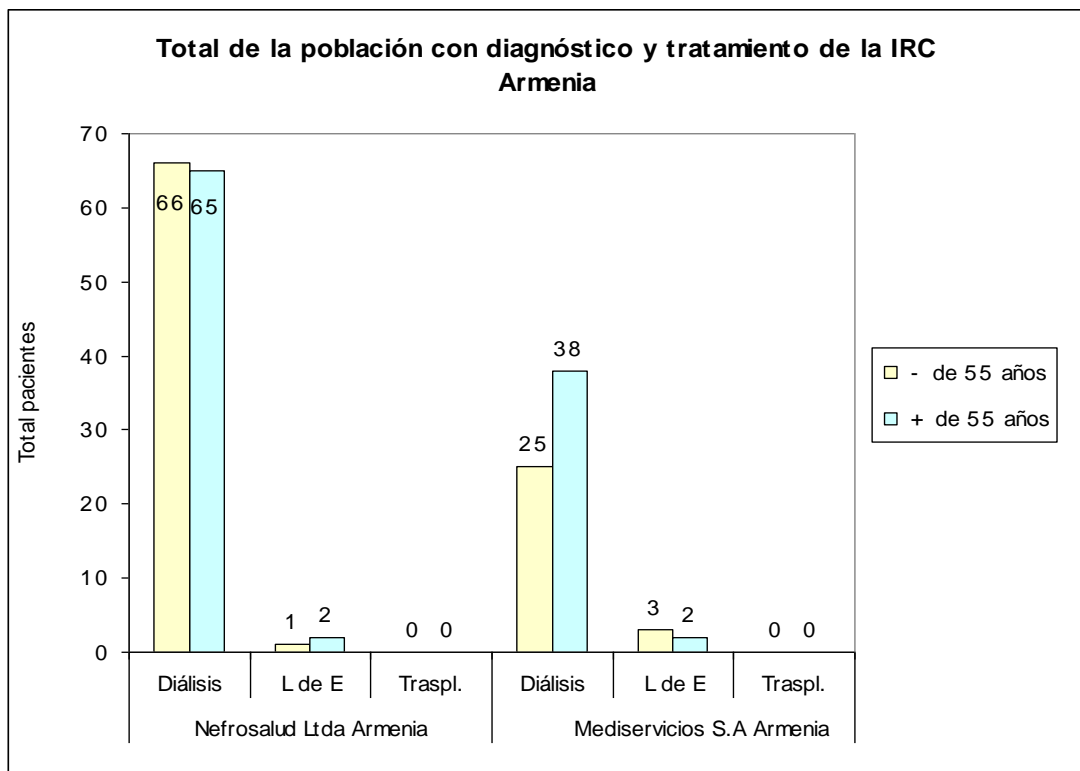
### **8. Protocolos**

### **9. Apoyo brindado a los pacientes y sus familias.**

**Población total de pacientes con diagnóstico y tratamiento de la IRC  
en dos instituciones con Unidad Renal en Armenia.**

Categoría	Años	Diálisis	L de E	Total pac.
Edad	0 - 25	17	1	18
	26 - 35	21	2	23
	36 - 45	21	0	21
	46 - 55	32	1	33
	56 - 59	21	2	23
	60 - 64	21	0	21
	65 - 69	21	2	23
	70 y más	40	0	40
<b>Total pob.</b>		194	8	202

**Gráficas de la población total de pacientes con diagnóstico y  
tratamiento de la IRC en dos instituciones con Unidad Renal en  
Armenia.**



Como se menciona a lo largo de la metodología del trabajo de investigación, ésta se lleva a cabo en dos instituciones de la ciudad de Armenia, donde la diferencia entre los grupos de edades es corta y varia aproximadamente entre 7 y 9 personas en cada una de las instituciones, lo que evidencia que no se presenta una discriminación por la edad en la que ingresa la persona al programa bien sea de diálisis o para lista de espera. Más bien este criterio de selección está relacionado con las condiciones clínicas de los pacientes y la autonomía para elegir el ingreso o no, como se anota más adelante.

## **ENTREVISTA REALIZADA A MÉDICOS NEFRÓLOGOS.**

### **Pacientes en diálisis**

1. ¿Qué es la IRC?
2. ¿En qué momento o etapa de la enfermedad ingresa el paciente al programa de diálisis?
3. ¿Hay una edad límite (mayor o menor) para el ingreso al programa?
4. ¿Cuánto dura cada sesión y el proceso en general?
5. ¿Qué es una fístula y cual es su papel en el proceso?
6. ¿Hay un protocolo para cada paciente o es generalizado?
7. ¿Qué tipo de profesionales intervienen en la decisión de incluir a un paciente en el programa de diálisis?
8. ¿Qué se debe tener en cuenta al momento de incluir al paciente en el programa de diálisis?
9. ¿Cuántos pacientes están en lista de espera para ingresar al programa de diálisis?

10. ¿Cuántos pacientes del programa de diálisis pasan a la lista de espera para ser trasplantados?
11. ¿Cuántos pacientes son atendidos diariamente en el programa?
12. ¿De qué ciudades o regiones del país y EPS son remitidos los pacientes para ingresar al programa?
13. ¿A qué regiones del país se remiten los pacientes para ser trasplantados?
14. ¿Se puede conocer la escolaridad, nivel socio-económico, parientes y demás de los pacientes del programa?

### **Pacientes en lista de espera**

1. ¿Bajo que parámetros se incluyen los pacientes en la lista de espera?
2. ¿Qué grupo de especialista interviene en la selección e inclusión de las personas a la lista de espera?
3. ¿Se podría hablar de un protocolo determinado para ello?
4. ¿Hay una edad mínima o límite para ingresar a la lista de espera?
5. ¿Cuántos pacientes pertenecen en este momento a la lista de espera?
6. ¿Cuáles son sus edades y a que genero pertenecen?
7. ¿Cuánto tiempo puede soportar un paciente estar en la lista de espera?
8. ¿Se incluyen pacientes extranjeros en esta lista?
9. ¿A qué partes del país y EPS pertenecen los pacientes?
10. ¿Cuál es el manejo que se le da a la lista de espera?
11. ¿Cada entidad que realiza los trasplantes tiene su propia lista de espera o es una a nivel nacional?

12. ¿Cuándo los órganos a ser trasplantados se encuentran en otra ciudad cuales son los pasos a seguir?
13. ¿Cuál es el tiempo estimado para hacer el trasplante a partir del hallazgo del donante?

### **Pacientes trasplantados**

1. ¿Qué o quién indica que es hora de hacer el trasplante?
2. ¿Qué tipo de profesionales intervienen en esta selección?
3. ¿Cuáles son los criterios a tener en cuenta al momento de la distribución de los órganos?
4. ¿Hay una edad establecida para ser donante de órganos y receptor de los mismos?
5. ¿Qué tipo de protocolo se aplica al momento de la aparición del donante?
6. ¿Cambia la visión de la persona y de su familia cuando se les habla por primera vez de la posibilidad de ser trasplantado y se podría pensar que la donación de órganos deja de ser un tabú?
7. ¿Cuántos trasplantes de riñón se han realizado en los últimos años (2000 -2004)?
8. ¿Se hace un seguimiento con anterioridad a la persona o se conocen los antecedentes de ésta en el momento de la junta médica o la intervención quirúrgica?
9. ¿Qué tipo de apoyo se le brinda a la persona y a sus familiares después del trasplante?
10. ¿Hay algo más que usted desee compartir conmigo?

**ENTREVISTA REALIZADA A PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS  
CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA IRC EN LAS UNIDADES  
RENALES DE LAS CIUDADES DE ARMENIA Y MEDELLÍN**

**Pacientes en diálisis**

1. Nombre completo
2. Lugar y fecha de nacimiento
3. ¿Dónde ha vivido la mayor parte de su vida?
4. ¿En qué laboró en su juventud?
5. ¿Es usted jubilado (a)?
6. Estado civil y número de hijos
7. ¿Quiénes conforman su núcleo familiar?
8. ¿De qué patologías ha sufrido, le han practicado alguna cirugía, ha estado hospitalizado (a)?
9. ¿Quién de su familia ha sufrido de HTA, DM, cardiopatías, IRC o neoplasias?
10. ¿Pertenece a una EPS, ARS, IPS o similares?
11. ¿Es beneficiario o cotizante?
12. Si es beneficiario por medio de quien lo es
13. ¿Cómo ha sido el trato y el proceso de autorización de los exámenes por parte de la EPS?
14. ¿Se ha sentido discriminado (a) por la edad o las condiciones clínicas?
15. ¿Cómo fue el proceso a partir del instante en el que el médico le diagnosticó la IRC y la opción de diálisis?
16. ¿Cuál es el precio emocional que debió pagar al ser diagnosticado (a) con IRC e ingresar al programa de diálisis?
17. ¿Pensó en algún momento no ingresar al programa de diálisis?

18. ¿Por qué, que sentía, como se comporto su familia?
19. ¿Como afectó a la familia su ingreso al programa de diálisis en la parte económica?
20. Sabe usted cual es el costo económico de cada sesión de diálisis
21. Alguien le acompaña a la sesión de diálisis o recogen al final de la misma
22. ¿Está usted en lista de espera para trasplante?
23. Ha hablado con el médico sobre esta opción
24. ¿Cómo es una sesión de diálisis o mejor, como es un día cuando tiene diálisis y cuando no?
25. ¿Cuántas veces y horas a la semana?
26. ¿Tiene una dieta especial?
27. ¿Cuánto tiempo lleva en el programa de diálisis?
28. ¿Conocía usted la opción del trasplante?
29. ¿Ha hablado con su familia acerca de esta opción?
30. ¿De ser posible que un familiar le donase un riñón usted lo aceptaría?
31. Ahora y en este momento donaría sus órganos al fallecer
32. ¿Qué sabe su familia sobre la donación de órganos?
33. ¿Cómo es su vida en este momento?
34. ¿Y cómo era antes del diagnostico de la IRC y las sesiones de diálisis?
35. Como se siente en este momento y como se ve en tres (3) años.

### **Pacientes en lista de espera**

1. Nombre completo
2. Lugar y fecha de nacimiento
3. ¿Dónde ha vivido la mayor parte de su vida?

4. ¿En que laboró en su juventud?
5. ¿Es usted jubilado (a)?
6. Estado civil y número de hijos
7. ¿Quiénes conforman su núcleo familiar?
8. ¿De qué patologías ha sufrido, le han practicado alguna cirugía, ha estado hospitalizado (a)?
9. ¿Quién de su familia ha sufrido de HTA, DM, cardiopatías, IRC o neoplasias?
10. ¿Pertenece a una EPS, ARS, IPS o similares?
11. ¿Es beneficiario o cotizante?
12. Si es beneficiario por medio de quien
13. ¿Cómo ha sido el trato y el proceso de autorización de los exámenes por parte de la EPS?
14. ¿Se ha sentido discriminado (a) por la edad o las condiciones clínicas?
15. ¿Cómo fue el proceso a partir del cual el médico le dice de la posibilidad de ingresar a la lista de espera?
16. ¿Pensó no ingresar a la lista?
17. ¿Qué dijo su familia al respecto?
18. Sus familiares se han hecho los exámenes para mirar la posibilidad de donarle un riñón
19. ¿Cuánto tiempo lleva en lista de espera?
20. Ha pensado en que su vida depende de la muerte y generosidad de un ser humano desconocido y que tiene la oportunidad de un segundo capítulo en su vida y vivir bien
21. Antes de conocer que padecía la IRC había contemplado la posibilidad de donar sus órganos al morir
22. Conoce alguien que haya sido trasplantado
23. Algún integrante de su familia es portador del carné de donante



24. ¿Ha sido donado sangre... y su familia lo ha hecho?
25. ¿Cómo era su vida antes de la diálisis?
26. Y ahora que está en lista de espera como es un día en su vida

### **Pacientes trasplantados**

1. Nombre completo
2. Lugar y fecha de nacimiento
3. ¿Dónde ha vivido la mayor parte de su vida?
4. En que laboró en su juventud
5. Es usted jubilado (a)
6. Estado civil y número de hijos
7. ¿Quiénes conforman su núcleo familiar?
8. ¿De qué patologías ha sufrido, le han practicado alguna cirugía diferente al trasplante, ha estado hospitalizado (a)?
9. ¿Quién de su familia ha sufrido de HTA, DM, cardiopatías, IRC o neoplasias?
10. Pertenece a una EPS, ARS, IPS o similares
11. Es beneficiario o cotizante
12. ¿Por medio de quién?
13. ¿Cómo ha sido el trato y el proceso de autorización de los exámenes y trasplante por parte de la EPS?
14. Se ha sentido discriminado (a) por la edad o las condiciones clínicas
15. ¿Cómo la trató el personal médico y de atención sanitaria en la unidad de trasplante?
16. Conocía usted la opción del trasplante, ¿qué sabía de este tipo de procedimientos?
17. Conoce usted alguien trasplantado

18. ¿Cuánto hace que le hicieron el trasplante y cuanto tiempo duro en lista de espera?
19. ¿Cómo era su vida antes del trasplante y cuál era su opinión sobre los trasplantes de órganos antes de ser trasplantado?
20. ¿Donaría sus órganos al momento de fallecer de poder hacerlo y qué tipo de donante tuvo?
21. En algún momento ha pensado que su vida fue salvada por la generosidad y demostración de gratitud y amor de un total desconocido
22. Se ha vuelto multiplicador de esta experiencia
23. Se hizo su familia los exámenes para conocer la compatibilidad con usted y poder donarle un riñón
24. ¿Qué cree usted que hace falta para incrementar la cultura de la donación de órganos en la región?

**Pacientes con IRC (entrevistados) en diálisis mayores de 55 años en las Unidades Renales Mediservicios S.A. y Nefrosalud Ltda. de la ciudad de Armenia, Q.**

CATEGORIA	VARIABLE	DIALISIS
EDAD	55 a 59 años	5
	60 a 64 años	4
	65 a 69 años	11
	+ de 70 años	14
GÉNERO PACIENTES ENTREVISTADOS	Hombres	20
	Mujeres	14
LUGAR DE RESIDENCIA	Armenia	22
	Otros mpios Q	11
	Mpios fuera Q	1
	Medellín	0
	Otros mpios Ant.	0
	Otros departamentos	0
EPS	Comfenalco	4
	Asmetsalud	4
	Saludcoop	6
	ISS	6
	Otras EPS	14
PATOLOGÍAS (ENFERMEDADES) ACTUALES	HTA + DM	13
	Anemia	2
	HTA	6
	DM	8
	Otras	5
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 - 2	12
	3 - 4	8
	5 - 6	14
TIEMPO DE DURACIÓN EN DIÁLISIS	- de 1 mes	2
	2 a 10 meses	11
	11 a 20 meses	10
	21 a 30 meses	6
	+ de 31 meses	5
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Empleado	1
	Jubilado	10
	Desempleado	7
	Economía informal	13
	Otras	3

DEPENDENCIA POR DISCAPACIDAD	Visual	12
	Auditiva	9
	Desplazamiento	5
	Otra discapacidad	1
	Sin discapacidad	7
ESCOLARIDAD	Prim. incompleta	13
	Prim. completa	7
	Bachillerato	6
	Tec - Universitarios	4
	Otros	4
CREENCIAS RELIGIOSAS	Católico	26
	Evangélico	4
	Protestante	1
	Otras	3
TIPO DE VIVIENDA	Casa	24
	Apartamento	9
	Finca	1
TERMINACIÓN DE LA VIVIENDA	Obra negra	8
	Sin acabados	7
	Obra terminada	19
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	1 a 3 integrantes	4
	4 a 7 integrantes	22
	+ de 8 integrantes	8
RELACIÓN DEL PACIENTE CON LA FAMILIA	Excelente	29
	Buena	4
	Regular	0
	Mala	1
PRESENTACIÓN PERSONAL	Buena	31
	Regular	2
	Mala	1
UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE	Ver TV	19
	Caminar	3
	Otros	12
ATENCIÓN DE LA UNIDAD RENAL U HOSPITAL CON EL PACIENTE	Buena	33
	Regular	0
	Mala	1
ACEPTACIÓN DE INGRESO A LOS DIFERENTES MOMENTOS	Si	29
	No	5
ACEPTACION DE INGRESO AL SIGUIENTE MOMENTO	Si	9
	No	25

**Pacientes con IRC (entrevistados) en lista de espera mayores de 55 años en las Unidades Renales Mediservicios S.A. y Nefrosalud Ltda. de la ciudad de Armenia, Q.**

CATEGORIA	VARIABLE	L DE E.
EDAD	55 a 59 años	2
	60 a 64 años	2
	65 a 69 años	0
	+ de 70 años	0
GÉNERO PACIENTES. ENTREVISTADOS	Hombres	1
	Mujeres	3
LUGAR DE RESIDENCIA	Armenia	1
	Otros mpios Q	2
	Mpios fuera Q	0
	Medellín	0
	Otros mpios Ant.	0
	Otros departamentos	1
EPS	Comfenalco	2
	Asmetsalud	0
	Saludcoop	0
	ISS	1
	Otras EPS	1
PATOLOGÍAS (ENFERMEDADES) ACTUALES	HTA + DM	0
	Anemia	0
	HTA	1
	DM	1
	Otras	2
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 – 2	0
	3 – 4	1
	5 – 6	3
TIEMPO DE DURACION EN LISTA DE ESPERA	- de 1 mes	0
	2 a 10 meses	0
	11 a 20 meses	4
	21 a 30 meses	0
	+ de 31 meses	0
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Empleado	1
	Jubilado	3
	Desempleado	0
	Economía informal	0
	Otras	0

DEPENDENCIA POR DISCAPACIDAD	Visual	0
	Auditiva	0
	Desplazamiento	0
	Otra discapacidad	0
	Sin discapacidad	4
ESCOLARIDAD	Prim. Incompleta	0
	Prim. Completa	0
	Bachillerato	0
	Tec - Universitarios	3
	Otros	1
CREENCIAS RELIGIOSAS	Católico	4
	Evangélico	0
	Protestante	0
	Otras	0
TIPO DE VIVIENDA	Casa	3
	Apartamento	1
	Finca	0
TERMINACIÓN DE LA VIVIENDA	Obra negra	0
	Sin acabados	0
	Obra terminada	4
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	1 a 3 integrantes	0
	4 a 7 integrantes	4
	+ de 8 integrantes	0
RELACIÓN DEL PACIENTE CON LA FAMILIA	Excelente	4
	Buena	0
	Regular	0
	Mala	0
PRESENTACIÓN PERSONAL	Buena	4
	Regular	0
	Mala	0
UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE	Ver TV	2
	Caminar	1
	Otros	1
ATENCIÓN DE LA UNIDAD RENAL U HOSPITAL CON EL PACIENTE	Buena	4
	Regular	0
	Mala	0

**Pacientes con IRC (entrevistados) trasplantados mayores de 55 años en Nefrón S.A. Unidad Renal (HUSVP) de la ciudad de Medellín**

CATEGORIA	VARIABLE	TRASPLANTE
EDAD	55 a 59 años	11
	60 a 64 años	9
	65 a 69 años	2
	+ de 70 años	0
GÉNERO PACIENTE ENTREVISTADOS	Hombres	15
	Mujeres	7
LUGAR DE RESIDENCIA	Armenia	0
	Otros mpios Q	0
	Mpios fuera Q	0
	Medellín	5
	Otros mpios Ant.	15
	Otros departamentos	2
EPS	Comfenalco	2
	Asmetsalud	0
	Saludcoop	0
	ISS	0
	Otras EPS	20
PATOLOGÍAS (ENFERMEDADES) ACTUALES	HTA + DM	4
	Anemia	0
	HTA	4
	DM	6
	Otras	8
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 – 2	11
	3 – 4	6
	5 – 6	5
FECHA DEL TRASPLANTE	- de 1 mes	0
	2 a 10 meses	15
	11 a 20 meses	7
	21 a 30 meses	0
	+ de 31 meses	0
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Empleado	3
	Jubilado	6
	Desempleado	7
	Economía informal	4
	Otras	2

DEPENDENCIA POR DISCAPACIDAD	Visual	4
	Auditiva	3
	Desplazamiento	2
	Otra discapacidad	0
	Sin discapacidad	13
ESCOLARIDAD	Primaria incompleta	3
	Primaria completa	6
	Bachillerato	4
	Tec - Universitario	9
	Otros	0
CREENCIAS RELIGIOSAS	Católico	17
	Evangélico	2
	Protestante	1
	Otras	2
TIPO DE VIVIENDA	Casa	6
	Apartamento	14
	Finca	2
TERMINACIÓN DE LA VIVIENDA	Obra negra	7
	Sin acabados	2
	Obra terminada	13
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	1 a 3 integrantes	6
	4 a 7 integrantes	16
	+ de 8 integrantes	0
RELACIÓN DEL PACIENTE CON LA FAMILIA	Excelente	12
	Buena	9
	Regular	1
	Mala	0
PRESENTACIÓN PERSONAL	Buena	20
	Regular	2
	Mala	0
UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE	Ver TV	10
	Caminar	4
	Otros	8
ATENCIÓN DE LA UNIDAD RENAL U HOSPITAL CON EL PACIENTE	Buena	21
	Regular	0
	Mala	1
TEMOR AL TRASPLANTE	Si	15
	No	7
MOTIVO DE LA NEGATIVA	Costo económico	1
	Temor a los proced.	2
	Edad	3
	Otras	1



	Todas las ant.	0
	Ninguna de las ant.	0
TIPO DE DONANTE	Cadáverico	19
	Intra familiar	3
RECHAZO POSTRASPLANTE	Si	1
	No	21
DEPRESIÓN POSTRASPLANTE	Si	9
	No	13
CAUSA DE LA DEPRESIÓN	Discriminación Social	2
	Temor al rechazo	4
	Discriminación Laboral	3
	Discriminación Fliar	0

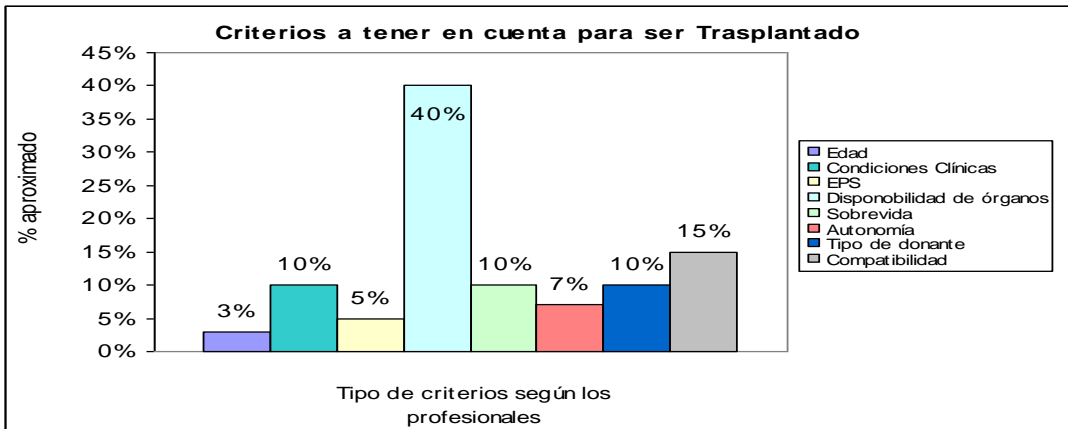
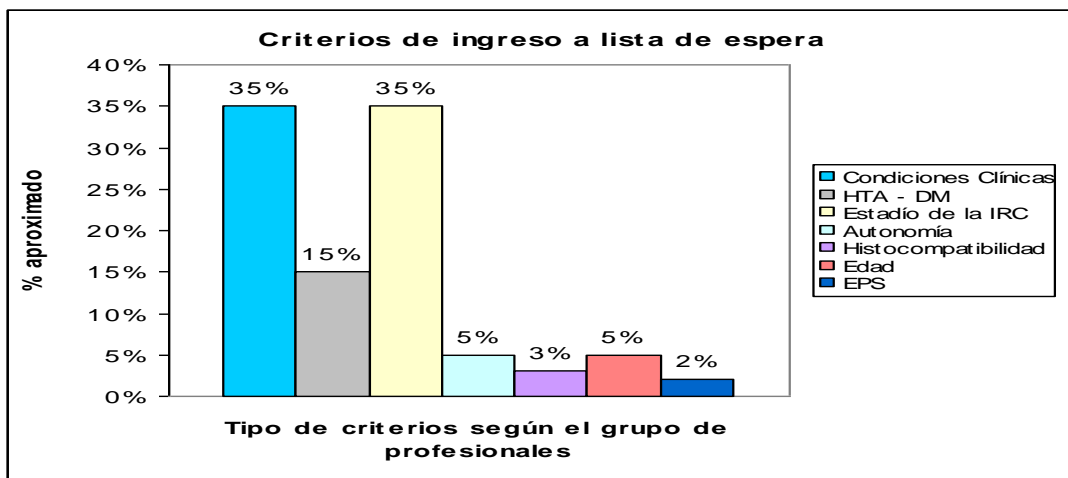
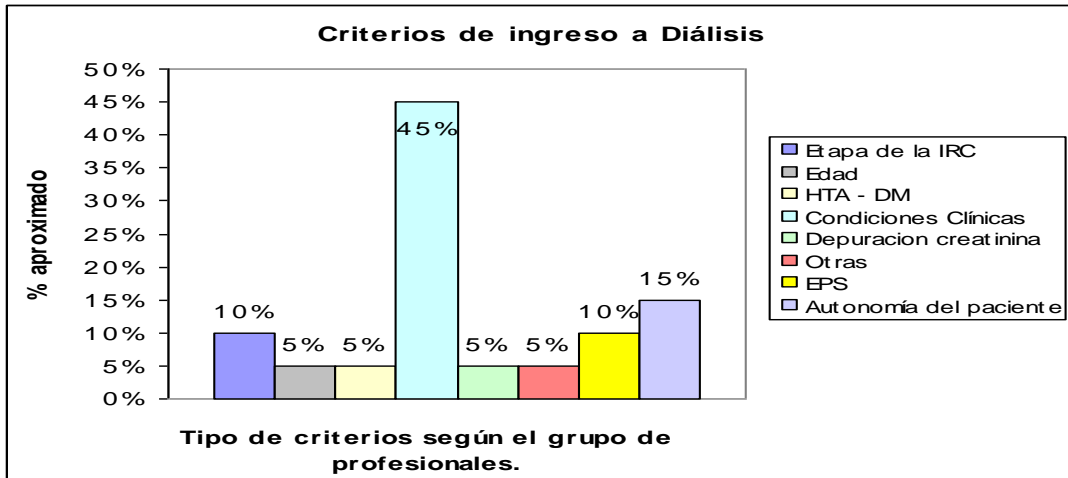
**Resultados de algunos de los criterios más relevantes tenidos en cuenta por el comité interdisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de los diferentes momentos de la IRC.**

CRITERIOS DE INGRESO A DIÁLISIS	Etapa de la IRC	10%
	Edad	5%
	HTA – DM	5%
	Cond. Clínicas	45%
	Depuración creatinina	5%
	Otras	5%
	EPS	10%
	Autonomía del paciente	15%

CRITERIOS DE INGRESO A LA LISTA DE ESPERA	Condiciones Clínicas	35%
	HTA – DM	15%
	Estadío de la IRC	35%
	Autonomía	5%
	Histocompatibilidad	3%
	Edad	5%
	EPS	2%

CRITERIOS PARA SER TRASPLANTADO	Edad	3%
	Cond. Clínicas	10%
	EPS	5%
	Dispon. de órganos	40%
	Sobrevida	10%
	Autonomía	7%
	Tipo de donante	10%
	Compatibilidad	15%

**Gráficas de los criterios tenidos en cuenta por el comité interdisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de la IRC en cada uno de sus momentos**



### **3.5 INTERPRETACIÓN DE DATOS**

#### **INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LOS CRITERIOS MÁS RELEVANTES TENIDOS EN CUENTA POR EL COMITÉ INTERDISCIPLINARIO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES MOMENTOS DE LA IRC EN TRES UNIDADES RENALES DE LAS CIUDADES DE ARMENIA Y MEDELLÍN.**

Es de anotar y como se aclara en las entrevistas a estos profesionales de la salud, lo realmente importante en los criterios de inclusión o exclusión a los diferentes momentos establecidos en la investigación, son las condiciones clínicas, autonomía de los pacientes, la etapa en la cual se encuentra la IRC, la afiliación a una EPS, IPS o ARS (tipo y tiempo de afiliación el reporte médico, por mencionar algunos) según sea el caso y la viabilidad del tratamiento. Estos son establecidos según la política de las instituciones y no son de fácil acceso a particulares.

La edad pasa a un segundo plano cuando de compatibilidad y rechazo del tratamiento se trata, por lo tanto no se presenta una discriminación en este aspecto, además es fundamental tener en cuenta los criterios y decisiones de los pacientes.

Teniendo en cuenta todo lo anterior estos son los resultados obtenidos:

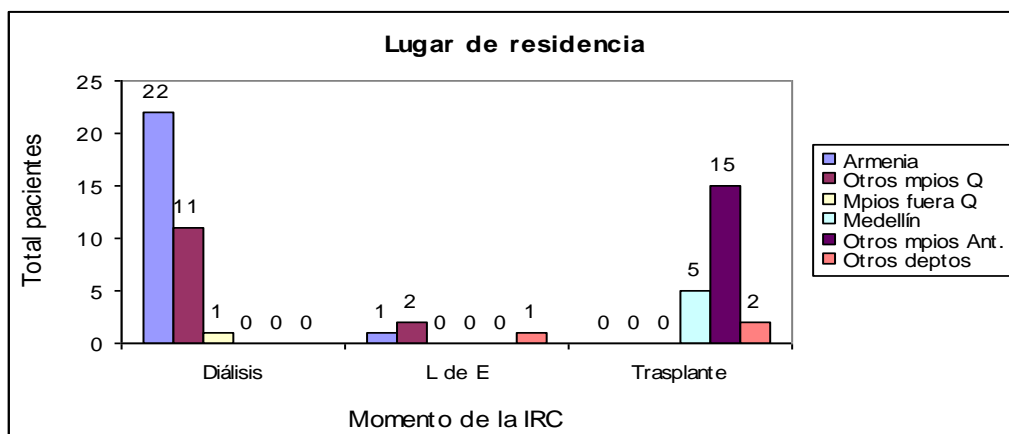
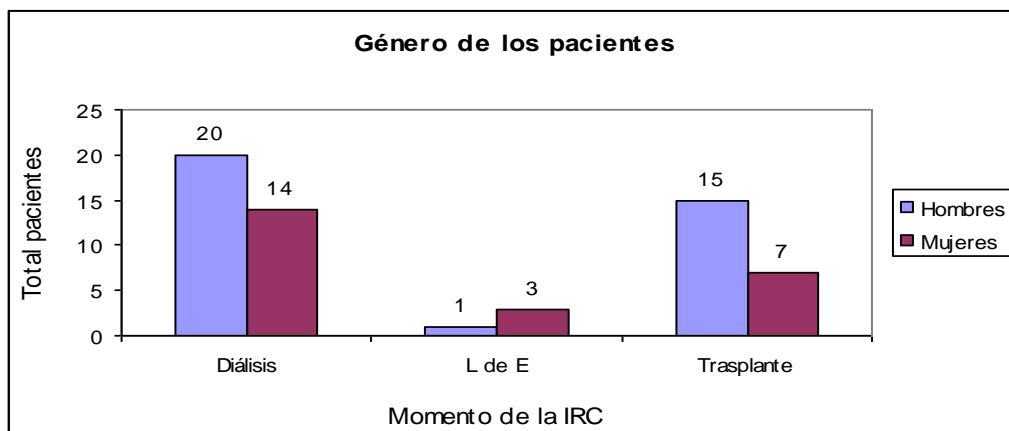
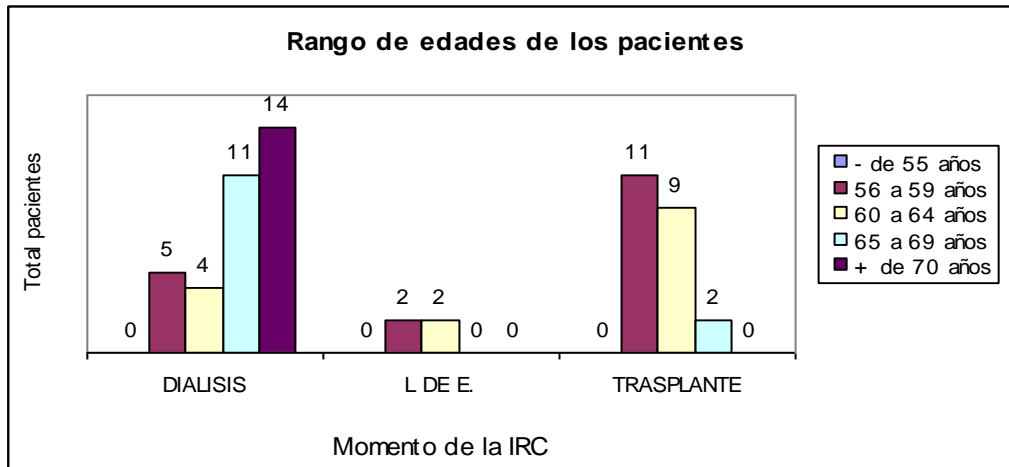
- ✂ Por lo general estas instituciones con programas de diálisis cuentan con un comité interdisciplinario donde se debaten aspectos tan relevantes como son las condiciones clínicas con un 45%, la decisión del paciente u autonomía para esta elección 15%, etapa de la IRC y afiliación a una EPS, ARS, IPS con el

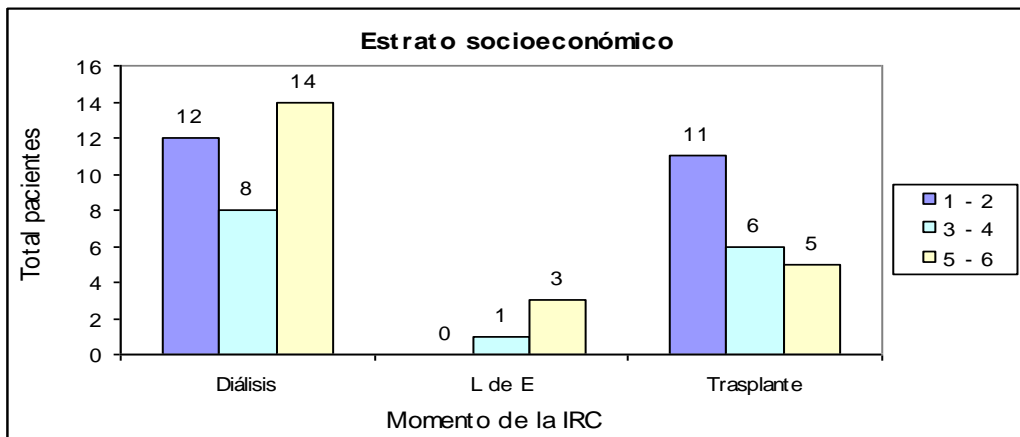
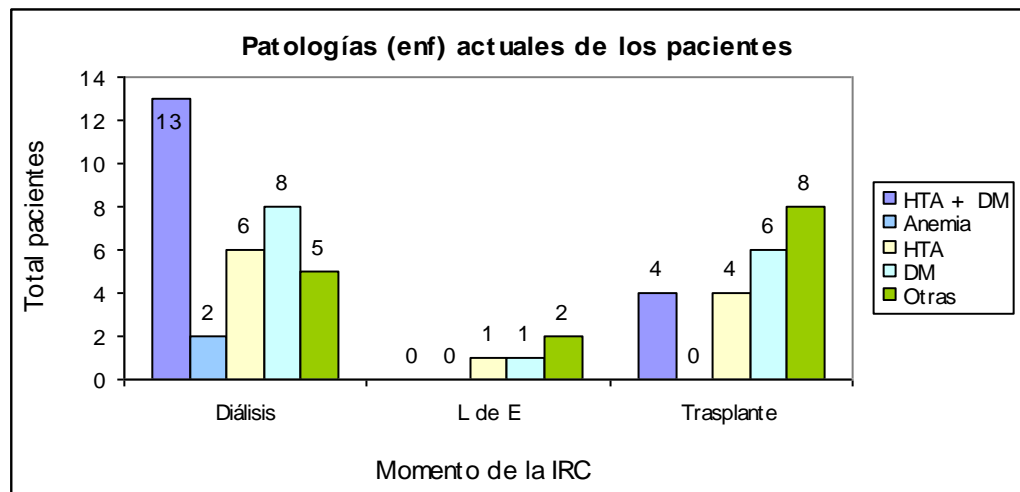
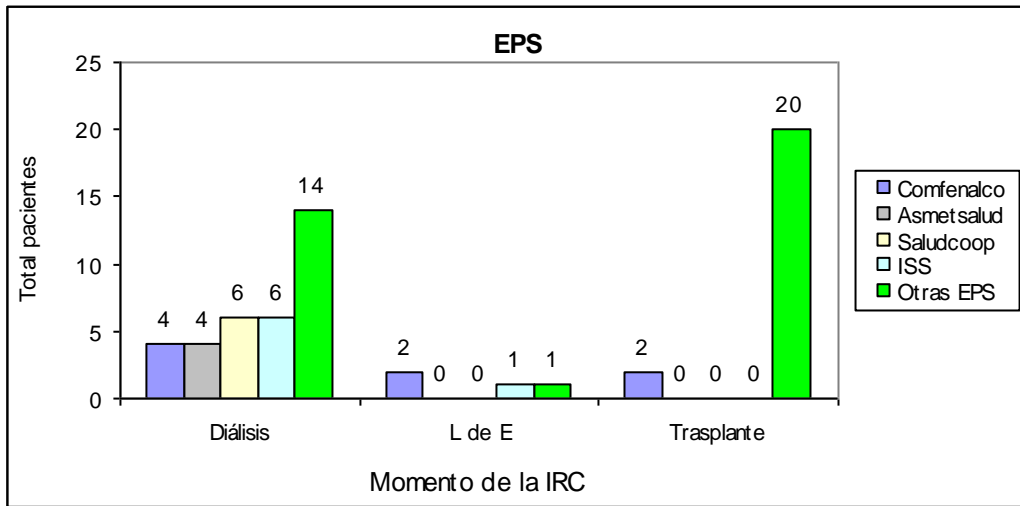
10% y con el 5% la edad, la depuración de la creatinina, las patologías asociadas y otras.

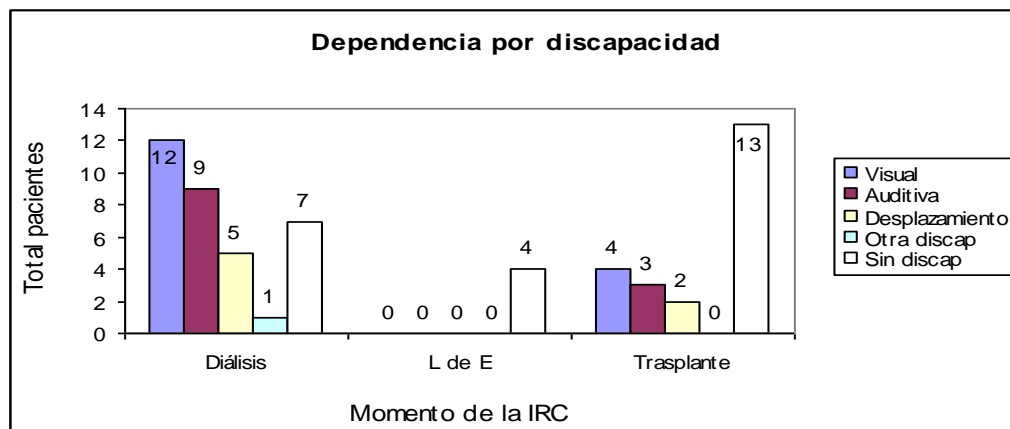
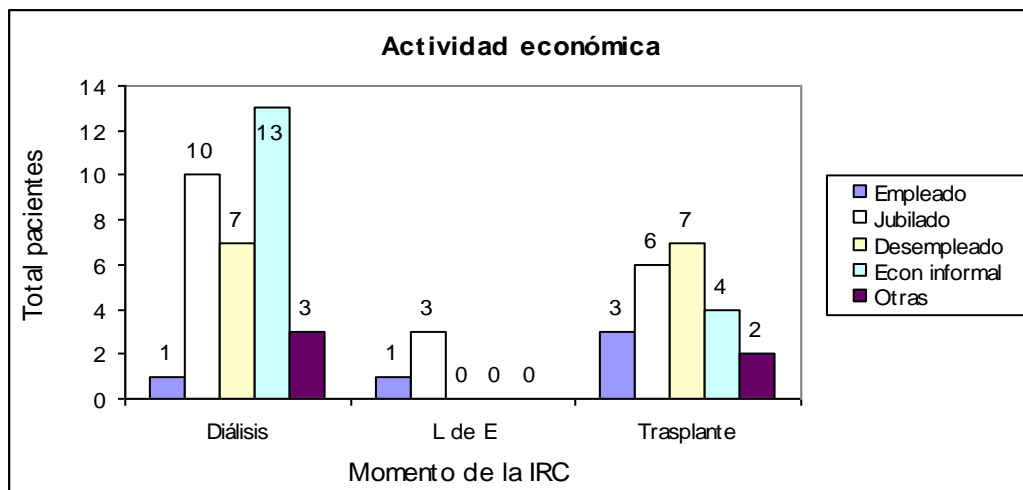
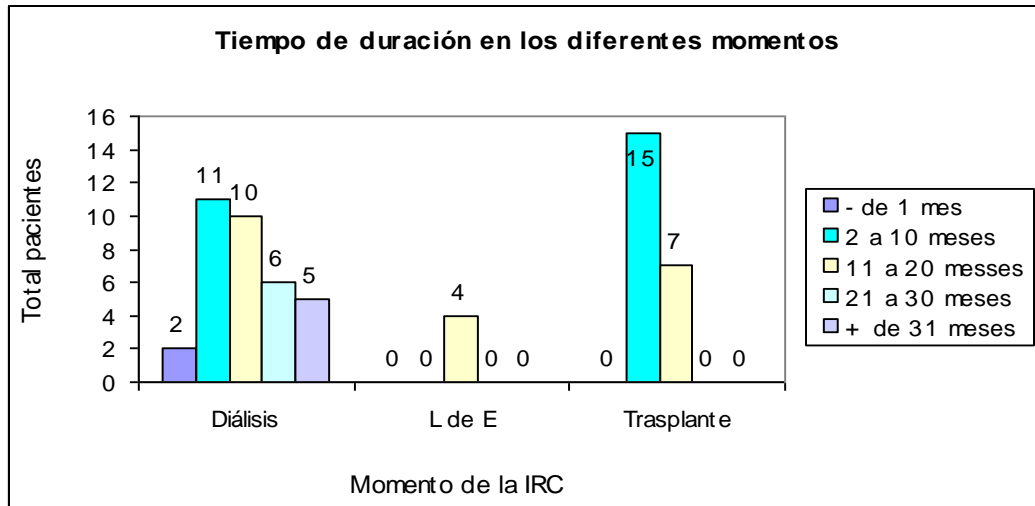
- ✂ En cuanto a los pacientes que van a ingresar a la lista de espera los criterios son las condiciones clínicas y el estadio de la IRC las cuales acupan el 35% respectivamente, las patologías asociadas el 15%, la edad y la autonomía de los pacientes el 5%, la histocompatibilidad el 3% y la afiliación a EPS, ARS, IPS y demás el 2%.
- ✂ Y ya para finalizar, en lo relacionado a los candidatos al trasplante, la disponibilidad de órganos ocupa el 40%, la compatibilidad del receptor con el órgano donado el 15%, las condiciones clínicas, la sobrevida y el tipo de donante el 10%, la autonomía el 7% y la edad el 3%.

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, la selección para el ingreso a los diferentes programas son establecidos mediante los criterios que harán viable y satisfactorio el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes con IRC.

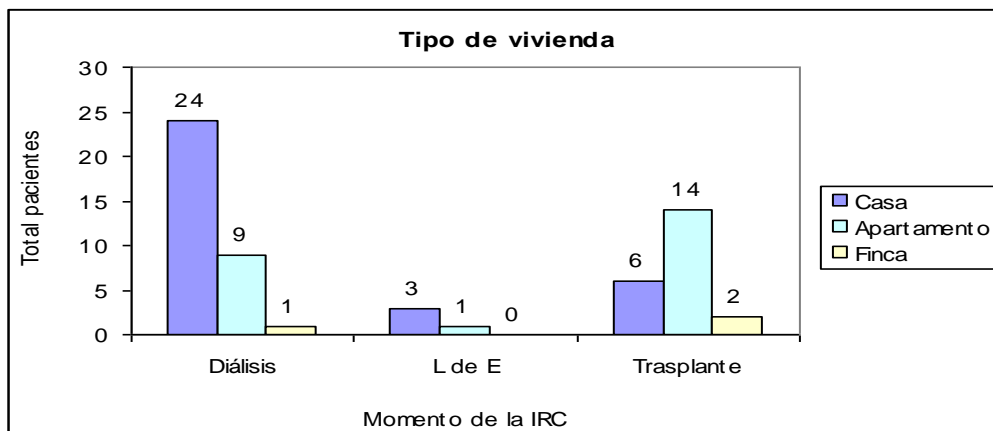
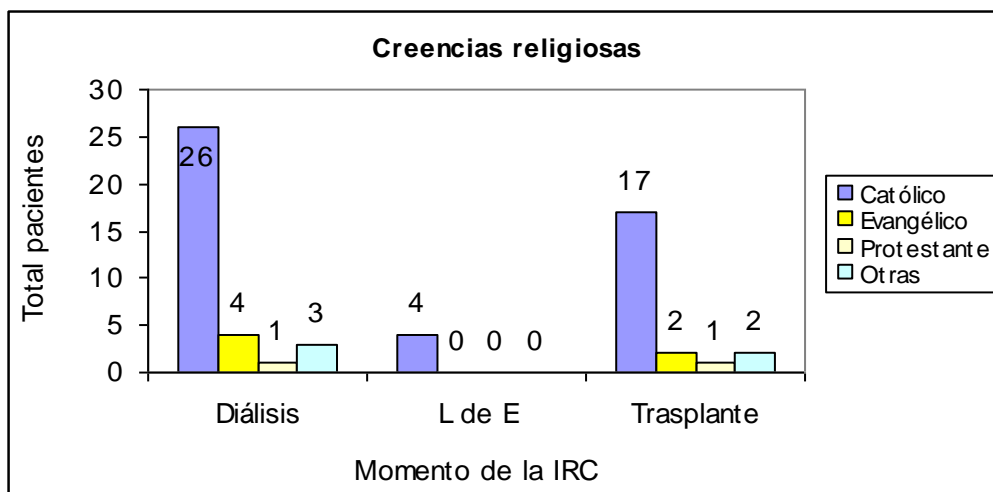
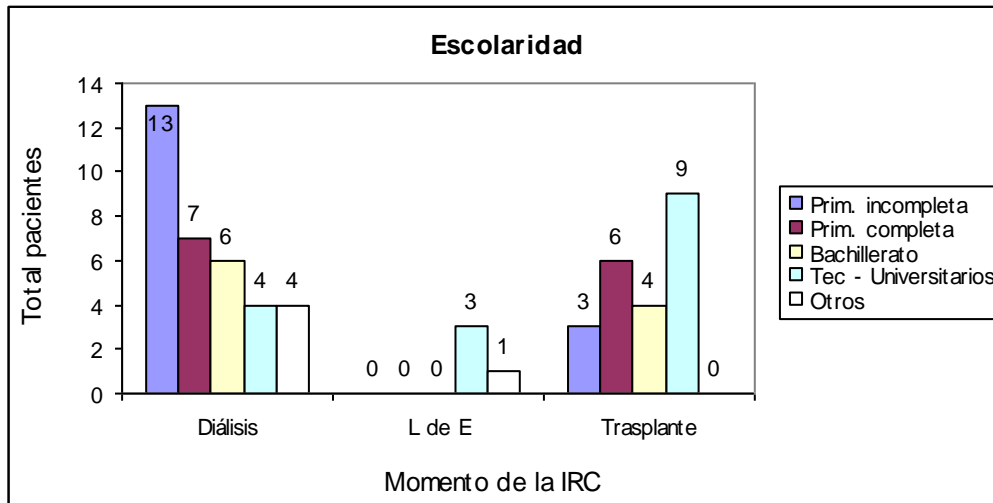
**Gráficas de los pacientes con diagnóstico y tratamiento de IRC mayores de 55 años entrevistados en tres Unidades Renales de las ciudades de Armenia y Medellín.**

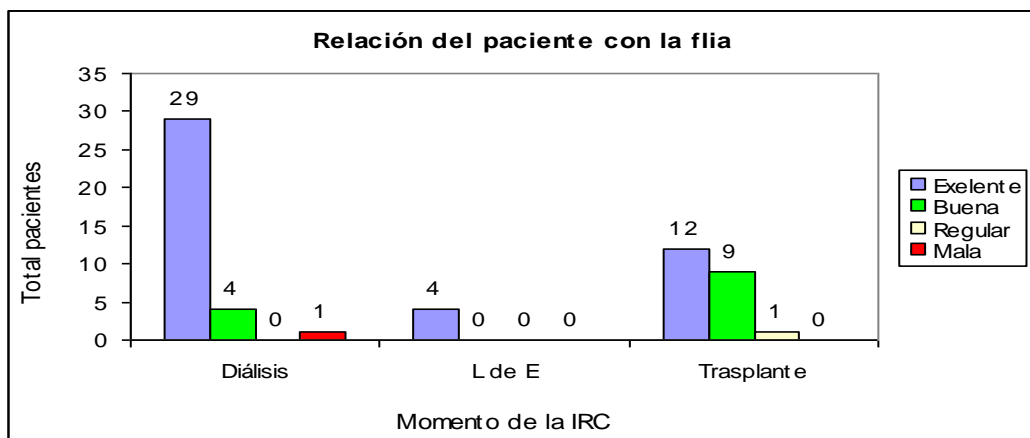
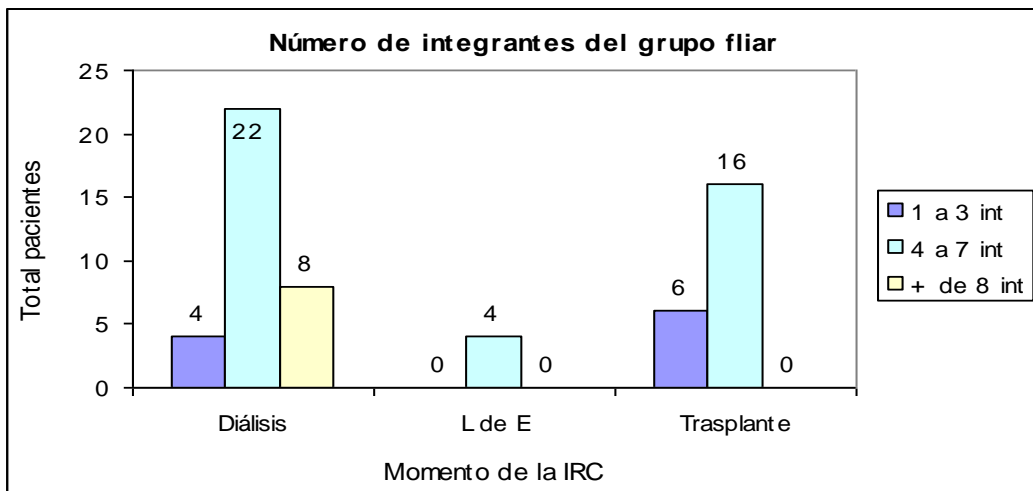
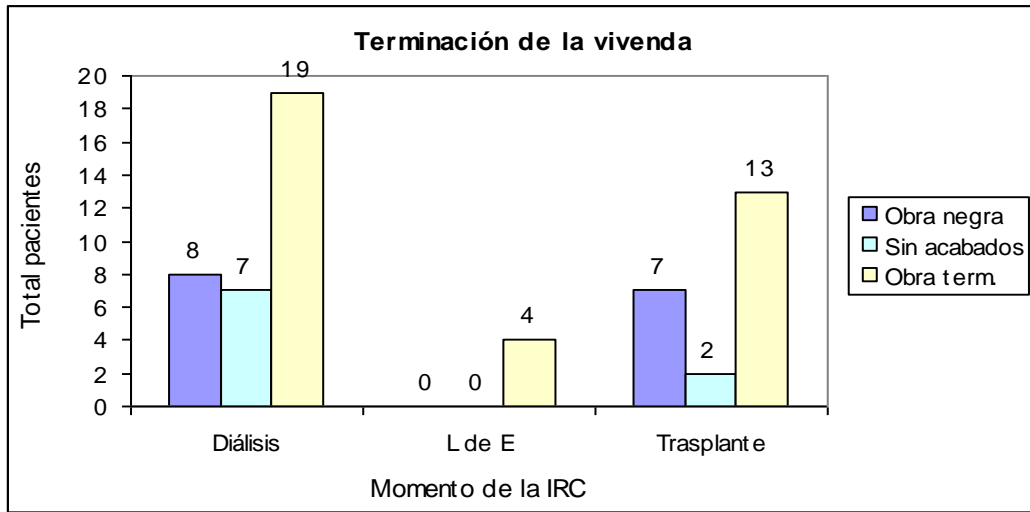


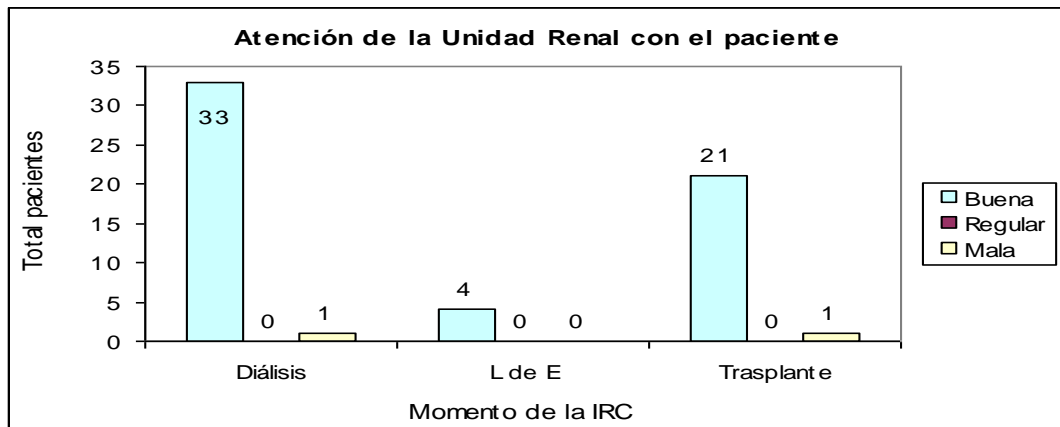
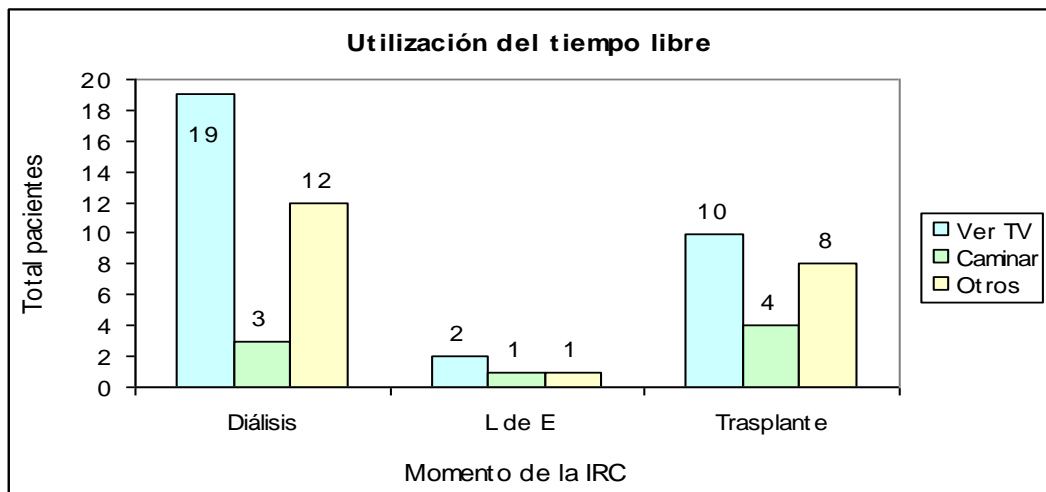
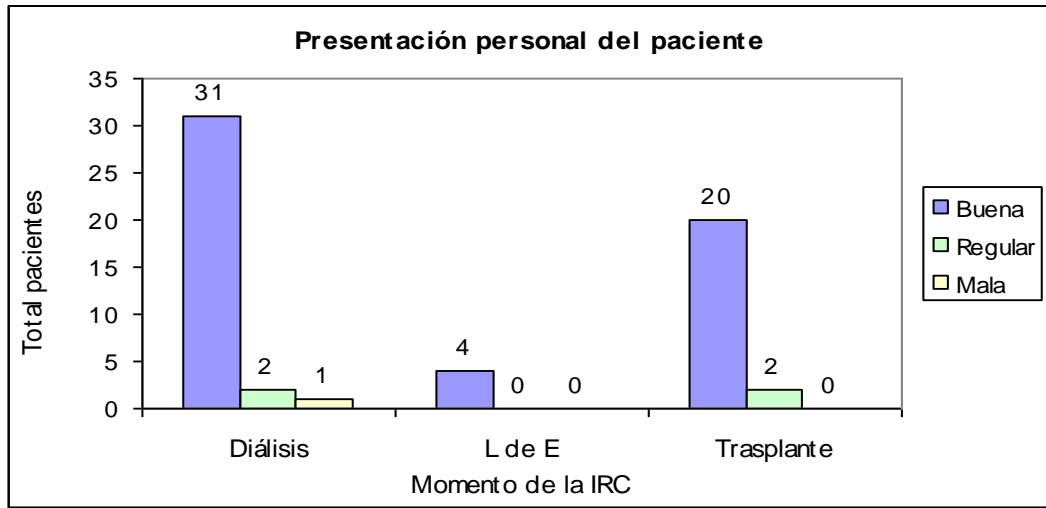


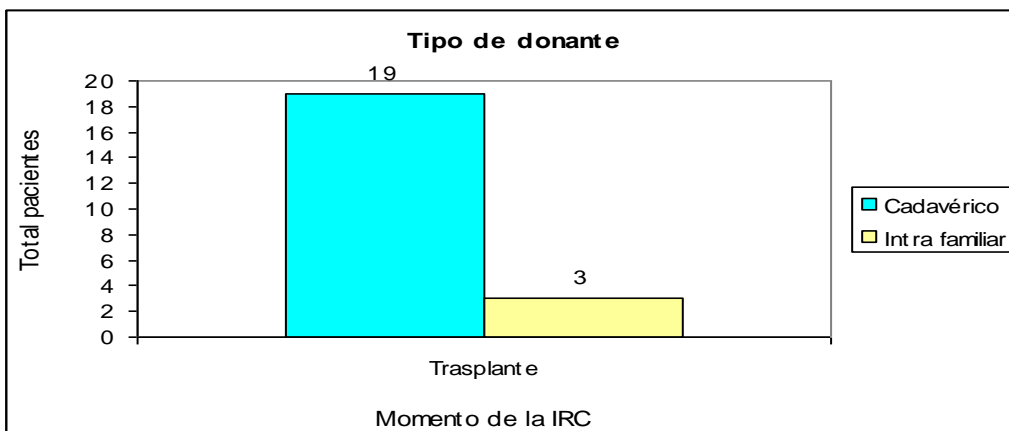
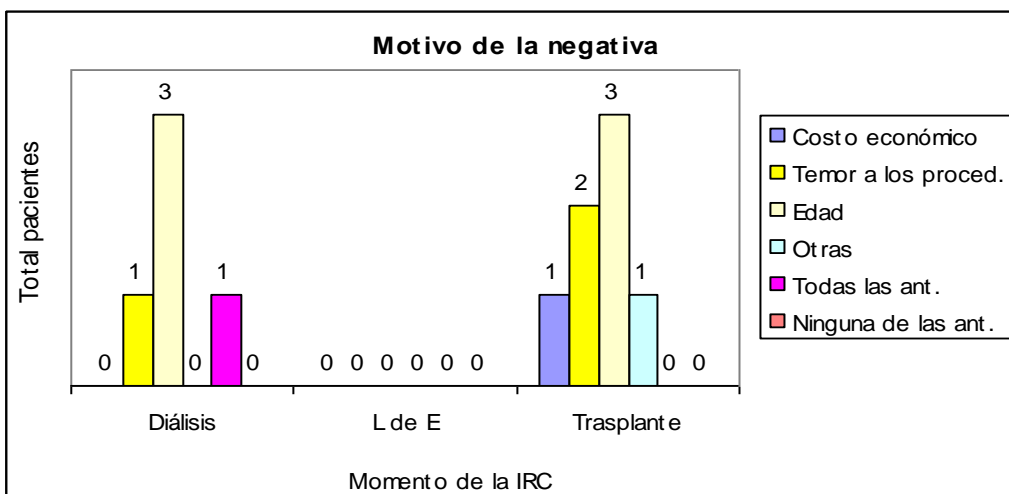
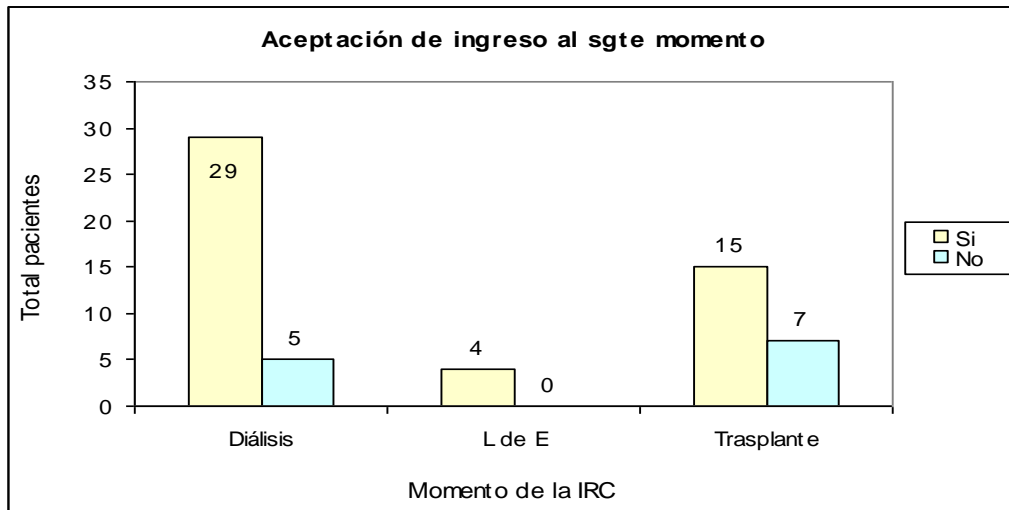


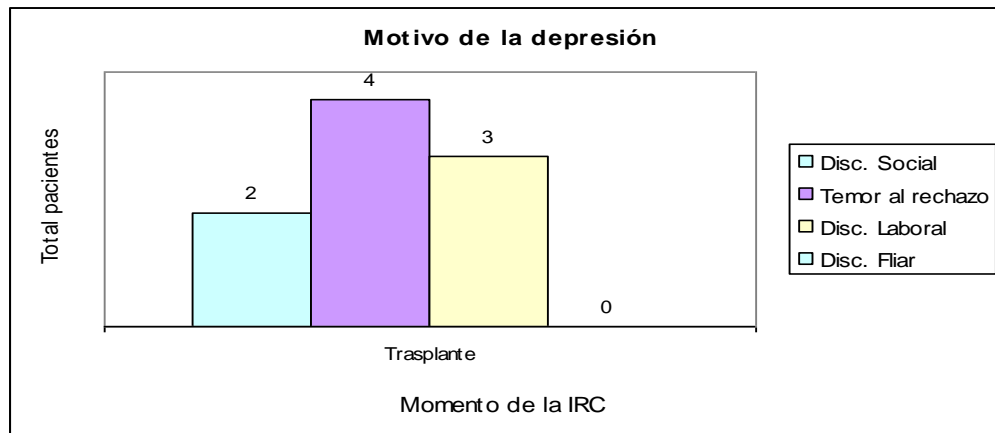
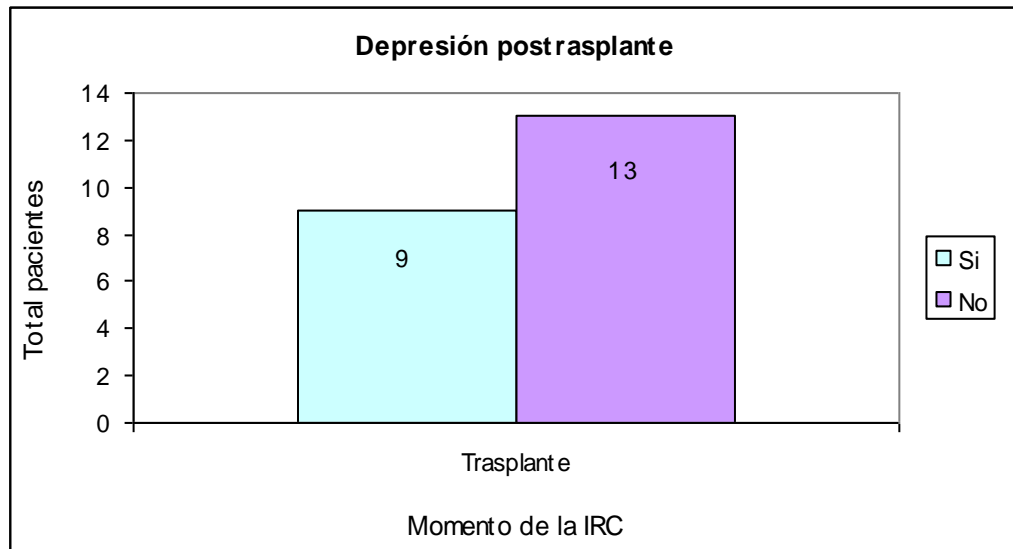
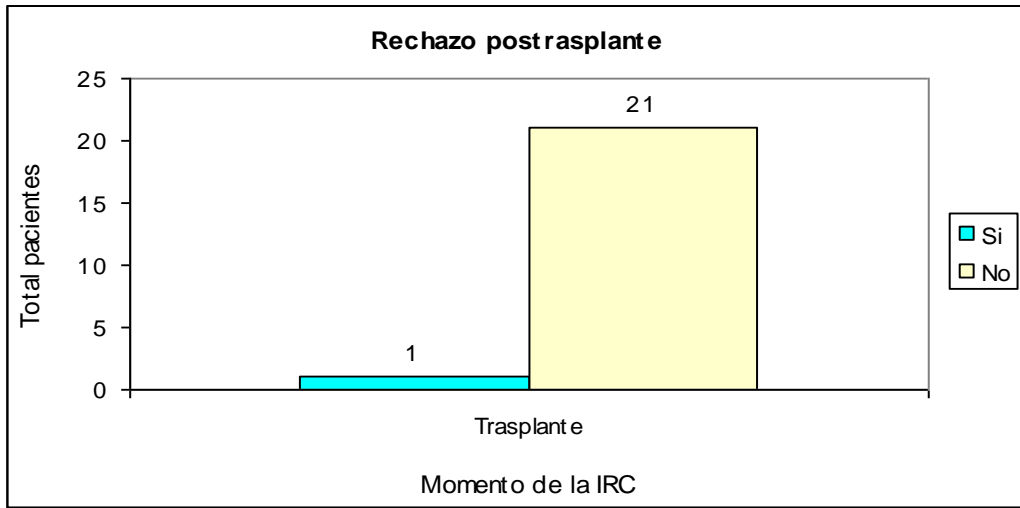












## **INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 55 AÑOS CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ENTREVISTADOS) DE IRC EN LAS UNIDADES RENALES DE LAS CIUDADES DE ARMENIA Y MEDELLÍN.**

De acuerdo con las visitas y entrevistas realizadas a los pacientes en los diferentes momentos del diagnóstico y tratamiento de IRC, estos son los resultados obtenidos:

### **Diálisis**

- ✂ Las edades entre 56 y 64 años representan el 26.47% y de 65 y más años representan el 73.52% de la población entrevistada
- ✂ Los hombres representan el 58.82 % y las mujeres el 41.17%
- ✂ El 64.70% de los pacientes viven en el municipio de Armenia y el 35.29% vive fuera de este municipio o en otros Dpto. del eje cafetero.
- ✂ El 11.76% de los pacientes están afiliados a EPS como Comfenalco, el 17.64% al ISS y el 52.93% restante a diferentes EPS existentes en la región.
- ✂ El 38.23% de los pacientes sufre en la actualidad de HTA + DM, el 17.64% de HTA, el 23.52% de DM y el 20.58% restante sufre de otro tipo de patologías como anemia, artritis, neoplasias, entre otras.
- ✂ El 35.29% de los pacientes pertenecen a los estratos 1 o 2, el 23.52% al estrato 3 o 4 y el 41.17% al estrato 5 o 6.
- ✂ El 67.64% de los pacientes en diálisis lleva de 2 a 20 meses en este programa, el 32.34% lleva más de 22 meses.

- ✂ Se encontró que el 2.94% de los pacientes está empleado, el 29.41% es jubilado, el 20.58% está desempleado, el 38.23% y 8.82% pertenecen a la economía informal y otras actividades respectivamente.
- ✂ En cuanto a las limitaciones físicas o dependencia por discapacidad hay modificaciones sensoriales que se dan por el envejecimiento normal del organismo, pero si a esto le agregamos las diferentes patologías asociadas con la IRC encontramos que el 35.29% de los pacientes tienen una discapacidad visual, el 26.47% una auditiva, el 14.70% una para desplazarse, el 20% de los pacientes no tienen ninguna discapacidad y el 2.94% tienen diferentes discapacidades.
- ✂ Encontramos que en relación a la escolaridad y conocimientos el 38.23% de los pacientes hizo algún grado de la primaria, el 20.58% la hizo completa, el 17.64% hizo algún grado de bachillerato, el 11.76% hizo uno o varios semestres de una tecnología o estudio universitario y el 11.76% otro tipo de estudio.
- ✂ El 76.47% de los pacientes manifestó ser católico y el 23.52% profesan otras creencias.
- ✂ El 26.47% de los pacientes viven en apartamento, el 70.58% en casa y el 2.94% en al área rural; adicional a esto el 55.88% de las viviendas son terminadas (obra blanca), el 20.58% están sin acabados (obra gris) y el 23.52% en obra negra.
- ✂ El grupo fliar del 8.82% de los pacientes lo integran hasta 3 individuos, del 64.70% lo integran hasta 7 individuos y los hogares del 20.58% están integrados por más de 8 individuos, lo que evidencia y confirma la permanencia de las familias extensas.

- ✂ Dentro del contexto familiar el 85.29% de los pacientes manifestó que la atención, el cuidado, apoyo y compañía que recibe de su flia es excelente y para el porcentaje restante esta atención es buena o regular.
- ✂ Cuando se habló de autonomía para la realización de las actividades de autocuidado: bañarse, vestirse, asistir a la diálisis, alimentarse, tomar los medicamentos, entre otras, el 91.17% de los pacientes se presenta y percibe como autónomo para la realización de estas actividades, lo cual podría servir como contraste o conclusión ante la concepción de que la vejez no es sinónimo de invalidez o pérdida de la autonomía y en el porcentaje restante presenta una leve disminución y descuido aunque no se habló de maltrato por esta razón.
- ✂ El pasatiempo favorito de los sujetos de esta investigación es ver TV con un 55.88% para el 44.11% de pacientes restante su ocupación del tiempo libre transcurre entre caminatas, lecturas, actividades manuales, practicas religiosas, siestas, entre otras.
- ✂ En relación con la asistencia sanitaria de las Unidades Renales el 97.05% de los sujetos la cataloga como buena y el 2.94% tiene alguna queja al respecto.
- ✂ Al momento de ingreso de los pacientes a alguno de los diferentes momentos definidos en la investigación el 85.29% acepta su ingreso sin mayores objeciones y el 14.70% restante tiene algunas apreciaciones para retrasarlo aunque al final lo aceptan; el 26.47% desean ingresar a lista de espera y el 73.52% no.



## Lista de espera

- ✂ En relación con la edad de los pacientes en lista de espera, las edades entre 56 y 64 años representan el 50% y de 65 y más años representan el 50% de la población.
- ✂ Los hombres en lista de espera representan el 25 % y las mujeres el 75%
- ✂ El 25% de los pacientes en lista de espera viven en el municipio de Armenia, el 75% vive fuera de este municipio o en otros Dpto. del eje cafetero.
- ✂ El 50% de los pacientes están afiliados a EPS como Comfenalco, el 25% al ISS y el 25% restante a diferentes EPS existentes en la región.
- ✂ El 25% de los pacientes sufre en la actualidad de HTA, el 25% de DM y el 50% restante sufre de otro tipo de patologías como anemia, artritis, neoplasias, entre otras.
- ✂ En relación al estrato socioeconómico al que pertenecen los pacientes entrevistados se determinó que el 25% pertenecen al estrato 3 o 4 y el 75% al estrato 5 o 6.
- ✂ El 100% de los pacientes en lista de espera lleva de 2 a 20 meses en este programa.
- ✂ Se encontró que el 25% de los pacientes es empleado, el 75% es jubilado.
- ✂ En cuanto a las limitaciones físicas o dependencia por discapacidad en una población tan pequeña no se encontraron modificaciones sensoriales, por lo tanto no se presentan discapacidades.

- ✂ Encontramos que en relación a la escolaridad y conocimientos el 75% hizo uno o varios semestres de una tecnología o estudio universitario y el 25% otro tipo de estudio.
- ✂ El 100% de los pacientes manifestó ser católico.
- ✂ El 25% de los pacientes viven en apartamento, el 75% en casa y a esto se le adiciona que el 100% de las viviendas son terminadas (obra blanca).
- ✂ El grupo familiar del 100% de los pacientes lo integran hasta 7 individuos lo que evidencia y confirma la permanencia de las familias extensas.
- ✂ Dentro del contexto familiar el 100% de los pacientes manifestó que la atención, el cuidado, apoyo y compañía que recibe de su familia es excelente
- ✂ Cuando se habló de autonomía para la realización de las actividades de autocuidado: bañarse, vestirse, alimentarse, tomar los medicamentos, entre otras, el 100% de los pacientes se presenta y percibe como autónomo para la realización de estas actividades.
- ✂ El pasatiempo favorito de los pacientes de esta investigación es ver TV con un 50% para el otro 50% restante su ocupación del tiempo libre transcurre entre caminatas, lecturas, actividades, manuales, practicas religiosas, siestas, entre otras.
- ✂ En relación con la asistencia sanitaria de las Unidades Renales el 100% de los pacientes la cataloga como buena
- ✂ Al momento de ingreso de los pacientes a alguno de los diferentes momentos definidos en la investigación el 100% acepta su ingreso sin mayores objeciones.

## Trasplante

- ✂ En relación con la edad de los pacientes trasplantados, las edades entre 56 y 64 años representan el 90.9% y de 65 y más años representan el 9.09% de la población entrevistada y visitada.
- ✂ Los hombres trasplantados representan el 68.18% y las mujeres el 31.81%
- ✂ El 22.72% de los pacientes viven en el municipio de Medellín, el 68.18% viven fuera de este municipio y el 9.09% viven en otros Dpto.
- ✂ El 9.09% de los pacientes están afiliados a EPS como Comfenalco y el 90.9% restante a diferentes EPS existentes en la región como ISS, Coomeva y demás.
- ✂ El 18.18% de los pacientes sufre en la actualidad de HTA + DM, 18.18% de HTA, el 27.27% de DM y el 36.36% restante sufre de otro tipo de patologías como anemia, artritis, neoplasias, entre otras.
- ✂ El 50% de los pacientes trasplantados viven en el estrato 1 o 2, el 27.27% en el 3 o 4 y el 22.72% en el estrato 5 o 6.
- ✂ El 68.18% de los pacientes duró en lista de espera entre 2 a 10 meses y el 31.81% entre 11 y 20 meses.
- ✂ Se encontró que el 13.63% de los pacientes son empleados, el 27.27% son jubilados y otro 27.27% pertenecen a la economía informal.
- ✂ En cuanto a la dependencia por discapacidad a la visual le corresponde el 18.18%, 13.63% a la auditiva, 9.09% para el desplazamiento y el 59.09% no presentan discapacidad.
- ✂ Encontramos que en relación a la escolaridad y conocimientos el 13.63% hizo uno o varios años de la primaria, el 27.27% la hizo

completa, el 18.18% hizo uno o varios años del bachillerato, el 40.90% hizo uno o varios semestres de una tecnología o estudio universitario.

- ✂ El 77.27% de los pacientes manifestó ser católico los restantes de otros tipo de creencias.
- ✂ El 63.63% de los pacientes viven en apartamento, el 27.27% en casa y el 9.09% en finca; adicional a esto el 31.81% de las viviendas son en obra negra, el 9.09% en obra gris y el 59.09% en obra blanca.
- ✂ El grupo familiar del 27.27% de los pacientes lo integran hasta tres individuos y el 72.72% restante entre 4 y 7 lo que evidencia y confirma la permanencia de las familias extensas.
- ✂ Dentro del contexto familiar el 54.54% de los pacientes manifestó que la atención, el cuidado, apoyo y compañía que recibe de su familia es excelente, el 40.90% buena y el restante regular o mala.
- ✂ Cuando se habló de autonomía para la realización de las actividades de autocuidado: bañarse, vestirse, alimentarse, tomar los medicamentos, seguir la dieta, entre otras, 90.90% de los pacientes se presenta y percibe como autónomo para la realización de estas actividades.
- ✂ El pasatiempo favorito de los pacientes de esta investigación es ver TV con un 45.45% para el otro % restante su ocupación del tiempo libre transcurre entre caminatas, lecturas, actividades manuales, practicas religiosas, siestas, entre otras.
- ✂ En relación con la asistencia sanitaria de las Unidades Renales y de trasplante el 95.45% de los pacientes la cataloga como buena el resto aduce alguna deficiencia
- ✂ Al momento de ingreso de los pacientes a este momento 68.18% dicen **SI** y 31.81% dicen **NO** y las principales razones son costo

económico con el 4.54%, temor al los procedimientos 9.90%, edad 13.63%, Otras 4.54%.

- ✂ Para el trasplante de órganos, el donante cadavérico se registró con el 86.36% y el donante fliar con el 13.63%.
- ✂ En los 22 pacientes trasplantados se presentaron casos de rechazo del nuevo órgano con un 4.54% y de total normalidad dentro de lo esperado el 95.45% de los casos.
- ✂ Para los pacientes trasplantados se presentan episodios de depresión postrasplante con un 40.0% y no se presenta éste episodio en el 59.09% restante. Este tipo de patología se presenta por discriminación laboral con el 13.63%, el 9.09% por discriminación social y el 18.18% por temor al rechazo del órgano trasplantado.

### 3.6 Términos utilizados en la metodología

**Autonomía:** la autonomía personal se refiere a la capacidad que tienen las personas para autogobernarse, libres tanto de influencias externas que los controlen como de limitaciones personales que les impidan tomar una verdadera opción, como podría ser una comprensión inadecuada del objeto o las circunstancias de la elección. El individuo autónomo obra libremente, en conformidad con un plan de acción que él mismo ha elegido. Por otra parte, las acciones de una persona cuya autonomía está disminuida, están controladas, al menos en parte, por otras personas, es incapaz por las razones que sean, de deliberar o de actuar en conformidad con sus deseos y planes.

Prácticamente todas las teorías sobre la autonomía admiten que existen al menos dos condiciones esenciales para que las acciones de una persona sean autónomas: 1) libertad externa, es decir, la persona debe estar libre de influencias externas que lo controlen; 2) agencia (o libertad interna), es decir, la persona debe tener la capacidad para obrar intencionalmente.<sup>47</sup>

**Dependencia:** la capacidad funcional en Geriátrica (válida para Gerontología) se define como la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad, cuando se presentan situaciones que impidan este libre accionar como una patología incapacitante se habla de dependencia.

---

<sup>47</sup> Documento HISTORIA DE LA FORMULACIÓN DE LOS PRINCIPIOS “El contenido de los principios en la propuesta de Beauchamp y Childress.

⌘ **Enfermedades dependientes:** en las cuales el mismo proceso de envejecimiento, deterioro de los mecanismos de homeostasis, posibilita su manifestación clínica como la enfermedad de Alzheimer, la osteoporosis, la IRC, entre otras.<sup>48</sup>

**Dieta:** *Diata (díaita)* es la palabra griega de la que hemos obtenido el término **dieta**, que para nosotros significa exclusivamente "régimen alimentario", usado habitualmente en medicina y en relación con la salud, y extendido luego a todo lo que se refiere a régimen de alimentación. El significado de la palabra griega era bastante más extenso. Para ellos la dieta era la forma de vivir, el conjunto de conductas de todo tipo y que convergían finalmente en la alimentación. Porque en fin de cuentas es en torno a las actividades y comportamientos dirigidos a alimentarse, como se estructura toda conducta. Los comportamientos necesarios para alimentarnos son la columna vertebral de todo el conjunto de comportamientos. Por simplificar: nunca tendrán la misma conducta un herbívoro, un carnívoro y un parásito. Cada dieta, es decir cada forma de alimentación determina una forma de vida y todo un sistema de comportamiento.

**Discapacidad:** es cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del rango considerado normal para una persona. La discapacidad hace referencia a la alteración del funcionamiento en el entorno inmediato.

⌘ personas con incapacidades físicas o mentales. Entre las discapacidades o minusvalías físicas más comunes se encuentran la ceguera, la sordera y la parálisis, mientras que entre las mentales se encuentran el autismo y los efectos del

---

<sup>48</sup> GÓMEZ M, José Fernando y colegas. Evaluación de la salud de los ancianos.

síndrome de Down, entre otras. Las discapacidades pueden revestir diferentes grados. Así, entre dos personas con el síndrome de Down, una puede estar muy limitada en términos de actividad, mientras que la otra (sólo ligeramente afectada) puede ser capaz de realizar un trabajo y ser casi autosuficiente. Los discapacitados a veces tienen dificultad para ciertas actividades consideradas por otras personas como totalmente normales, como viajar en transporte público, subir escaleras o incluso utilizar ciertos electrodomésticos. Sin embargo, el mayor reto para los discapacitados ha sido convencer a la sociedad de que no son una clase aparte.

**Edad:** medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.

La edad es tenida en cuenta por el Derecho para determinar la capacidad de obrar de las personas, distinguiéndose en síntesis entre mayor y menor de edad. La mayoría de edad, en vía de principio y dejando al margen injerencias de otros estados civiles como el matrimonio o la incapacitación, determina la plena capacidad de obrar de la persona, la aptitud para llevar a cabo todo tipo de actos con eficacia jurídica. La minoría de edad conlleva una restricción de la capacidad de obrar y pueden distinguirse los grados siguientes: menor de edad no emancipado; se caracteriza por la sumisión del menor a la patria potestad y una notable limitación de su capacidad de obrar, lo cual no quiere decir que carezca por completo de ella.

**Entidades administradoras de pensiones:** Son las instituciones que administran los recursos que el trabajador y el patrono aportan. Son de



dos clases: Las administradoras del Régimen de Prima Media con Prestación Definida. Las administradoras del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud. Es una aseguradora. Se constituye como el módulo administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su función es la de administrar los servicios de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud delegados por el FOSYGA. Se encarga de inscribir, afiliar y carnetizar a la población beneficiaria ya sea del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado para garantizar en su favor los servicios contemplados por los diferentes planes obligatorios de salud con cargo al aseguramiento de la población beneficiaria y la prestación de servicios a través de la red de IPS en forma directa e indirecta.

**ESE:** Empresas Sociales del Estado, son los hospitales y centros de salud del Estado que se transforman en empresas con autonomía administrativa. Se constituye como la cabeza de la red pública de servicios en salud y puede ser del orden Nacional, Departamental, Distrital o Municipal conformada por los hospitales públicos de los diferentes niveles de especialidad o complejidad y de los centros de salud cuya capacidad tecnológica y de oferta de los servicios así lo permita. Su Junta Directiva es tripartita: se encuentra conformada por el sector político administrativo, sector científico y sector de la comunidad, que le permiten desarrollar la prestación de los servicios de salud como oferta y venta de servicios en favor de los beneficiarios del régimen contributivo y subsidiado y los vinculados al sistema.

**ESS:** Empresa Solidaria de Salud. Entidad promotora de salud de tipo cooperativo, específicamente organizada para la administración del régimen subsidiado. Se constituye como una de las tres administradoras del régimen subsidiado en salud autorizado por el decreto 2357 de 1995.

Este es un programa de tipo comunitario que organiza modalidades solidarias y comunitarias para el desarrollo de servicios de salud en favor de una comunidad determinada que podrá ser socia de esta o afiliada como beneficiaria dentro del régimen subsidiado en salud.

**Estrato socioeconómico:** (Artículo 102 Ley 142 de 1994): Nivel de clasificación de un inmueble como resultado del proceso de estratificación socioeconómica. Legalmente existe un máximo de seis estratos socioeconómicos: Estrato 1 o Bajo-bajo; Estrato 2 o Bajo; Estrato 3 o Medio-bajo; Estrato 4 o Medio; Estrato 5 o Medio-alto y Estrato 6 o Alto. Ninguna zona residencial urbana que carezca de la prestación de por lo menos dos servicios públicos domiciliarios básicos podrá ser clasificada en un estrato superior.

**Etiología:** estudio sobre las causas de las cosas. Estudio de las causas de las enfermedades.

**Histocompatibilidad.** Grado de semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante. Los antígenos CMH que se expresan en la superficie de las células del donante y del receptor suelen determinar las probabilidades de que un órgano trasplantado sea o no rechazado por el sistema inmunitario del receptor. Esto ocurre porque las moléculas CMH desencadenarán probablemente una respuesta inmunitaria frente a un órgano trasplantado si el tipo HLA del paciente no coincide con el del donante. En efecto, el órgano del donante expresa o contiene un tipo HLA y las células del paciente contienen o expresan un tipo HLA distinto. Cuando se hace el trasplante, el sistema inmunitario del receptor identifica los antígenos CMH del donante como extraños. Por tanto, organiza una

respuesta inmunitaria contra ellos, lo que se materializa en la inflamación del órgano del donante y la destrucción de sus tejidos, que culmina en el rechazo. En consecuencia, es vital que los tipos HLA de donante y receptor sean lo más parecidos posible. Si se cumple esta condición, la probabilidad de rechazo es reducida. Si la diferencia entre tipos es muy grande, el riesgo de rechazo del trasplante será mucho más alto. Por eso los trasplantes entre hermanos tienen una probabilidad de rechazo muy inferior, pues los tipos HLA heredados de los padres tienden a ser muy parecidos.

**Terminación de la vivienda:** hace referencia a los materiales con los cuales está construida la vivienda y la distribución de sus habitaciones o cuartos.

**Tipo de vivienda:** Las características concretas de una casa dependen del clima, del terreno, de los materiales disponibles, de las técnicas constructivas y de numerosos factores simbólicos como la clase social o los recursos económicos de sus propietarios. Hasta hace poco tiempo, en las zonas rurales, las personas han compartido su casa con los animales domésticos. Hoy las viviendas también pueden disponer de diversas zonas no habitables, como talleres, garaje o habitaciones de invitados, aparte de los diversos servicios que se necesitan en la vida diaria. Las casas se pueden construir por encima o por debajo del nivel de suelo, aunque la mayoría de las viviendas modernas están emplazadas en un nivel superior al del terreno, en ocasiones sobre sótanos semienterrados, especialmente en los climas fríos. Los materiales más utilizados son la propia tierra, madera, ladrillos, piedra, y cada vez en mayor medida hierro y hormigón armado, sobre todo en las áreas urbanas. La mayoría de las veces se combinan entre sí, aunque la elección depende del proyecto

arquitectónico, de los gustos del cliente y, sobre todo, del precio del material o de la facilidad de su puesta en obra.

**Vivienda:** espacio resguardado, adecuado como morada para el ser humano. Tanto si se trata de una humilde choza o de una mansión sofisticada, y al margen de su interés arquitectónico, la vivienda siempre ofrece un refugio seguro y es el centro de la vida cotidiana.

Las características concretas de una casa dependen del clima, del terreno, de los materiales disponibles, de las técnicas constructivas y de numerosos factores simbólicos como la clase social o los recursos económicos de sus propietarios.

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Conclusiones

Al finalizar este trabajo de investigación destaco las siguientes conclusiones:

- ✂ Los criterios de inclusión y exclusión manejados en el campo del diagnóstico y tratamiento de la IRC y específicamente en el del trasplante de riñón son establecidos por un comité interdisciplinario de la institución (integrado por el médico especialista en nefrología, cardiología, neurología, urología, por enfermeras, por psicólogas y demás profesionales según las diferentes patologías de los pacientes).

Algunos de los criterios más relevantes son las condiciones clínicas, las patologías actuales del paciente, la autonomía del paciente, la edad, la compatibilidad con el órgano donado, la afiliación a una EPS o similares y la previa autorización de esta y disponibilidad de órganos, entre otras.

Cuando se habla de la edad se hace una aclaración bien importante: Si hay compatibilidad y se cumplen todos los requerimientos establecidos por el protocolo no hay discriminación del adulto mayor, pero frente a un niño la prioridad de la asignación de riñones a trasplantar siempre la tendrá el menor.

- ✂ Entre las terapias de reemplazo renal, ingresar al programa de diálisis es sólo una de las opciones más utilizadas por los pacientes con IRC que se ven afligidos por esta enfermedad.  
El ingreso, en principio genera temor, angustia y rechazo, pero con una buena comunicación y apoyo (como se evidenció en estos casos) de la familia, el grupo de diálisis (el nefrólogo, el psicólogo, trabajador social, las enfermeras, entre otros), la EPS y demás profesionales que intervienen en el proceso, este se convierte en una de las dos opciones de seguir con vida.
  
- ✂ Los pacientes con diagnóstico y tratamiento de IRC permanecen aproximadamente, en cada uno de los diferentes momentos establecidos en esta investigación, entre 2 y 20 meses. Algunos deciden no pasar al siguiente momento.
  
- ✂ El alto costo de las terapias de reemplazo renal y el ingreso constante de pacientes para el tratamiento de ésta patología evidencia las deficientes estrategias con las que cuentan los programas de promoción, prevención y mantenimiento de una buena salud, de los estilos de vida saludables y demás programas de las instituciones prestadoras de servicios en asistencia sanitaria, lo que se ve reflejado en la demanda e incremento en la utilización de los servicios en las Unidades Renales, los altos costos generados para las EPS y el deterioro en la calidad de vida de los pacientes.
  
- ✂ La calidad de vida de los pacientes con una ER (enfermedad renal) se ve más afectada y de manera más evidente en la salud física y tratamientos como la diálisis y el trasplante de riñón se

deben combinar con la modificación de los estilos de vida para que la adherencia a los tratamientos dé los resultados esperados.

- ✂ Los pacientes con ER (enfermedad renal) deben modificar sus estilos de vida como por ejemplo: cambiar los alimentos consumidos durante toda la vida, se duerme poco y se piensa mucho, la apariencia física se modifica, el paciente se deprime con facilidad y olvida tomar sus medicamentos, se inhibe de los desplazamientos por largos periodos y trayectos, se pierde el rol dentro del núcleo familiar y el paciente se siente rechazado.

Pero también es cierto y algo paradójico que debido a estos cambios se presenten mejoramientos tanto en la salud como en su calidad de vida, lo cual se ve reflejado en la sobrevida del paciente. Se hacen más sacrificios pero se le gana una batalla a la muerte.

- ✂ La familia y las relaciones familiares juegan un papel fundamental no sólo en los pacientes con IRC.  
Las relaciones de las familias y los pacientes son relaciones íntimas basadas en la palabra como unidad gratificante.

Cuando se está en relación armónica y cohesionada con los demás se genera un ambiente que le permite al paciente un mejor aprovechamiento de su tratamiento. La otra parte de este proceso es la comunicación, con ella se convive, se aprende a escuchar al otro y se perdona y sobre todo se cuida y defiende la vida. La familia escucha, analiza, comprende y exterioriza su deseo de ayudar a su pariente para que pueda estar lo mejor posible dentro

de su nuevo entorno. Paralelo a este acercamiento también se crean vínculos con el personal médico, con los compañeros del programa, el personal administrativo y demás, quienes llegan a convertirse en una familia más de apoyo y acompañamiento.

- ✂ Enfermedades como la IRC ubican a la persona entre dos alternativas: recibir o no recibir el tratamiento. En caso de no recibir tratamiento, la persona debe enfrentarse ante una expectativa de muerte inminente. Si, por el contrario se somete a un tratamiento puede resultar una opción esperanzadora con todos los cambios que ello implica.
  
- ✂ Como **Gerontóloga** y **Gerontólogos** estamos en la capacidad de contribuir con el apoyo y soporte psico-social de los pacientes con IRC en sus diferentes estadíos y nuestra participación se encamina en facilitar el acceso a los servicios de salud y programas de diálisis, en generar e impulsar hábitos saludables para estos pacientes y sus familias, en incrementar la adherencia y respuesta a los tratamientos, en mejorar el estado de ánimo y confianza, para reafirmar la satisfacción con la vida y generar mayor supervivencia, para incrementar la sobrevida y el mejoramiento de la calidad de vida, entre otras,



*Los espacios de  
participación del  
**GERONTÓLOGO**  
abarcán un mínimo  
porcentaje de los  
ámbitos donde se  
desarrolla la  
cotidianidad de las  
personas mayores.*

## 4.2 Recomendaciones

- ✂ Generar espacios de investigación y participación del Gerontólogo en temas relacionados con la salud y la asistencia sanitaria para las personas mayores.
- ✂ Crear programas y proyectos desde la Gerontología donde la promoción y prevención de las diferentes patologías asociadas con el envejecimiento acerquen a la población y a las instituciones para integrarlos como participantes activos de este proceso y se conviertan en multiplicadores de sus experiencias.
- ✂ Se hace necesario hacer un acercamiento con los estudiantes de Gerontología en el campo de la atención sanitaria. Es importante tener en cuenta que un alto porcentaje de la población mayor sufre de patologías discapacitantes generando dependencia, por lo tanto, como gerontólogos estamos llamados a conocer lo que hace parte del entorno del viejo y poder así interactuar con el grupo interdisciplinario que conforma el personal de salud en las distintas instituciones.
- ✂ Cada vez se hace necesario conocer más, acerca, de la divulgación de las estrategias para incrementar la donación de órganos y tejidos en la ciudad de Armenia y así posicionarla en los primeros lugares del país, lo cual le traería como beneficios adicionales a la ciudad la generación de empleo, capacitación, incremento y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, reconocimiento internacional, mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios de asistencia sanitaria, entre otras.

- ✂ Es fundamental ver al viejo como ser humano, con necesidades y sentimientos, sensible pero firme a la hora de hacer respetar su condición, y no sólo verlo como fuente de trabajo. Si tomamos conciencia del papel que podemos desempeñar con ellos, con la sociedad a la cual pertenecemos y con lo que podemos llegar a significar para ella, en poco tiempo seremos reconocidos por el aporte que estamos haciendo al crecimiento de una nueva cultura que involucra el mejoramiento de la calidad de vida y la humanización de las instituciones prestadoras de servicios.
  
- ✂ Proporcionarle al estudiante la posibilidad de hacer trabajos de campo e investigaciones acerca de las diferentes patologías más frecuentes en el adulto mayor, sin vetar el interés de aquellos que piensan en el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo y la humanización de los profesionales como lo indica un aparte de uno de los objetivos del programa.

## **5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

## **6. ACCESORIOS Y COMPLEMENTARIOS**

### **Entrevista realizada al Dr. J I V**

**Médico Nefrólogo e integrante del comité de trasplantes de la Fundación Clínica Valle de Lili de la ciudad de Cali, Valle del Cauca.**

**¿Cuáles son los criterios a tener en cuenta al momento de la distribución de los órganos?** Dependiendo del estado del paciente y del tiempo que dispone, lo clasifico y lo priorizo, entonces tenemos un riesgo al momento de trasplantar, de histocompatibilidad, de insuficiencia cardiorrespiratoria y más condiciones clínicas, esas digamos son las más importantes. Y vuelvo y te digo no esta la edad en este tipo de situaciones.

En hígado, como te digo hemos trasplantado pacientes de edad y si ves la lista de espera (revisión) de ahora seguramente vas a ver varios pacientes de más de 55 años hasta 70 o más. Ahora la podemos mirar.

En el riñón tenemos también la compatibilidad de grupo, ABO y algo más allá que es el HLA, ya aquí en el riñón hay más exigencia en cuanto a la compatibilidad.

El peso y la talla no es tan importante, o sea hay un margen mucho más grande, mucho más amplio para poner a un paciente un órgano con diferencia de 30 Kg. Se puede utilizar perfectamente y la condición clínica es siempre y será siempre muy especial.

Las listas de riñón normalmente son mucho mayores que las listas de hígado, es decir hay muchos más pacientes en lista de espera para un trasplante, esto es en términos generales de riñón.

Si tu me pones a comparar, si nos ponemos en un momento dado y tenemos 3 pacientes (20-30-55 años) con una condición clínica similar, por que probablemente el de 55 tenga un poco más de deterioro pero puede estar muy bien, hay pacientes con el organismo no muy deteriorado, pero si pusiéramos estos tres pacientes en condiciones iguales en cuanto la inmunología, o sea en cuanto a que tengan la misma compatibilidad y tienen unas condiciones clínicas similares, probablemente la escogencia se inclinará un poco hacia el paciente menor sobre el mayor, pero ahí se tienen que conjugar varias cosas como te digo. Si este señor de 55 años tiene una compatibilidad muchísimo mejor que cualquiera de estos (20-30- años) pues la inclinación va a ser para esta persona de 55 años, pero si te tengo que ser... y eso no son cosas que en ninguna parte lo vas a encontrar publicado como tal, pues es la realidad frente a la vida, si una persona, una mujer de 30 años en diálisis que tiene 3 hijos y el señor que tiene 68 esta en diálisis también, muy probablemente yo voy a tratar de sacar a la paciente que tiene 30 años pero como eso implica de todas maneras un componente de subjetividad entre otras cosas, por que yo no conozco a todos los pacientes, yo tengo pacientes en lista de espera, pero no tenemos cuando conocerlos a todos por que han sido estudiados en otros centros diferentes de diálisis, hay ese componente y yo tengo solamente una lista, para eso hemos tratado de hacer, que igual lo hacen, lo ha hecho todo el mundo en base a parámetros que se han hecho un poquito adaptativas al medio y hemos tratado de darle una puntuación dependiendo de diferentes circunstancias como la inmunología, la edad, condiciones clínicas, toda una cantidad de parámetros y esto lo tenemos metido en un

selector que hace... cuando yo tengo un donante de riñón me aparecen los dos riñoncitos para pegar, yo cruzo el HLA del donante con todos los HLA de todos los donantes, le hago los citotóxicos para evitar el rechazo hiperagudo y el me bota una cantidad, un listado donde muestra si este comparte 6 o comparte 4 o talvez 3 o solo 1 y fuera de eso con esa información que le hemos dado a ese selector me va a tratar de sumar digamos esta compatibilidad yo le asigne un puntaje, a la edad otro y a la urgencia de pronto por que no tiene accesos vasculares le asigne otro...entonces el me conjuga esto y ya me bota un listado... si me entiendes., entonces tratamos de hacerlo lo más justo posible.

Lo que ocurre es que a veces los pacientes de más edad tienen más comorbilidades entonces se descartan en el proceso de la selección, se dice "este paciente tiene una contraindicación para el trasplante". Básicamente es eso, pero definitivamente no es el que tenga 60 o 55 o 70 años el que hace que uno diga no tiene condiciones para el trasplante, lo que hace que uno diga no es que tiene una comorbilidad que hace que el trasplante sea preventivo. Ahí enlaza la otra pregunta que tu me haces, por que uno se tendría que preguntar, bueno, el promedio de la expectativa de vida en Colombia está como en 68 años para las mujeres y 62 años para los hombres, creo que es así más o menos, entonces tu dices un tipo de 68 y esta en la media entonces ya que? Digamos que en términos de eso uno justificaría y hasta ahora incluso no hemos tenido problemas administrativos con las EPS que digan... pero como así que trasplantó de 68 años si ese ya...; si el tipo llega a diálisis y tiene unas condiciones clínicas optimas entra a lista de espera para trasplante: el puede tener digamos un poco de menos factibilidad cuando se enfrenta en esa misma lista a estos tipos de 25 de 24 años o a la señora de 40, pero eso lo trata un score.

Yo no sabría decir que tan justo es eso si de golpe yo tengo a mi papá en ese momento esperando un riñón.

En casos especiales los niños tiene, son prioridad, cuando tu los ves están compitiendo en esta lista (niños y viejos) y ellos tienen un puntaje adicional por ser niños o alguien no tiene un acceso vascular y no hay por donde dializarlo o tiene serios líos para dializarse o ha salido positivo con los citotóxicos muchas veces esta hiperimmunizado, un día sale negativo y al otro no, a ese paciente hay que meterlo por que esa es la única opción que tiene, pero definitivamente son más las condiciones clínicas las que determinan, que priorizan o no, buenas o malas, cuando hay condiciones clínicas muy malas el trasplante se puede volver una urgencia en el caso del hígado o en otras veces esas condiciones clínicas tan malas de golpe te hacen pensar... hombre yo tengo un paciente en lista de espera, joven y que puede tener mejor opción que este otro y lo pone en detrimento frente a el, pero definitivamente es conjugar una cantidad de casos y el criterio de edad per se no importa.

**¿Bueno, eso en cuanto a los receptores, pero una persona mayor puede donar y hasta qué edad?** Igual no hay limite, hay gente que te menciono por encima de los 65 o 74 años, eso implica una evaluación de la histocompatibilidad, entonces nosotros le decimos a la gente en las unidades... déjenos evaluar el posible donante y nosotros determinamos si se puede o no se puede o que órganos nos pueden servir, puede que no te sirvan unos pero otros si. De un tipo de 70 años nos puede servir el hígado pero puede que los riñones no por que tiene un compromiso diabético. Si me entiendes

**Hay una edad mínima para ser donante, una edad limite, digamos 10 meses 1 año.** En términos generales no. Los menores requieren el

consentimiento de los padres, los menores por ejemplo tienen algunas condiciones desde el punto de vista del criterio de muerte cerebral un poco más exigentes por la inmadurez del sistema cerebral, o sea un menor de 12 meses requiere unas condiciones clínicas establecidas por la ley y la misma ciencia, entonces tienes que dar un tiempito de espera que el adulto. Por encima de los 7 años en general se manejan con los mismos criterios clínicos, criterios de muerte cerebral, los menores requieren más condiciones y el diagnóstico debe ser más claro por que es más difícil en ellos.

En términos de que tan pequeños, digamos que donantes de 1 o 2 años casi nunca y no es que no pudieran ser, si los hay, lo que pasa es que a veces no tenemos receptores para alguien tan pequeñito, entonces no los utilizamos, pero si yo tengo un niño que está esperando un hígado y me sale un donador de 1 año y ese hígadito me sirve es utilizado. Igual no hay un criterio.

**¿Qué grupo de especialistas intervienen en el proceso del trasplante?** Esa es una unidad multidisciplinaria grandota, son: cirujanos, en el caso de riñón nefrólogo, en el caso de hígado hepatólogo y alrededor de ellos esta el soporte nutricional, psicología, psiquiatría, las interconsultas que sean necesarias en el proceso de evaluación de un protocolo que de pronto el paciente pueda necesitar una evaluación cardiológica, aunque casi siempre la cardiología está y a veces si hay un problema específico el neumólogo, también en el caso de los riñones el urólogo siempre los evalúa. Es muy multidisciplinario, se hace trabajo social con los pacientes y las familias, hay una enfermera de enlace que es la enfermera coordinadora de los protocolos de estudio; es muy multidisciplinario realmente y en el postrasplante igual, dependiendo de la necesidad del paciente, el infectólogo los va a ver, si necesita y una



opinión del dermatólogo, los conoce el anesthesiólogo, los de CI, ellos los conocen desde el protocolo, también el endocrinólogo en el caso de los diabéticos con enfermedad renal. Como te digo es un grupo grandote, multidisciplinario.

**¿Y por qué no hay un gerontólogo ni un geriatra?** De hecho no tenemos aquí en estos momentos gerontólogo ya que lo mencionas, no que yo sepa y la verdad que no creo que sea una decisión de exclusión, probablemente cuando se fue formando el grupo, si me entiendes, no se vio la necesidad o la podría cubrir otro tipo de profesional, muy seguramente pero no por un criterio de que es que no necesitamos un gerontólogo o que no lo queremos, absolutamente no. De hecho nosotros aquí somos muy multidisciplinarios, trabajamos muy en equipo, si tu ves el modelo de nosotros acá los cirujanos hacemos consulta de control de los trasplantados, en otros grupos el cirujano opera y chao y de golpe si se presentan complicaciones vuelve y aparece sino, no.

**¿Entonces ustedes les hacen el seguimiento?** Tú vez el listado ahí y siempre hay un cirujano en el control y un clínico, bien sea el nefrólogo o el hepatólogo, si se presenta algo con el paciente lo comentamos en el grupo y luego a ellos se les lleva a la junta de los médicos, hay otros grupos que el modelo no es así, se trasplanta el tipo y el cirujano chao o inclusive solo lo conoce en el quirófano, nosotros participamos en el protocolo, todos los pacientes se discuten en una junta de trasplante donde esta básicamente el equipo de nefrología, nutricionista y demás; si en esta junta se vio que el paciente tiene un problema cardíaco específico va a la junta. Hay un grupo donde se discute con los pacientes antes de ingresarlos a la lista activa.

Somos muy abierto pero hay situaciones que a veces... no te puedo decir, es que hemos pedido un gerontólogo y nos han dicho que no; hay una situación y es que a veces es una limitante de orden administrativa, o sea de autorización de las EPS, que no te autorizan por que el protocolo requiere de pronto alguna evaluación específica, pero no te puedo decir que en el caso de la geriatría o la gerontología haya pasado, por que si yo te vinculo a ti para que me hagas la evaluación de los pacientes, entonces tengo que pagar, tiene que haber un pago por los servicios prestados, por lo que tu estas haciendo y esa es una dificultad. Ya hemos tenido algunos problemas de trabajo en algunos momentos con la parte de psiquiatría que ya se logró solucionarlo pero en algún momento se presentó el problema.

Pero normalmente con este tipo de patologías se trata de hacer paquetes para dar un mejor manejo aunque en la parte administrativa con las entidades y eso es un lío cuando te va saliendo una cosa que no esta dentro del paquete, eso es un lío con las EPS.

**Ustedes mencionan mucho el protocolo, ¿qué es un protocolo?** El protocolo simplemente es un listado de cosas que hay que hacerle al paciente para definir básicamente que tiene, que no hay contraindicaciones y que en el momento es seguro realizarle el trasplante, cuando digo en qué momento en el caso del riñón sería en el momento en que aparezca el donante, igual cualquiera que sea generalmente es cuando aparezca el donante, pero hay algunos pacientes que uno puede decir, por ejemplo, tiene una cirrosis, si esta muy estable este hombre no necesita estar en una lista de espera hora, lo voy a seguir mensualmente a ver en que momento v a hacer un deterioro. Es tratar de hacer un equilibrio, no trasplantar mucho antes por que se corre el riesgo de que

vaya a requerir inmunosupresión y todo eso, pero tampoco que se te vaya a deteriorar lo cual hace que el trasplante sea mucho más peligroso.

Para eso se usan unos indicadores y se intenta, no es una medida perfecta, siempre tendrás la sensación de que este hubiese podido aguantar otro poquito pero tu no sabes o este se pudo haber trasplantado antes, de hecho en las listas de espera se muere la gente, la gente se muere esperando un órgano; en hígado en lista de espera en EE.UU. por decir algo se muere el 20% y 30% de los pacientes esperando un trasplante por que las listas son muy grandes. A nosotros no se nos mueren todos estos por que las listas son más pequeñas, se nos morían cuando teníamos el programa inicialmente en niños 1 a 2 al mes esperando un trasplante de hígado y a raíz de eso sacamos el trasplante con donante vivo.

**¿Cómo es la cultura de la donación?** Insuficiente, poca como casi en todo el país, es mucho mejor en Antioquia, en Medellín, sin ninguna duda. Nosotros estamos en un nivel similar al de Bogotá, pues es un poquito de mayor cultura, hay más donantes en bogota también por el volumen pero es absolutamente insuficiente frente al potencial de donantes que nosotros tenemos, por la situación de violencia, desafortunadamente y todo lo que queramos pero es una realidad y frente a ese potencial tenemos donantes efectivos muy pocos y todavía tenemos un índice de negación familiar muy alto. Este potencial donante que pudiera ser, que cumple los criterios, etc, que cumple con todo, que se murió y yo voy y me enfrento a la familia y le pido la donación, todavía tengo negativas muy altas del 25% y 30% y a veces se ha mantenido, de golpe te cambia un mes pero al otro y hay meses que a todo dicen que no.

Es duro y es un trabajo muy desgastante para los médicos que hacen esta labor, los coordinadores se trasnochan un día o día y medio tratando

de mantener un posible donante y luego se sientan con la familia y te dicen que no. Es un trabajo muy desconcertante poco gratificante y el resultado no se ve. Si yo estoy acá como cirujano esperando que salga un órgano para mi los coordinadores no están haciendo nada sino cuando yo saco los órganos pero mentiras, están trabajando y mucho pero si no hay donante no hay nada.

El resultado de ellos, por decirte algo y te lo digo por que ayer miramos el hospital universitario del Valle, no más el año pasado nos llamaron 169 veces con posible donación, esto pues tiene muchos sesgos por que hay médicos que por desembarazarse de un cristiano y no tener otro paciente más por cuidar llama cuando el tipo todavía tiene grados de 5 y esta todavía muy lejos de la muerte cerebral pero de estas 169 llamadas se convirtieron, creo en efectivas para donantes 35, no perdón en total fueron 17 o 18.

**Entonces, ¿qué haría falta para concientizar a la población de que donen, más información?** Campañas de información permanentes, es una educación, educar a alguien contándole el día nacional de la donación y sobre todo es algo que tiene muchos tabúes, donde una noticia mala anula mucho tiempo de trabajo, o sea, cuando a alguien se le ocurre o sale una película o un pasquín o una persona diciendo por ahí que se le robaron para sacarle los órganos, sin tener ni idea, o cuando sale un senador haciendo un show mostrando unos órganos allá que debían volverlo donante (a una porquería de esas) que el daño que nos hizo, todavía no nos hemos podido recuperar del daño, del impacto que el causó, nosotros estábamos teniendo una media de 6 donantes mensuales y desde que ese hombre dijo a finales no del año pasado sino del anterior, del 2003, se nos cayó por decirte algo, después de eso tuvimos 7 negativas seguidas en donde la gente hacia mención específica “como

dice el senador Caro, eso es para traficar con los órganos". 7 negativas seguidas con alusión exacta al episodio y ahí se nos cayó la donación y estamos otra vez entre 3 y 4 y no hemos podido cambiarlo.

**Cuando el paciente es trasplantado, cambia la visión de la familia con relación al trasplante** Cambia no en el 100% que sería lo lógico, si yo quiero algo para mi entonces uno pregunta...usted donaría? No, yo no. Si usted tuviera un hijo que necesita un riñón quisiera que alguien lo donara para sacarlo de la diálisis? O sea, que pensaría usted en esa situación y que le puede pasar, hoy estoy perfecto y mañana soy enfermo renal, o sea pasar de un día a otro, sentirse maluco pasa de un día a otro, se me dañaron los riñones y no supe porque, falla hepática fulminante, me puse amarillo, me dio una hepatitis y ahí necesité un órgano y esto le puede pasar a cualquiera. Entonces la pregunta es esa. Pero yo no dono por nada en la vida, uno se debe ir completito, pero si usted necesitara un órgano o su hijo, entonces no quisiera recibir o que alguien le donara a un órgano?

Seguro que lo piensa más pero esto es toda una cultura.

**Entrevista realizada al Dr. J J T S**  
**Médico Nefrólogo de Mediservicios S.A. “Clínica del Parque”**  
**de la ciudad de Armenia, Quindío.**

**En que momento o etapa de la enfermedad ingresa el paciente al programa de diálisis:** En general es aceptado el paciente urémico, ingresa a diálisis cuando independientemente de la depuración presenta algunos síntomas que le producen o que indican la necesidad de diálisis y estos son:

- ⌘ Encefalopatía urémica, es decir, tiene trastorno del sensorio derivado de la IR
- ⌘ Edema pulmonar, cuando tiene sobrecarga hídrica manifestada por la presencia de líquido a nivel del espacio alveolar.
- ⌘ HTA incontrolable, es decir, al paciente no se le puede controlar la presión arterial a pesar de tener toda la medicación indicada y a pesar de tener hipertensivos por vía intravenosa.
- ⌘ Pericarditis, cuando hay una inflamación del pericardio que es la serosa que recubre el corazón
- ⌘ Hiperpotacemia, cuando los niveles de potasio están por encima de 6 y además de tener trastornos del nivel de <potasio halla cambios electrocardiográficos
- ⌘ Acidosis metabólica, cuando el riñón no es capaz de funcionar bien se acumula una especie o serie de elementos entre ellos hidrogeniones que producen trastornos a nivel de los huesos, hipercalcemia. y demás.

Cuando hay polineuropatías, es decir, cuando el paciente muchas veces no puede no puede caminar o tiene hormigueo en las piernas o tiene lo que se llama parestesia o dificultad para deambular.

Estas podrían denominarse las indicaciones absolutas y como indicaciones relativas del comienzo de la diálisis, uno puede decir que lo espero o no lo espero, tenemos:

- ✂ Anorexia, o sea la falta de apetito
- ✂ Náuseas
- ✂ Vómito
- ✂ Pérdida de peso
- ✂ Malnutrición y esto significa que muchas veces estos pacientes, muchos de ellos saben que tienen la enfermedad renal y no comen para evitar que se les suban los nitrogenados y evitar así la diálisis pero esto lo que es, es un arma de doble filo por que se mal nutren y entran muy tarde a la diálisis
- ✂ Reducción de la inteligencia
- ✂ El síndrome de pies inquietos y el
- ✂ Prurito.

Muchas veces los pacientes llegan a consulta por que tiene una picazón, entonces lo asimilan a que esto es por enfermedades alérgicas o por enfermedades infecciosas o por el comúnmente llamado carranchil y lo que tienen, es depósitos de toxinas a nivel de la piel que producen el prurito y el síndrome de piernas inquietas significa que son los pacientes que tienen trastornos del sueño, no pueden dormir por que las piernas empiezan a moverse incontroladamente además es un indicativo de uremia.

También podríamos decir que hay dos términos; uno que se llama la diálisis precoz y otro que se llama la diálisis tardía pero lo mejor para decir es la diálisis a tiempo, es decir, muchas veces se habla de que una diálisis precoz y otra la del otro extremo, la tardías pero lo ideal es seria hablar de una diálisis a tiempo, es decir, cual es el momento oportuno o indicado y que tratamiento le va a servir al paciente, por que muchas veces no se sabe en que condiciones entró el paciente y en nuestro país mas del 85% de los pacientes entra por urgencias.

Entonces la diálisis a tiempo es el ser oportuno en la elección del momento de iniciar la diálisis ya que así se puede reducir la morbomortalidad que se aprecia en los enfermos con el inicio tardío de la diálisis. Ello también se relacionaría con la malnutrición proteica debido a restricciones alimenticias ya sean estas espontáneas o por prescripción medica.

Si lo llevamos a números se dice que un paciente tiene que entrar a diálisis cuando tiene un aclaramiento de la creatinina menor de 10 sino es diabético, pero si es diabético con una depuración de creatinina menor o igual a 20 debe entrar, con eso te digo que si es diabético tiene que entrar más precozmente a diálisis.

**Hay una edad límite (mayor o menor) para el ingreso al programa.** Yo creo que no podemos hablar de una edad, pero de lo que tenemos que hablar es de las condiciones en las cuales yo entro al paciente. Si un paciente tiene 90 años pero en un paciente que esta en muy buenas condiciones, es un paciente que uno lo puede entrar; pero si es un paciente de 90 años que además de la IRC tiene muchas más patologías, tiene un cáncer o algo similar uno debe adelantarse en el pronostico del paciente y cuando se valora el paciente debe verse cual es su estado. Yo acá tengo un paciente de 85 años en diálisis, el viene solo y se va a su



casa solo y esta en muy buen estado, es un señor que entró a diálisis en forma oportuna.

**Cuanto dura cada sesión y el proceso en general.** En general y lo ideal sería que fueran diálisis diarias pero muy cortas, pero en ningún país del mundo por desarrollado lo hacen. Ha habido una serie de experimentos en ciertos países con determinado tipo de pacientes en el cual la diálisis diaria y la diálisis corta ha mejorado la calidad de vida de los pacientes, pero en nuestro país en la mayoría de los casos la diálisis son tres (3) veces por semana y pueden durar aproximadamente 4 horas, aunque hay otras que duran media o una hora más, dependiendo de un valor que se llama  $KT/V$ , valor arbitrario mensual que dice cuanto esta aclarando el paciente. El  $KT/V$  debería ser mayor a 1.2 y entre más alto mejor, en los diabéticos debería ser mayor de 1.4 por que el diabético siempre tiene un nomplus y el diabético siempre es más complicado. Entonces cuando no alcanza el  $KT/V$  que te he mencionado es una diálisis de cuatro (4) horas mínimo; pero si a pesar de lo que uno hace los niveles no llegan a donde deben estar entonces hay que aumentar la intensidad horaria. Hay pacientes que pueden dializarse dos (2) veces a la semana pero son aquellos que pacientes que tiene una **función renal residual** o lo que significa que orina y que esa orina nos puede ayudar a aclarar las toxinas....pero en promedio son tres (3) veces a la semana cuatro (4) horas.

**Hay un protocolo para cada paciente o es generalizado.** Si el paciente llega por urgencia generalmente son pacientes en muy mal estado, sobrecargados, con edema pulmonar, acidosis, encefalopatías, en fin y esos pacientes son los que hay que dializar de urgencia, entonces da esos pacientes se les explica que para poder dializarlos hay que ponerles

un catéter, los catéteres son una forma de acceso vascular y hay que colocarlo de urgencia, tiene sus riesgos y hay que explicar todo, se les hace firmar un documento en el cual se autoriza el implante del catéter y una vez implantado el paciente comienza la diálisis y una vez se recupera se le definen dos cosas: 1. si esta vacunado o no contra la Hepatitis B, si no lo esta se inicia el proceso de vacunación y 2. Se le mira como esta el perfil de Hierro y de la Eritropoyetina, la Eritropoyetina es una hormona que produce el riñón y que nos evita a las personas que no tenemos IR tener anemia, además se le mira como esta el metabolismo de Fósforo y el Calcio por que ellos hace lo que se llama Hiperparatoroidismo, si esta bajo el Calcio se le da Calcio y así se estabiliza el paciente y se define cual será el acceso vascular definitivo.

Independientemente de la hemodiálisis o de la diálisis peritoneal lo ideal es incluirlo en el protocolo del pre-trasplante, el cual es autorizado por la EPS y estos pacientes se derivan a un centro de trasplante indicado por la EPS. En el centro de trasplante se les hacen todos los exámenes y quedan ya en lo que se denomina la lista de espera sino tiene donante, si lo tiene puede ser un pariente hasta 4º de consanguinidad y si no es relacionado debe ser el esposo (a) y así se evita el mal llamado comercio de órganos o también queda en lista de espera para donante cadavérico y estos son los que se encuentran en las urgencias de los hospitales o en las UCI. En esta unidad se han trasplantado 6 pacientes en tres (3) años y de ellos 2 en este año pero son muy jóvenes.

**Que tipo de profesionales intervienen en la decisión de incluir a un paciente en el programa.** Generalmente el tipo de profesionales que interviene para incluir a un paciente en el programa de diálisis es el médico pero yo cuento con el apoyo de la trabajadora social, el apoyo de la psicóloga, las enfermeras y demás incluyendo secretarias y

conductores; el de la trabajadora social y el de la psicóloga es fundamental por que generalmente los pacientes de acá son de bajos recursos y su formación académica también es baja y no conocen bien como es el asunto y tienen mucho temor a la unidad, al procedimiento pero una vez lo conocen y conocen las bondades del tratamiento ellos entran, siguen su vida normal y hasta pueden ser trasplantados y continuar con normalidad su vida. Cuando el paciente es muy anciano y con muchas comorbilidades y entra a diálisis de urgencia es muy complicado y la posibilidad de éxito es más reducida, por lo tanto lo importante es que el paciente conozca el procedimiento a seguir, sus beneficios y riesgos y las condiciones clínicas del paciente sin tener en cuenta la edad.

**Que se debe tener en cuenta al momento de incluir al paciente en el programa de diálisis.** Debemos tener en cuenta el estado clínico del paciente, pero hay un grupo de pacientes que yo los veo en consulta con IRC y la EPS nos los manda y estos pacientes ingresan a un programa de pre-diálisis y se inicia cuando el paciente tiene una depuración de creatinina más o menos del 30%, estos pacientes se preparan entonces para entrar a la hemodiálisis o a diálisis peritoneal o a trasplante; y son los pacientes a los que se les empieza a corregir la anemia, los problemas de calcio y demás.

Entonces que se debe tener en cuenta al momento de incluir al paciente en el programa de diálisis? 1. que tenga una cobertura ya sea de una EPS o de una ARS o por vinculación al servicio de salud; 2. que sea colombiano o extranjero con afiliación a alguna de las entidades mencionadas anteriormente; 3. que el paciente lo acepte, por que hay gente que no lo hace o que lo acepte la familia si el paciente es entrado de urgencia e inconsciente y 4. Hacer o implantar el acceso vascular

definitivo o en caso de entrada por urgencia transitorio y no se necesita más nada.

**Cuántos pacientes están en lista de espera para ingresar al programa.** Yo en este momento tengo en lista de espera como seis pacientes y trasplantados 6, de estos pacientes pasan a lista de espera para ser trasplantados muy pocos

**Cuántos de estos pacientes pasan a la lista de espera para ser trasplantados.** En realidad en nuestro país muy pocos y no sé cual sea la razón y creo que es más de nosotros que deberíamos incentivar más el trasplante y no te podría dar una estadística exacta de esto pero de aquellos que están mandando suero son 5.

**Cuántas personas son mayores de 55 años (en relación a los trasplantados)** Ninguno de ellos es mayor de 55 años, pero si hubo uno muy mayor.

**Cuántos pacientes son atendidos diariamente** Aproximadamente 30 pacientes en cada sesión de diálisis y como te dije anteriormente son sesiones de 4 horas con una intensidad de 3 veces a la semana.

**Cuántos murieron en el 2003 y 2004 antes de ingresar a la lista de espera para ser trasplantados.** Entre los dos años han muerto 7 pacientes pero por patologías diferentes a la IRC y rectifico lo dicho anteriormente, son también 7 las personas en lista de espera y de los cuales 2 solamente son mayores de 55 años. Este año va 1 que murió esperando un riñón por que la familia no era compatible y tenia 60 años.

**Qué genero predomina en la lista de espera para ser trasplantado.**

Para ser trasplantados son 5 y de esos pacientes 2 son mujeres mayores de 55 años los otros 3 son varones menores de 55 años.

**De que ciudades o regiones del país y EPS son remitidos los pacientes para ingresar al programa de diálisis**

La gran mayoría son de los municipios del Quindío como Calarcá, Quimbaya, Salento y demás, de la Victoria y Sevilla, Valle y de Pereira. Las EPS que los remiten son Cafesalud; ISS, Coomeva, Asmetsalud y Comfenalco.

**A que regiones del país remiten los pacientes para ser trasplantados**

A tres centros principalmente, el primero es a la Fundación Valle de Lili, HUSVP y Clínica Marly o al que la EPS designe para su conveniencia.

**Entrevista realizada a la Dra. C V  
Médica Nefróloga y directiva de Nefrón S.A. Unidad Renal (HUSVP)  
de la ciudad de Medellín, Antioquia**

**LISTA DE ESPERA**

**Bajo que parámetros se incluyen los pacientes en la lista de espera.**

Como te dije ahora son los pacientes con una IRC con diabetes, HTA, estos son los que hay que analizar, estudiar, hay que mirar con la IR como están funcionando los riñones, se mandan exámenes de sangre a ver como sale la creatinina y si esta alta la persona comienza en diálisis y ya...la IR tiene varios estadios y cuando llega al estadio número 5 es cuando se debe hacer el trasplante renal. Entonces lo primero es que se trata a la persona antes de que llegue con una IR y como se trata? con dieta, medicamentos, ya cuando pasa a la segunda etapa es cuando llegamos a manejar la parte de diálisis y la otra es cuando se hace el trasplante o requiere de trasplante renal.

**⌘ Una persona puede salir de diálisis y quedar más o menos bien y no necesitar el trasplante?**

Mucha gente lleva así muchos años y lo que se busca con el trasplante es mejorar la calidad de vida de la persona y su grupo o núcleo familiar. Esto es básicamente lo que se busca. Eso siempre es duro por que son 3 días a la semana 4 horas conectado a una maquina de diálisis y algunos salen muy indispuestos, son medicamentos muy fuertes y ellos siempre quedan mareados y muy desmejorados pero se han dado los casos de que las personas salgan de diálisis sin la necesidad del trasplante, son pocos pero si se da el caso.

**Que grupo de especialista interviene en la selección e inclusión de las personas a la lista de espera** Directamente el nefrólogo, el médico

nefrólogo desde un principio le manda los exámenes, los evalúa y el determina si es posible colocarlo en lista o no.

**Se podría hablar de un protocolo determinado para ello.** Esto es directamente con el médico, pero siempre se mandan unos exámenes específicos dependiendo de las patologías o el estado actual de la persona para mirar como se esta contornado la enfermedad y las opciones reales de trasplante

**Hay una edad mínima o límite para ingresar a la lista de espera.** No, no hay una edad limite, acá se han trasplantado pacientes, niños desde 1 o 2 años hasta personas de 60 y 65 años, entonces no puede hablarse de una edad por que además son muchos los criterios a tener en cuenta para incluir un paciente en lista de espera y si es una persona mayor y cumple con los criterios y su estado de salud lo amerita se hace la inclusión en la lista de espera. Todo depende de las condiciones clínicas de la persona.

**Cuantos pacientes pertenecen en este momento a la lista de espera.** Más o menos contamos con unas 50 a 60 personas en lista de espera.

**Cuales son sus edades y a que genero pertenecen.** En la lista que te acabo de entregar te puedes dar cuenta de las edades aunque eso varia mucho son bastante significativas, pero solo son de las personas trasplantadas por que de las en lista de esperas no te puedo facilitar pero son un reflejo de las listas.

**Cuanto tiempo puede soportar un paciente estar en la lista de espera.** Bueno, eso es relativo y pueden estar de 5 a 7 meses o hasta un año pero lo más demorado es encontrar el donante y más aun que sea

compatible con el receptor. Esa es una tarea dispendiosa pero cuando se ven los resultados se justifica todo el trabajo y espera.

**Se incluyen pacientes extranjeros en esta lista.** Si, acá estamos un poco intranquilos por el decreto 2493 donde el Art. 40 y que aduce que hay que darle prioridad primero al regional luego a los nacionales y por último a los extranjeros. Pero tenemos extranjeros en las listas de espera pero con muchas indicaciones, explicándole que son primeros los nacionales y si se presenta un donante y a ambos se les hace los exámenes primero es el nacional y luego el extranjero, siempre el colombiano es prioridad.

**De que partes del país y EPS pertenecen los pacientes.** Del país de todas partes pero más de la costa atlántica, del amazonas y en general de todas partes del país y las EPS y demás entidades son Salud Coop, Susalud, Coomeva, Comfama, Comfenalco y el ISS y alguna otras que se me escapan pero trabajamos con todas las entidades.

**Cual es el manejo que se le da a la lista de espera, como funciona**

Una vez que el médico nefrólogo diga usted ya es candidato para el trasplante inmediatamente se mandan los exámenes de histocompatibilidad al laboratorio y queda registrado en el laboratorio y se pasa a hacer la parte administrativa que son las ordenes para el laboratorio, para Nefrón y para el Hospital y que tiene que estar diligenciado y luego se comienza a mandar el suero para el hospital cada mes el cual se estudia y se hace la compatibilidad cada que hay un donante y ya cuando el donante salga y sea compatible con los de la lista de espera se hace la llamada a la persona, o sea ahí no importa si esta de primero o de ultimo o lleve menos tiempo en lista o sea menor o



mayor, esto no indica que vaya a ser fácil, lo que realmente importa e influye directamente es la compatibilidad con el receptor.

**Cada entidad que realiza los trasplantes tiene su propia lista de espera o es una a nivel nacional.** Eso no, solamente a nivel regional y la manejamos nosotros por medio del laboratorio lo que pasa es que cada ciudad por decirlo así tiene su lista de espera y cuando en Antioquia no hay receptor se llama a las demás ciudades con unidad de trasplante para mirar si hay una opción y no perder el donante

**Cuando los órganos a ser trasplantados se encuentran en otra ciudad cuales son los pasos a seguir.** Si hay un órgano que no se utiliza se manda para otra ciudad, por ejemplo acá hay un órgano y no hay compatibilidad con ninguno de los pacientes en lista de espera entonces uno llama a ofrecer el órgano por decir a Cali, entonces uno llama y dice tenemos un tipo B, 2 riñones en excelentes condiciones y el nefrólogo da la autorización ustedes lo necesitan.... Si lo necesitamos, inmediatamente se manda por avión, se hace una entrega y se recibe inmediatamente, se meten los riñones en una nevera en unas condiciones y temperatura ideal para que sean bien preservados y lleguen en buenas condiciones

**Cual es el tiempo estimado para hacer el trasplante a partir del hallazgo del donante.** El riñón da una espera más o menos de 48 horas máximo 52 horas, entonces inmediatamente que el laboratorio diga que es compatible y el receptor puede ser Benjamín Mejía y vivir en Cali, entonces se llama al paciente quien debe estar preparado además ellos mantiene la maleta lista y cuando viven en la misma ciudad llegan de inmediato, el paciente llega en cuestión de dos horas se prepara para ser

trasplantado y ya. Eso se hace en el menor tiempo posible con la intención de mantener el órgano en la mejor condición posible.

**Un paciente puede decidir no entrar a la lista de espera** Si, el puede decir no quiero entrar a la lista de espera, muchos pacientes dicen no y no quiero, me da miedo, esta muy descompensado y si es diabético y está muy mal hasta el médico mismo puede decir que no debe estar en el momento en la lista pero yo como paciente puedo decidir no ingresar a la lista por que he esperado mucho tiempo, por mi edad y que justifique la espera o por cualquier otra cosa o simplemente por que estoy bien como estoy y de inmediato se manda este reporte al laboratorio y no se sigue estudiando su suero y ya.

## **EL TRASPLANTE**

**Que o quien indica que es hora de hacer el trasplante.** El médico nefrólogo es quien lo indica además solo se hace cuando se presenta el donante y el cirujano solo interviene cuando es el momento de que la persona sea trasplantada.

### **a. Y como se hace**

Por medio de las evaluaciones, al paciente previamente se le han hecho una serie de estudios que le indican a uno como se esta comportando la IR y eso lo maneja el nefrólogo que lo atiende.

### **b. Eso es lo que ustedes llaman el protocolo**

Si, ese el protocolo y se le hace como una especie de seguimiento a cada paciente de su estado clínico y de los resultados del laboratorio

**Que tipo de profesionales intervienen en esta selección.** Es que acá no se da una selección sino que el órgano se asigna según la

compatibilidad del donante con el receptor e interviene el nefrólogo y posteriormente el cirujano que interviene en el momento de la cirugía como tal

**Cuales son los criterios a tener en cuenta al momento de la distribución de los órganos.** En este momento nosotros a nivel regional somos los que tenemos los coordinadores que son los que cuidan del posible donante y ya cuando hay un donante se mandan a los exámenes al laboratorio y este ya estudia cual es el receptor optimo o apto para el trasplante y si no hay uno a nivel regional lo ofertamos en las diferentes ciudades. O sea que básicamente se tiene en cuenta sin importar nada más la compatibilidad y el menor porcentaje de rechazo posible al momento del trasplante.

**Hay una edad establecida para ser donante de órganos y receptor de los mismos.** No, no hay una edad establecida lo que los médicos estudian son las condiciones clínicas de los pacientes, si uno tubo una enfermedad como hepatitis VIH/SIDA ese paciente se descarta de inmediato, indiscutiblemente de una, pero aquí como te decía lo más importante es la compatibilidad del órgano donado con el receptos por que la idea es mejorar al calidad de vida del paciente.

**Y con cáncer se puede estar en lista de espera** Hay que mirar en que punto o estadio se encuentra el sarcoma además lo primero que se debe hacer cuando se presenta el donante es enviar al laboratorio el bazo y allí se estudia en que condiciones esta la persona aunque lo que se espera es que sea una persona joven que generalmente tiene más y mejores condiciones clínicas, aunque hay donantes mayores en excelente estado.

**Que tipo de protocolo se aplica al momento de la aparición del donante.** Bueno, más o menos ya te dije, eso es dependiendo de cada paciente y de las condiciones clínicas de los donantes y receptores

**Cambia la visión de la persona y de su familia cuando se les habla por primera vez de la posibilidad de ser trasplantado y se podría pensar que la donación de órganos deja de ser un tabú?** Si, sabes que ya la gente se ha concientizado, ya tenemos mucha más cultura por lo menos es Medellín en esta parte y las personas cuando les hablas de trasplante la ven como una nueva oportunidad de vida y la gente hace lo que sea para ingresar a la lista de espera lo más pronto posible es como si se les abriera una nueva puerta una luz nueva en el camino

**Cuantos trasplantes de riñón se han realizado en los últimos años (2000 -2004).** Nefrón S.A. lleva 25 años y ha realizado en esos 25 años alrededor de 3000 trasplantes, en la lista que te acabo de entregar esta más o menos la cifra o el dato completo de la edad que tu estas manejando para tu trabajo.

**Se hace un seguimiento con anterioridad a la persona o se conocen los antecedentes de ésta en el momento de la junta médica o la intervención quirúrgica** Si claro, nosotros acá tenemos un comité que es el comité científico donde evaluamos a los posibles trasplantados, es manejado por el médico nefrólogo y se exponen los criterios y todo lo relacionado con la cirugía, siempre todo lo relacionado con el ingreso a la lista de espera y demás sucesos venideros se consulta y pone en conocimiento del paciente y su núcleo familiar

**Que tipo de apoyo se le brinda a la persona y a sus familiares después del trasplante.** Antes y después del trasplante tiene una reunión con la trabajadora social, la nutricionista y la psicóloga donde además se va a incluir todo el grupo familiar o las personas que lo van a acompañar en este proceso, se les explica que es el trasplante, que puede pasar, como se va a manejar, como son las cosas una vez terminado el trasplante, que tipo de medicamentos van a tomar por que son de por vida, los medicamentos inmunosupresores y como los afecta esto. Así que si el papá es el que va a ser trasplantado se reúne a la esposa y los hijos y se les responden todos los interrogantes que tengan y también se busca que el acompañamiento sea lo más efectivo posible en la recuperación de la persona. Es vital que el paciente sepa que es un trasplante renal, que riesgos se corren, las dudas o inquietudes se presentan. Antes y después del trasplante hay un acompañamiento de la nutricionista por que la persona debe modificar sus hábitos alimenticios para evitar un posible rechazo.

**Hay algo más que usted desee compartir conmigo** Pues que te puedo decir, yo creo que con estas preguntas queda cubierto todo lo que te puedo decir acerca de lo que se maneja en esta institución.

## BIBLIOGRAFÍA

- ✂ AGUILERA A, CODOCEO R, BAJO M.A., et al: Eating behavior disorders in uremia: A question of balance in appetite regulation. *Sem in Dial* 17:44-52, 2004.
- ✂ BERGNER, M. Quality of life, Health status and Clinical Research, *Medical Care*, 27, 1989.
- ✂ BOLADERAS, Margarita. ESCOBAR T, Jaime y Colegas. Bioética y calidad de Vida. Colección Bios y Ethos – ediciones El bosque, Volumen 15, Bogotá, Colombia 2000. paginas 23, 24, 25, 26, 95, 96 y 97.
- ✂ BUENDÍA, José. Gerontología y salud (Perspectivas Actuales). Editorial Biblioteca Nueva S.L. Madrid, España 1997. Página 21
- ✂ XIV CONGRESO COLOMBIANO DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Medellín, agosto 2005. Ponencia “Diabetes mellitus y Trasplante Renal” Dra. Sandra Jiménez.
- ✂ XIV CONGRESO COLOMBIANO DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSION ARTERIAL. Medellín, agosto 2005. MEJÍA, Gonzalo. Nefrólogo, Unidad Renal; Hospital Universitario San Vicente de Paúl; Grupo de Trasplantes U de A – HUSVP (Medellín)
- ✂ CURCIO B, Carmen L. GÓMEZ G, Diana E. GÓMEZ M, José F. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales, Colombia 1995. Información y Publicaciones. Página 3, 4, 5 ,6 y 7.

- ✂ Documento HISTORIA DE LA FORMULACIÓN DE LOS PRINCIPIOS “El contenido de los principios en la propuesta de Beauchamp y Childress
  
- ✂ FLECHNER SM, et al. Kidney Transplantation without calcineurin, inhibitor drugs: a perspective randomized trial of SRL vs CyA. Transplantation, 2002; 74: 1070- 1076.
  
- ✂ FRITJOT, Copra. Apartes del documento Modelo Biomédico, El Punto Crucial. Páginas 135 a 183.
  
- ✂ GARCIA, Diego. Ética de los Confines de la Vida. Editorial El Búho. Bogotá, Colombia 1998. Paginas 313 a329.
  
- ✂ GÓMEZ M, José Fernando y colegas. Evaluación de la salud de los ancianos.
  
- ✂ Gran Enciclopedia ilustrada Círculo, 12 Volúmenes. Circulo de Lectores, S.A. Edición especial para Circulo de Lectores por cortesía de Plaza & Janés. Impreso y encuadernado por Printer S.A. Barcelona, España. 1994.
  
- ✂ GUERRERO C, Yaneth. ROJAS R, Doris S. Medellín, Ciudad de Trasplantes. Asociación Nacional de Trasplantados. Edición e Impresión Artes Gráficas. Medellín, Colombia 2004.Páginas 29 a 34, 76, 77, 78, 138, 139, 140, 165, 166, 167, 170 y 191.

- ✂ KALANTAR-ZADEH K, Ikizler T, AVRAM M and KOPPLE JD:  
Malnutrition – inflammation complex syndrome in dialysis patients:  
Causes and Consecuentes. Am J Kidney Dis 41:864-881, 2003.
  
- ✂ KOWASKA, K. MEDINA Manuel y Teresa. Apartes del documento  
Ciencia, Tecnología, Naturaleza y cultura en el siglo XXI.  
Barcelona, España.
  
- ✂ LEPLÈGE A. Les Mesures de la Qualité de Vie. Press  
Universitaire de France. Paris, Francia, 1999.
  
- ✂ LEPLÈGE A. HUNT S. “The Problem of Quality of Life in  
Medicine”, JAMA Julio 2, Vol. 278 No 1, 1997
  
- ✂ MARQUEZ A, Jaime. La Geriatria en la Consulta Diaria. Tercer  
Mundo Editores. Colombia 2000. Páginas 1 y 2.
  
- ✂ MAZZUCHI N, SCHWEDT E, FERNÁNDEZ-CEAN JM, et al.  
Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal.  
Nefrología Latinoamericana 2000, 7:159-222.
  
- ✂ MILLER, L et al., Cardiovascular Toxicities of immunosuppressive  
agents. Transplant 2002, 2: 807-902.
  
- ✂ MUSGROVE Philip. Apartes del documento “Relaciones entre  
salud y desarrollo” Paginas 115 a 127.
  
- ✂ ROCCO Michael V, DWYER Johanna T, et al: The effect of  
diálisis dose and membrana flux on nutritional parameters en



hemodialysis patients: Results of the HEMO study. *Kidney Int* 65: 2321-2334, 2004.

✂ SANDOVAL C, Carlos A. Investigación Cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación. Bogotá, Colombia 1997

✂ VELEZ H, Isolda M. Trasplantes: tres mil veces la vida. Periódico El Colombiano. Medellín, Colombia Mayo de 2005. Pagina 2c.

✂ VINCENTI F. New immunosuppressive drug in Transplantation. *Am J. Transplant* 2002, 2: 19-24.

## BIBLIOGRAFÍA INTERNET

<a href="http://www.psicogerontologia.com">www.psicogerontologia.com</a> <a href="http://www.cortrasplantes.org">www.cortrasplantes.org</a>	<a href="http://www.psicomundo.com">www.psicomundo.com</a> <a href="http://www.google.com">www.google.com</a>
<a href="http://www.donaciondeorganos.ua.es">www.donaciondeorganos.ua.es</a> <a href="http://www.cordavida.org">www.cordavida.org</a>	<a href="http://www.efdeportes.com">www.efdeportes.com</a> <a href="http://www.eltiempo.co">www.eltiempo.co</a>
<a href="http://www.monografia.com">www.monografia.com</a> <a href="http://www.trasplantados.com">www.trasplantados.com</a>	<a href="http://www.ascofame.org.co">www.ascofame.org.co</a> <a href="http://www.psiconet.com">www.psiconet.com</a>
<a href="http://www.smu.org.uy">www.smu.org.uy</a> <a href="http://www.lacardiovascular.org.co">www.lacardiovascular.org.co</a>	<a href="http://www.saludhoy.com">www.saludhoy.com</a> <a href="http://www.envejecimiento.gov.co">www.envejecimiento.gov.co</a>
<a href="http://www.archimadrid.es">www.archimadrid.es</a> <a href="http://www.clinicalili.org">www.clinicalili.org</a>	<a href="http://www.elcolombiano.com">www.elcolombiano.com</a> <a href="http://www.elhospital.org.co">www.elhospital.org.co</a>
<a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co">www.minproteccionsocial.gov.co</a>	

ANEXOS

**Anexo 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESENTADO A LOS MÉDICOS NEFRÓLOGOS Y  
PACIENTES CON IRC DE LAS CIUDADES DE ARMENIA Y MEDELLÍN**

Calarcá, marzo 01 de 2005.

Doctor

-----

**Médico nefrólogo** -----

Armenia

En esta investigación no se llevaran a cabo procedimientos de tipo invasivo o que puedan generar algún tipo de incomodidad para los sujetos de investigación, por el contrario, las entrevistas, el tipo de cuestionamientos o preguntas pueden ser una oportunidad para conversar acerca de las preocupaciones, tensiones, el impacto en la calidad de vida dependiendo del nivel de la IRC y los procedimientos médicos, entre otros.

Teniendo en cuenta el principio de beneficencia, si se presenta alguna manifestación en cuanto al deterioro en la calidad de vida, el investigador informará a la trabajadora social o a la instancia pertinente sobre el particular, además desde el punto de vista del respeto y el principio de la autonomía se le informará previamente a cada entrevistado a cerca de los propósitos y alcances del proyecto, del manejo confidencial de la información y de los resultados.

El estudio desde el punto de vista de la justicia garantiza que no haya discriminación en la consecución de los sujetos de la investigación ya que esta se lleva a cabo con una muestra aleatoria.

Atentamente,

**Diana Marcela Atehortúa Arango**  
**X semestre Gerontología U del Q.**

## **Anexo 2**

### **PROTOCOLO DE EVALUACION DE RECEPTOR DE TRASPLANTE**

Entrevista con el especialista para valorar su motivación, independencia en su decisión, estado mental.

Grupo sanguíneo.

Historia clínica completa: Anamnesis y examen físico.

Uroanálisis.

Creatinina.

BUN.

Proteinuria de 24 horas.

Depuración de creatinina.

Urocultivo.

Ecografía renal y abdominal.

Estudios de histocompatibilidad y anticuerpos citotóxicos, DNA, PCR y citometría deflujo.

Hemoleucograma completo y plaquetas.

Glicemia.

Colesterol.

Triglicéridos.

Potasio.

Sodio.

Calcio.

Fósforo.

Acido úrico.

Cloro.

Bicarbonato.

Antígenos de hepatitis B.

Anticuerpos de hepatitis C.

Serología para HIV.

VDRL.

Chagas.

Serología para CMV: Ig G e Ig M.

Serología para herpesvirus: Ig G e Ig M.

Toxoplasma: Ig G e Ig M.

Electroforesis de proteínas.

Anticuerpos antinucleares.

Complemento, C3 y C4.

Coprológicos seriados (3).

Citología exfoliativa.

Rayos X de tórax.

Electrocardiograma.

Esófagogastroduodenoscopia.

Uretrocistografía miccional.

Colon por enema o colonoscopia en mayores de 50 años.

Evaluación vascular periférica, prueba de esfuerzo, ventriculografía o cateterismocardiaco en pacientes con historia de enfermedad cardiovascular o en diabéticos

Velocidad de conducción nerviosa y electromiografía en pacientes diabéticos.

Estudios urodinámicos en pacientes con historia correspondiente.

**Anexo 3**

**PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO PARA EXTIRPACION DE ORGANOS EN CASO DE MUERTE CEREBRAL**

Yo \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, y vecino de \_\_\_\_\_, dirección \_\_\_\_\_, mayor de edad, con C.C. No: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales en forma libre y consciente.

**DECLARO:**

Conozco la naturaleza del tratamiento denominado TRASPLANTE.

ACEPTO, sin estar sometido a presión alguna, y a TITULO GRATUITO, que al cadáver de quien \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ vida \_\_\_\_\_ llevó \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de ocupación: \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con c.c. No: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, domiciliado en \_\_\_\_\_ dirección \_\_\_\_\_, de quien hasta donde sé y conozco padeció las siguientes enfermedades: \_\_\_\_\_ y estuvo hospitalizado en \_\_\_\_\_, debido a \_\_\_\_\_, médico tratante \_\_\_\_\_, y de quien soy \_\_\_\_\_, se le practique la cirugía denominada \_\_\_\_\_,

PARA EFECTOS DE DONACION, cuya naturaleza conozco y acepto, una vez informado que mi: \_\_\_\_\_ está en estado de MUERTE CEREBRAL. ACEPTO así mismo, que los órganos y tejidos removidos quirúrgicamente sean trasplantados a los \_\_\_\_\_ pacientes \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ TRASPLANTES, \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, Colombia, decida son los mas adecuados para recibirlos y libero de toda responsabilidad que pudiera alegarse en contra de los integrantes del GRUPO de TRASPLANTES. Del Personal Científico, Auxiliar o Directivo del HOSPITAL

\_\_\_\_\_ y de la UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_ o de su FACULTAD  
DE MEDICINA \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_.

Padre: \_\_\_\_\_, cc: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_, cc: \_\_\_\_\_

Familiar más cercano:

Nombre del donante:

Dirección:

Domicilio:

Testigo \_\_\_\_\_,

dirección \_\_\_\_\_

C.C. No: \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

#### **Anexo 4**

### **PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL DONANTE VIVO**

Entrevista con el especialista para valorar su motivación, independencia en su decisión, estado mental.

Grupo sanguíneo.

Historia clínica completa: Anamnesis y examen físico.

Uroanálisis.

Creatinina.

BUN.

Proteinuria de 24 horas.

Depuración de creatinina.

Urocultivo.

Ecografía renal y abdominal.

Estudios de histocompatibilidad y anticuerpos citotóxicos, DNA, PCR y citometría de flujo.

Hemoleucograma completo y plaquetas.

Glicemia.

Colesterol.

Triglicéridos.

Potasio.

Sodio.

Calcio.

Fósforo.

Acido úrico.

Cloro.

Bicarbonato.

Anfígenos de hepatitis B.

Anticuerpos de hepatitis C.

Serología para HIV.

VDRL.

Chagas.

Serología para CMV: Ig G e Ig M.

Serología para herpesvirus: Ig G e Ig M.



Toxoplasma: Ig G e Ig M.

Rayos X de tórax.

Electrocardiograma.

Aortografía, incluye arteriografía renal y fase urográfica.

## Anexo 5

### ORDENES PREOPERATORIAS DONANTE VIVO

1. Hospitalizar el día anterior a la cirugía.  
Fecha: \_\_\_\_\_
2. Nefrectomía programada para: (Fecha): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_
3. Control de temperatura cada seis horas.
4. Control de peso.
5. Control de presión arterial y pulso cada seis horas.
6. Baño en ducha, asepsia con Prepodine jabón (dos veces por día), desde cuello hasta rodillas.
7. Preparar para nefrectomía: \_\_\_\_\_. Asepsia del campo quirúrgico y colocar bata estéril una hora antes de enviar a cirugía.
8. Firmar autorización de la nefrectomía.
9. Dar instrucciones pre-nefrectomía. Firmar órdenes de tratamiento y de hospitalización.
10. Verificar resultados de estudios de anticuerpos citotóxicos finales y de arteriografía.
11. Dieta libre.
12. Abundantes líquidos por vía oral hasta las: \_\_\_ horas del día: ///.
13. Nada por vía oral después de las: \_\_\_ horas del día: ///.
14. Verificar exámenes prequirúrgicos: BUN, creatinina, hemoleucograma, plaquetas, tiempo de protrombina, electrocardiograma, rayos X de tórax.
15. Verificar que: antígeno de hepatitis B, anticuerpos de hepatitis C, Chagas, VDRL, HIV, sean negativos.
16. Dextrosa al 5 % AD..... 1.000 ml, Solución salina..... 500 ml. Colocar y pasar por vía intravenosa en las seis horas previas a la Cirugía.
17. Enema evacuante la noche anterior a la cirugía.
18. Petrolato, una cucharada cada 12 horas, vía oral.
19. Antibióticos: Cefalotina un gramo, disolver con solución salina hasta 20 cc y aplicar intravenoso lento una hora antes de la cirugía.
20. Premedicación: Por anestesiólogo.

## **Anexo 6**

### **ÓRDENES POST-OPERATORIAS, DONANTE VIVO**

1. Control de signos vitales cada 10 minutos hasta que muestren estables, luego cada hora.
2. Control de temperatura oral cada 4 horas, avisar si es mayor de 37.5° centígrados.
3. Avisar si la presión arterial es mayor de 140/100 o menor de 100/60.
4. Avisar si pulso es mayor de 120/minuto o menor de 60/min.
5. Medir eliminación urinaria. Si se presenta globo vesical estimular la micción por medios físicos.<sup>3</sup>
6. Cambios de posición, hacerlo inspirar profundamente, toser, cada hora mientras esté despierto.
7. Vigilar si presenta palidez.
8. Vigilar respiración observar si presenta cianosis.
9. Rayos X de tórax anteroposterior, con equipo portátil.
10. Solución salina y Dextrosa al 5 %, según orden.
11. Cefalotina: Un gramo intravenoso cada ocho horas.
12. Analgesia: Disolver una ampolla de 10 mgrs. de morfina hasta 10 c.c. y aplicar 3 c.c. intravenosos, cada 3 a 6 horas, para evitar el dolor.
13. Al reiniciar vía oral: Petrolato, Una cucharada cada seis horas por vía oral.
14. Exámenes postoperatorios según orden.